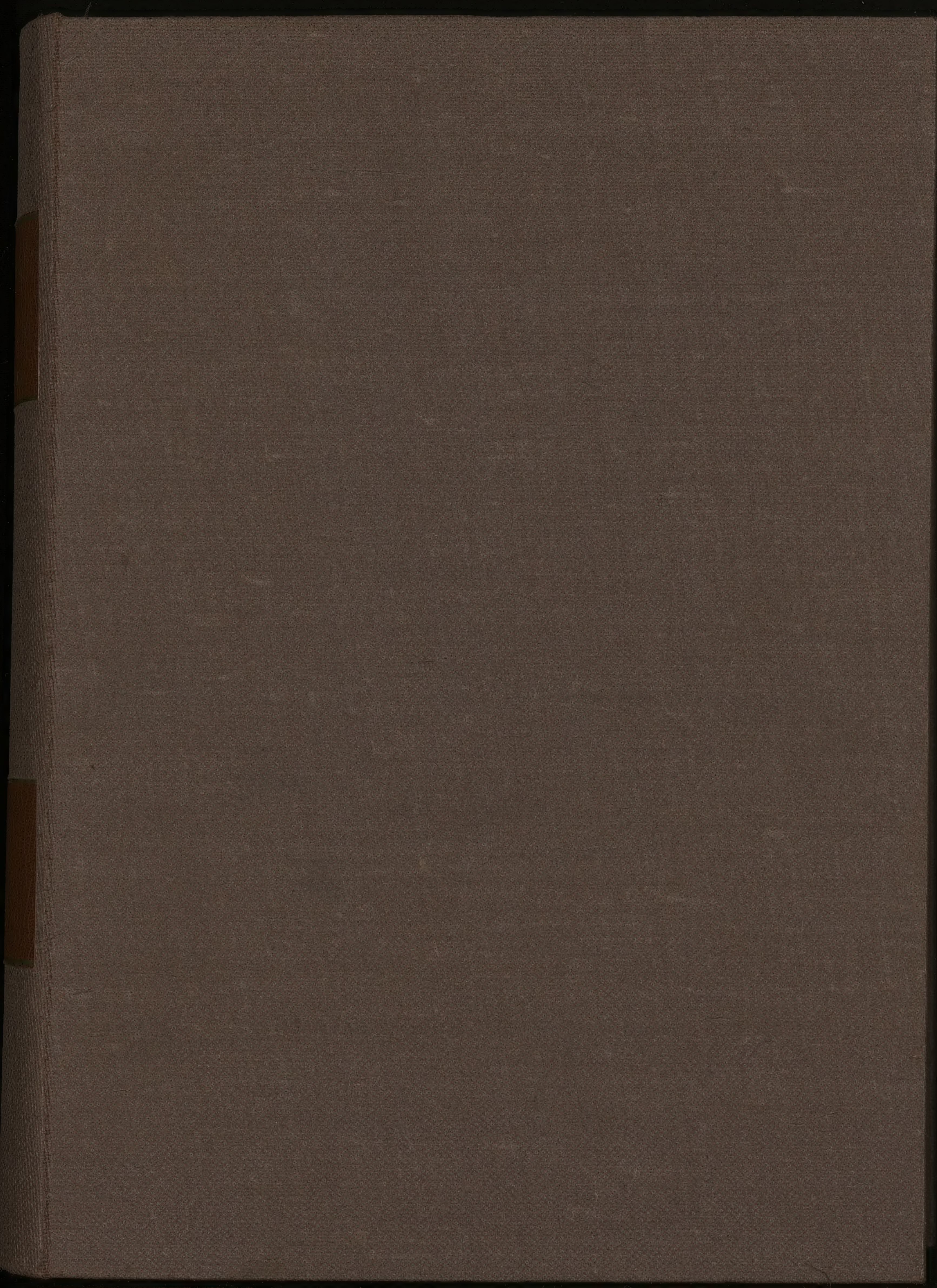


LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

ANNÉE 1875

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : RUE DES SAINTS-PÈRES, 57

PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

—

1875

N° 1. — MARDI 5 JANVIER 1875. 48e ANNÉE. MARDI 5 JANVIER 1875. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte d[illegible]ctobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 [illegible] pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'Académie des sciences a tenu, lundi 28 décembre, sa séance publique annuelle sous la présidence de M. Faye.

M. Dumas a tenu l'Académie sous le charme d'un éloge où la forme académique le disputait à l'élévation et à la sûreté des appréciations scientifiques. Le secrétaire perpétuel, en prononçant l'éloge de l'éminent physicien de la Rive, avait une occasion précieuse de redire à la Suisse le souvenir que la France gardera de son traitement de 1871 : il n'y a pas manqué, et les applaudissements unanimes ont marqué combien l'Assemblée se trouvait en parfaite communion d'idées avec l'orateur.

Mais nous avons hâte d'arriver à la proclamation des prix, heureux que nous sommes d'y rencontrer plusieurs de nos chers amis et collaborateurs.

Les prix décernés appartiennent aux années 1872 et 1873.

Grand prix de médecine et de chirurgie. — L'Académie avait proposé, en 1866, la question de l'application de l'électricité à la thérapeutique. Cette question a été remise à 1869, puis à 1872 ; elle est de nouveau maintenue pour les prochains concours, dont le terme est fixé au 1er juin de l'année 1876.

Prix Montyon, médecine et chirurgie. — La commission a décidé que MM. Luys, Magnan et Woillez, recevraient chacun un prix de deux mille francs, et MM. Mandl, Fano et Legrand du Saulle un encouragement de douze cents francs.

Prix Bréhant. — Une récompense de trois mille francs est accordée à l'ouvrage de Jean-Joseph Bouley et de M. le docteur Robbe, médecin à Bellême (Orne). — Une récompense de deux mille francs à M. le docteur Netter, médecin principal d'armée en retraite.

Nous ne pouvons inscrire ce résultat sans féliciter d'abord M. Robbe, qui a eu la pieuse attention de joindre à son travail celui du regretté médecin de Necker. L'Académie, en joignant les deux noms pour le prix, a doublement récompensé M. Robbe. On nous permettra aussi de rappeler que M. Netter toujours trouvé dans la *Gazette des Hôpitaux* l'accueil qu'il était en droit d'attendre d'esprits éclairés, et qu'il s'est vu refuser par les chefs du corps auquel il a si longtemps dévoué tous ses efforts et toute son intelligence. Puisse ce laurier académique faire oublier au savant bibliothécaire de la Faculté de médecine de Nancy tous les déboires de l'ancien médecin militaire.

Prix Serres. — La commission décerne le prix Serres, pour l'année 1873, à M. Gerbe.

Prix Godard. — Ce prix, pour 1872, est accordé à M. le professeur Pettigrew.

Chimie. — Le prix Jecker, pour 1872, est donné en entier à M. Jungfleisch pour ses importants travaux sur les benzines chlorées et les modifications que subit l'acide tartrique additionné de petites quantités d'eau dans des limites très-rapprochées de température.

Botanique. — Le prix Barbier n'a pas été décerné; mais, sur ce prix et à titre d'encouragement, une somme de cinq cents francs est accordée à M. J. Chatin, pour ses études sur les valérianées ; une somme de cinq cents francs à M. Coutaret, pour son essai sur les dyspepsies ; et enfin une somme de mille francs à M. Byasson pour ses essais sur l'hydrate de chloral. On voit qu'à l'Institut la *thérapeutique* fusionne avec la *botanique*.

Le prix Desmazière — pour 1872 — est décerné à M. Cornu, répétiteur de botanique à la Faculté des sciences, pour son travail pour la reproduction sexuée des Saprolégniées ; — un encouragement de mille francs à M. Bornet pour ses recherches sur les Gonidies.

Le prix Barbier — pour 1873 — est donné à M. Sirodot, doyen de la Faculté des sciences de Rennes, pour ses études sur les Lémanéacées, — et un encouragement de mille francs à MM. Van Tieghem et Lemonnier pour leurs recherches sur les Mucorinées.

1873. *Grand prix des sciences physiques.* — Ce prix est décerné à M. Balbiani.

Prix de statistique. — Le prix est décerné à M. Lucas, pour la partie scientifique de son Étude sur les voies de communication de la France. Une première mention honorable est accordée à M. le docteur Sueur, pour son Étude sur la mortalité à Paris pendant le siége. Une seconde mention honorable à M. le docteur Hector Bertrand pour sa Géographie et Statistique médicales de la France.

Prix Jecker. — Le prix pour 1873 est accordée à M. Girard.

Prix Lacaze. — Décerné à M. Friedel.

Prix Barbier. — Une somme de mille francs, à titre d'encouragement, est accordée à M. Lefranc, pharmacien-major de l'armée, pour ses recherches sur l'atractylis gummifera.

Prix Bordin (*botanique*). — Décerné à M. Julien Vesque.

Prix Thore, décerné à M. Mégnin.

Prix Bordin (zoologie), décerné à M. Alphonse Milne-Edwards.

Prix Montyon (médecine et chirurgie). — L'Académie a décerné trois prix de deux mille francs chacun à MM. Harting (d'Utrecht), Jules Lefort et Péan. Trois mentions honorables à MM. Armand, Bouland et Oré, avec un encouragement de mille deux cents francs pour chacun, et une indemnité de cinq cents francs à MM. Félizet, Ollivier et Paul Redard.

Prix Bréant. — Deux récompenses de deux mille cinq cents francs chacune sont accordées à MM. Proust, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, et Pellarin, médecin principal de marine en retraite.

Prix Montyon (physiologie expérimentale). — Ce prix est décerné à M. Georges Pouchet; une mention honorable à MM. Perrier et Sanson.

Prix Lacaze (physiologie). — Ce prix est décerné à M. Marey.

Prix Montyon (arts insalubres). — Un prix de deux mille cinq cents francs est décerné à M. Mourcou. Deux récompenses de quinze cents francs chacune sont accordées à MM. Constantin et Gérardin.

Prix Cuvier. — Décerné à M. le professeur Deshayes, du Muséum.

Nous publierons prochainement le programme des prix proposés pour les années 1874, 1875, 1876, 1877 et 1883.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT

Revue cérébroscopique de 1874.

J'ai publié en 1862 mes premiers essais de cérébroscopie, et, depuis douze ans, j'ai continué ces recherches avec un soin qui, seul, prouve tous les avantages de cette méthode. On ne s'occupe pas pendant douze ans d'une chose inutile. Chaque année, des faits en grand nombre viennent confirmer l'importance de l'étude des lésions du nerf optique, de la rétine et de la choroïde, produites par les maladies du cerveau, des méninges et de la moelle épinière. Et le rapport de ces lésions les unes avec les autres est tel, qu'en raison de leur subordination et de leur fréquence il n'y a rien d'exagéré à dire qu'on peut découvrir dans le fond de l'œil ce qui se passe dans le cerveau. C'est au médecin à savoir lire dans cet assemblage de caractères nouveaux pour traduire dans son diagnosctic la signification des phénomènes qu'il aura constatés, et pour tirer de l'ophthalmoscopie toute une séméiotique nouvelle des maladies cérébro-spinales.

Au fond de l'œil, lorsque le cerveau ou la moelle épinière sont affectés, il se produit des névrites optiques, des névro-rétinites, des rétinites et des choroïdites qui reflètent et caractérisent ces maladies. Ce sont autant de signes qui, réunis aux autres symptômes, donnent au diagnostic des maladies cérébro-spinales et diathésiques une certitude inconnue jusqu'à ce jour. Ces signes n'ont pas toujours une signification absolue, mais ils permettent au moins d'affirmer l'existence d'une lésion de la substance nerveuse, là où il y a doute et où l'on pourrait croire à l'existence d'une névrose. Cependant quelques-uns d'entre eux sont seuls un diagnostic. Tels sont les thromboses rétiniennes, les anévrysmes miliaires de l'artère rétinienne, certaines stéatoses de la rétine, les tubercules de la choroïde, etc.

Toutes ces névrites et ces névro-rétinites ou choroïdites se forment d'après des lois que j'ai formulées il y a longtemps, et qui sont immuables. Ce sont :

1° Les névro-rétinites de *cause mécanique* lorsqu'un obstacle à la circulation méningée (méningite ou hydrocéphalie aiguë, épanchement méningé, tumeur comprimant l'encéphale, thrombose des veines méningées, etc.) empêche le sang de l'œil de rentrer dans le crâne. Alors, la sérosité de l'espace sous-arachnoïdien descend jusque dans la gaîne du nerf optique et, comme l'ont établi Key et Schwalbé, comprime le nerf de façon à rétrécir l'artère rétinienne et à retenir dans l'œil le sang des veines de la rétine.

Il se fait alors une hyperémie avec œdème papillaire, une dilatation et une varicosité avec thrombose des veines rétiniennes entraînant plus ou moins vite des altérations de nutrition du nerf optique et de la rétine.

2° Une *névrite descendante* lorsque l'inflammation chronique du cerveau ou du cervelet descend par le nerf optique jusqu'à la papille. C'est le cas des tumeurs cérébrales et cérébelleuses.

3° Une *névrite ascendante réflexe* résultant des maladies de la moelle dans l'ataxie, la chorée, etc. C'est l'effet de l'action du nerf grand sympathique qui tire son origine de la moelle à la région dorsale.

4° Une *névrite ou une choroïdite diathésique* qui révèle la tuberculose, la leucémie, la syphilis, la glycosurie, etc. De là ces névrites et ces choroïdites tuberculeuses, ces choroïdites syphilitiques, ces rétinites leucémiques glycosuriques ou albuminuriques que tout le monde commence à connaître.

Ce sont ces différentes espèces de lésions dont je vais affirmer de nouveau l'existence en rapportant les cas qui se sont montrés dans mon service, et dont plusieurs ont été constatés par l'autopsie.

Hémorrhagie méningée traumatique. — Marguerite G..., quatre ans, entrée le 19 janvier 1874, morte le 20 des suites d'une chute sur la bosse occipitale accompagnée de plaie du cuir chevelu.

Elle avait perdu connaissance sur le coup, et deux jours après, elle devint hémiplégique à droite.

L'œil gauche offre un œdème papillaire énorme avec dilatation des veines rétiniennes, qui annonce une compression de l'hémisphère gauche.

A droite, l'œdème existe également, mais il est moins prononcé et il y a peu de dilatation des veines rétiniennes.

A l'autopsie, pas de fracture du crâne, déchirure du cerveau avec commencement d'encéphalite; hémorrhagie intra-arachnoïdienne considérable avec thrombose demi-caséeuse du sinus longitudinal supérieur.

Méningite typhoïde.— D..., âgée de quatre ans, entrée le 18 mars 1874 avec une fièvre typhoïde très-grave compliquée de délire et de cris aigus continuels. Elle a eu une *double hyperémie du nerf optique*, qui est assez intense pour voiler les contours du nerf et les rendre à peine visibles.

Méningite typhoïde.— P..., âgée de sept ans, entrée le 25 mars 1874 avec une fièvre typhoïde compliquée de délire nocturne et de carphologie, sans perte de connaissance — et strabisme convergent. *Double hyperémie optique*, papille diffuse et au côté externe, tout à fait cachée par l'hyperémie.

Cette enfant paraît guérie, mais elle garde de la diarrhée et s'affaiblit successivement. Alors elle eut quelques vomissements, de la somnolence et des cris continuels; le pouls irrégulier, ralenti à 60, et elle succomba.

A l'autopsie, œdème séro-purulent de la pie-mère, ramollissement de la couche corticale du cerveau; épanchement ventriculaire avec diffluence de la voûte à trois piliers.

Méningite tuberculeuse.— X..., âgée de cinq ans, entrée le 14 décembre 1874 pour une maladie caractérisée par la somnolence, des douleurs de tête, des vomissements, de la constipation et l'intermittence avec ralentissement du pouls.

Double névro-rétinite avec dilatation et flexuosités des veines de

la rétine : atrophie choroïdienne pointillée et des tubercules de la choroïde.

Méningite tuberculeuse sans symptômes. — C..., âgée de deux ans et demi le 17 mars 1874, sortie le 22.

Malade depuis quelques semaines, avec de la diarrhée sans vomissements et sans intermittences du pouls, offrit dans la salle une somnolence exagérée, sans autre symptôme de méningite. Elle avait une température assez forte de 38°,8.

Les deux yeux offrant une *névrite optique avec exsudat rétinien grisâtre et des thromboses rétiniennes*, je n'hésitai pas à diagnostiquer une méningite tuberculeuse. L'enfant fut emmenée par les parents au moment de la mort.

Méningite tuberculeuse sans les symptômes ordinaires. Tubercules de la choroïde. — Berthe G..., âgée de deux ans et demi, morte le 22 janvier 1874, au n° 37 de la salle Sainte-Catherine. Cette enfant, malade depuis quinze jours, avait été prise subitement d'une forte convulsion, qui dura deux heures; puis elle resta avec de la fièvre, de l'hémiplégie à gauche, et toussant un peu. Pas de vomissements ni de constipation. Trois jours après l'entrée, nouvelle convulsion prolongée et mort.

Ses yeux présentèrent *une atrophie pointillée* de la *choroïde, un tubercule de la choroïde* à gauche et de *la névrite optique double*, avec œdème papillaire se propageant le long des veines, qui étaient peu dilatées.

A l'autopsie, œdème considérable séro-purulent de la pie-mère, hydropisie des ventricules latéraux.

Noyaux de pneumonie chronique tuberculeux, granulations grises demi-transparentes des poumons; ganglions bronchiques tuberculeux.

Dans les yeux, atrophie de la couche pigmentaire choroïdienne. A gauche, *deux tubercules de la choroïde*, l'un très-petit, l'autre volumineux saillant blanchâtre commençant l'état régressif.

Méningite granuleuse sans symptômes ordinaires. — Eugénie F..., âgée de trois ans (n° 34, salle Sainte-Catherine), morte le 21 janvier 1874, des suites d'une pneumonie tuberculeuse, suivie de méningite. Dans le cours de cette pneumonie, l'enfant tomba dans la somnolence, sans offrir de vomissements, de constipation, d'intermittences du pouls, sans soupirs et sans rougeurs passagères de la face. Vint une convulsion et elle succomba.

Les deux yeux, examinés à l'ophthalmoscope offrirent : 1° *une névrite optique* avec *œdème papillaire;* 2° *dilatation flexueuse énorme des veines rétiniennes choroïdiennes*, et 3° *de l'atrophie choroïdienne pointillée.*

A l'autopsie, en outre de la pneumonie tuberculeuse, on trouva une méningite purulente, avec du pus disséminé dans les circonvolutions de la convexité, rougeur très-vive et générale de la pie-mère. Thrombose récente du sinus longitudinal et quelques granulations de la convexité.

Dans les yeux, on retrouva l'atrophie choroïdienne pigmentaire et au microscope, l'infiltration conjonctive du nerf optique près de la papille.

Méningite tuberculeuse. Névrite optique. — Ernestine F..., âgée de deux ans, entrée le 1er juin 1874, morte le 11.

Le 15 mai, dans la nuit, convulsions, dont on ne connaît pas la cause, puis l'enfant est restée malade et on l'a amenée à l'hôpital.

Elle dort continuellement, crie sans cesse, et a un peu de contraction à gauche dans les doigts et dans les jambes. Pouls inégal, irrégulier, intermittent. Température, 39,5.

Pas de vomissements, un peu de constipation.

Double névrite optique. — Plus prononcée à droite qu'à gauche.

Les convulsions sont revenues le 3 juin et le 7 juin. Une dernière enfin le 4, et elle a succombé.

L'autopsie a montré une méningite tuberculeuse avec des lésions plus considérables à droite qu'à gauche, occupant la base et la convexité. De plus, il y avait des tubercules miliaires dans les poumons, le foie, la rate et les séreuses.

Méningite guérie avec hémiplégie consécutive. Double névrite optique. — B..., âgée de onze ans, entrée le 6 mai 1874, et envoyée par le docteur Revillout. D'après les renseignements, cette jeune fille aurait eu, il y a six semaines, une méningite terminée par guérison et laissant après elle une hémiplégie gauche avec contracture des articulations du coude, des doigts et du genou. L'intelligence est affaiblie, mais non abolie, et il n'y a pas de trouble des organes des sens.

Les deux yeux offrent au même degré *une névrite optique* caractérisée par la rougeur de la papille telle que cette partie ne se distingue plus de la choroïde, et que ses bords sont effacés. Il n'y a pas d'exsudat péripapillaire et les vaisseaux ne sont pas dilatés ni altérés.

Méningite. — A. M.., trois ans, le 1er avril 1874, avec une méningite caractérisée par la somnolence, des cris continuels, l'intermittence du pouls, sans vomissements et avec constipation. Elle offre une *double névro-rétinite*, qui cache la papille et offre de l'*atrophie choroïdienne.* A sa mort, le 6, méningite de la base criblée de granulations miliaires, et avec quelques petits tubercules crus du cerveau. Tous les organes du tronc sont criblés de granulations grises et de tubercules crus.

Méningite : tubercules de la choroïde. — Maria D..., entre le 22 avril avec vomissements, constipation, somnolence, céphalalgie, sans cris et pouls intermittent.

Elle a une *double œdème papillaire*, sans dilatation des veines et un *tubercule de la choroïde à droite.*

L'enfant succombe, et l'on constate une granulose générale, jointe à une méningite granuleuse suppurée de la base. Les yeux offrent les tubercules choroïdiens signalés pendant la vie.

Méningite tuberculeuse. Philomène D..., quatre ans, entrée le 21 avril, avec céphalalgie, soupirs, somnolence, pas de vomissements ni de constipation et pouls intermittent. *Double névrite optique* avec exsudat péripapillaire et atrophie choroïdienne.

Diagnostic vérifié par l'autopsie, qui révèle une méningite granuleuse avec tuberculose générale.

Méningite et tubercule du cervelet. — Marthe S.., deux ans, entrée le 25 avril, avec somnolence, cris, soupirs. Vomissements, pas de constipation, pouls intermittent. *Double névrite optique*, avec exsudat péripapillaire et quelques thromboses veineuses.

Après être resté quelques jours dans le même état, cette enfant a été prise de convulsions et a succombé.

A l'autopsie, méningite générale sans granulations et un gros tubercule du cervelet. Tuberculose du poumon, des ganglions bronchiques de la rate, du foie et des reins.

Méningite tuberculeuse et carie vertébrale. — X..., âgée de deux ans et demi, morte le 18 février 1874, pour une méningite consécutive à une carie vertébrale. L'enfant avait une méningite, sans autre symptôme que de la somnolence. Elle offrait à l'ophthalmoscope *une double périnévrite optique*, une *atrophie choroïdienne pointillée*, et une énorme dilatation des veines.

L'autopsie a permis de constater ces lésions de l'œil, plus la méningite tuberculeuse de la convexité, l'hydrocéphalie et la thrombose des sinus et des veines méningées. Ostéite vertébrale suppurée du dos, tuberculose pulmonaire.

Méningite. Double névro-rétinite. — Isabelle T..., cinq ans, entrée le 14 décembre 1874, pour une maladie datant de trois jours et caractérisée par des vomissements, de la constipation, de la somnolence, du ralentissement et des intermittences du pouls, quelques grincements de dents et l'aplatissement du ventre.

A l'ophthalmoscope, on constate dans les deux yeux une névrite optique, caractérisée par la rougeur et la presque disparition de la papille sous l'infiltration sanguine; par un exsudat gris ardoisé, qui cache les bords papillaires et s'étend sur la rétine avoisinante; par l'énorme dilatation et flexuosités des veines; par la disparition des artères, enfin par une atrophie pointillée de la choroïde. Diagnostic vérifié par l'autopsie.

(*A suivre.*)

DES CORPS FIBREUX (FIBROIDES) DE L'UTÉRUS (1)

par M. le docteur Tillaux

Je désire appeler spécialement votre attention sur l'évolution bizarre de quelques-unes des tumeurs de l'utérus, évolution pouvant entraîner certains écarts curieux dans le diagnostic et aussi sur le traitement qu'il convient d'apporter aux fibroïdes de gros volume implantés sur le fond de la matrice.

Je dirai d'abord qu'il existe des corps fibreux d'un assez petit volume pour pouvoir sortir et rentrer de temps en temps spontanément dans l'intérieur de la cavité utérine. On conçoit combien ce fait peut amener de divergences dans l'opinion de chirurgiens appelés à examiner une malade à l'un ou à l'autre moment. J'ai entendu M. le professeur Pajot raconter à ce sujet les pérégrinations d'une malade allant successivement chez plusieurs célèbres praticiens qui affirmaient les uns après les autres l'absence d'un polype fibreux utérin.

L'an dernier, j'eus occasion d'examiner, dans mon service à Lariboisière, une malade de ce genre. Il existait, en dehors du col utérin, une tumeur fibreuse du volume d'une noix environ. L'opération fut fixée au lendemain. La malade est amenée à l'amphithéâtre, et, après avoir décrit le procédé opératoire, je me mis en demeure d'opérer. Le polype avait disparu, et je dus attendre qu'il voulût bien apparaître de nouveau, d'autant plus qu'il n'entraînait pas d'accidents actuels.

Ce sont donc là des polypes logés dans la cavité utérine, et qui en sortent de temps en temps sous l'influence des contractions de la matrice, surtout vers l'époque menstruelle.

Il en est une autre variété, plus curieuse encore, et que fera bien comprendre l'histoire du fait suivant :

En 1873, j'opérai, avec mon ami le docteur Métivier, une dame atteinte d'un polype fibreux de l'utérus. La tumeur était gangrenée à la surface et avait donné lieu à quelques phénomènes d'infection putride. Elle était franchement pédiculée, aussi l'opération fut-elle aisément conduite à bien avec un écraseur courbe, et la malade recouvra une santé parfaite.

Au mois d'août dernier, une année environ après la première opération, la malade revint chez moi accusant des phénomènes analogues à ceux qu'elle avait antérieurement éprouvés. Elle redoutait l'existence d'un nouveau polype.

Je fis un examen aussi complet que possible ; je pratiquai même le cathétérisme utérin, et je constatai que la cavité utérine était absolument libre et de dimensions normales. J'affirmai donc à la malade de la manière la plus catégorique qu'elle n'avait pas de polype.

Quelques jours plus tard, M. le docteur Métivier examinait la malade et constatait la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule remplissant tout le vagin.

D'ou venait ce nouveau polype? Il n'était certainement pas renfermé dans la cavité de la matrice, puisque je l'avais explorée dans tous les sens. La seule explication rationnelle me paraît être la suivante : le corps fibreux était situé dans les parois de l'utérus, au-dessous de la muqueuse, et au voisinage du col. Sous l'influence d'une contraction utérine violente sollicitée par l'application de tampons que j'avais conseillés à la malade, le fibroïde avait été brusquement expulsé au dehors de la cavité utérine.

L'opération fut, comme la première fois, des plus simples et d'une guérison rapide.

Il n'en a malheureusement pas été de même dans le troisième cas qui me reste à relater.

Le résultat a été fatal, puisqu'il a entraîné la mort de la malade dans l'espace de quarante-huit heures, et cette issue funeste doit être mise sur le compte de l'opération, car une portion du fond de l'utérus fut enlevée avec la tumeur.

Ces cas malheureux étant ceux qui portent avec eux les enseignements les plus profitables, je vous demande la permission de vous faire connaître celui-ci avec quelques détails.

Je dirai à ma justification qu'il s'agissait d'un de ces fibroïdes énormes tout à fait exceptionnels, ainsi que vous le pouvez constater par l'examen de la pièce ; de ces tumeurs dont l'extirpation s'impose par les accidents qu'elles déterminent, et pour lesquels la médecine opératoire ne peut tracer d'avance aucune règle précise.

Mme X..., âgée de trente-trois ans, avait éprouvé les premiers accidents sous forme de métrorrhagies il y a six ans. A plusieurs reprises, elle avait dû garder le lit pendant des mois entiers, et une fois pendant six mois. Peu à peu son ventre se développa, et elle sentit une tumeur envahir le vagin et descendre jusqu'à la vulve. La tumeur faisait même saillie à l'extérieur aux époques menstruelles et provoquait des douleurs expulsives analogues à celles de l'enfantement.

Lorsque j'examinai la malade, je constatai l'existence d'une tumeur utérine remontant un peu au-dessus de l'ombilic et faisant saillie à la vulve, absolument comme une tête de fœtus. Elle remplissait tout le petit bassin, en sorte qu'il était impossible d'introduire le doigt entre la surface et les parois du vagin pour constater ses rapports avec le col. D'ailleurs, il était évident qu'elle occupait la cavité de la matrice tout entière. Mais où était le point d'implantation. Rien ne pouvait en donner la moindre idée.

La tumeur était donc fortement enclavée dans le petit bassin, entre la vessie et le rectum, qu'elle comprimait.

Après avoir mûrement réfléchi au meilleur procédé opératoire à mettre en usage, je procédai à l'extirpation, mercredi dernier, de la manière suivante :

La malade étant endormie, j'implantai dans la tumeur des pinces de Museux et exerçai des tractions. Celles-ci ne furent d'abord suivies d'aucun résultat. Je me disposais à pratiquer à la vulve de petites incisions latérales, à employer le forceps, dont je m'étais muni, et, au besoin le céphalotribe, et même à enlever, comme cela a été fait dans les cas analogues, une tranche de la tumeur pour en diminuer le volume, lorsque je la sentis s'engager et sortir à l'extérieur : mais le périnée avait cédé, bien que les tractions fussent modérées. Je dois dire que la malade, très-affaiblie par ses pertes et ses souffrances antérieures, avait les chairs très-pâles et peu résistantes.

La tumeur que vous voyez sortit alors à l'extérieur.

De nouvelles difficultés, que j'avais d'ailleurs prévues, se présentaient. Où était le pédicule, ou plutôt le point d'implantation, car, ainsi que vous pouvez le constater, la tumeur était sessile, où finissait la tumeur, et où commençait l'utérus ? L'implantation avait-elle lieu sur le fond de la matrice, sur une de ses parois ou sur une des lèvres du col ? Dans l'hypothèse d'une implantation au fond de l'utérus, celui-ci était-il retourné en doigt de gant et compris dans le centre de la tumeur ? Ce dernier problème surtout, vous le comprenez, me préoccupait à un haut degré, et, dans l'impossibilité où j'étais de le résoudre à l'œil et au toucher, je pratiquai à la surface de la tumeur une incision longitudinale profonde, et je pus constater, en saisissant la masse entre les deux index, au fond de cette incision, qu'il n'y avait aucun corps inclus.

Je me proposais également, par cette incision, de m'assurer s'il existait, au-dessous d'une couche de tissu utérin plus ou moins épaisse, un fibroïde énucléable, ce qui n'existait pas au *verso*.

J'eus la mauvaise inspiration d'appliquer, sur le point que je venais d'inciser, une chaîne d'écraseur, au lieu de continuer la section avec le bistouri ou les ciseaux. J'espérais éviter ainsi la section de gros vaisseaux qui ont été parfois signalés au point d'insertion des corps fibreux sessiles. La chaîne de l'écraseur glissa, comme cela a toujours lieu, jusqu'à l'extrémité de la tumeur, et la section s'opéra assez rapidement.

Je n'eus même pas le bénéfice de l'hémostase, car la surface de section fournit aussitôt une quantité considérable de sang que j'eus peine à arrêter.

Aussitôt la tumeur enlevée, j'avais été quelque peu effrayé du morceau d'utérus qui lui était accolé, mais la surface externe m'avait paru tapissée par une muqueuse et non par le péritoine, en sorte que j'eus l'espoir que ce n'était autre chose qu'un morceau de la lèvre du col hypertrophié qui avait donné naissance à la tumeur.

La journée fut relativement satisfaisante, mais une violente périto-

(1) Communiqué à la Société de chirurgie, séance du 2 décembre.

nite éclata dans la nuit, et la malade succomba quarante-huit heures après l'opération.

L'autopsie nous a révélé que l'utérus était troué vers son fond.

J'ai donc eu affaire à un fibroïde sessile, énorme, appendu au fond de l'utérus, non énucléable, dont les fibres se continuaient avec celles de l'utérus sans aucune ligne de démarcation.

Sous l'influence des tractions exercées sur la tumeur, l'utérus s'était laissé déprimer en cul de bouteille, et c'était cet organe lui-même qui formait, en réalité, le pédicule du fibroïde sur lequel avait glissé la chaîne de l'écraseur.

Une conséquence pratique importante me paraît ressortir de ce fait malheureux : c'est que l'écraseur linéaire, cet instrument si utile à l'extirpation des tumeurs pédiculées de l'utérus, est d'un emploi dangereux quand il s'agit de tumeurs sessiles et que celles-ci doivent être détachées couche par couche et au bistouri.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 décembre 1874 (1). — Présidence de M. Perrin.

RAPPORT

M. Paulet fait un rapport sur plusieurs observations communiquées par M. Roux (de Brignolles) à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant national.

La première de ces observations est relative à une jeune fille de dix-huit ans portant sur le maxillaire supérieur droit une tumeur dont le développement avait rapidement marché. De l'ensemble des symptômes présentés par la malade, le chirurgien conclut à l'existence d'une tumeur contenue dans le sinus maxillaire, et l'événement prouva que ce diagnostic était exact. L'ablation du maxillaire supérieur fut pratiquée le 19 décembre 1872; la malade étant sujette à de fréquentes attaques d'épilepsie, cette complication parut une contre-indication à l'usage des anesthésiques, et le chloroforme ne fut pas employé. L'incision des parties molles fut conduite obliquement depuis la commissure labiale jusqu'à l'apophyse orbitaire externe, en ayant soin de la faire passer en dedans de l'ouverture du canal de Sténon, pour éviter une fistule salivaire consécutive; en un mot, le procédé opératoire suivi fut le procédé de Velpeau. Afin d'éviter les ébranlements sur l'encéphale, M. Roux employa la scie à chaîne pour détruire les trois principaux points d'attache du maxillaire supérieur; on ne saurait se dissimuler que la scie à chaîne n'est pas en général d'un usage bien commode dans la résection du maxillaire supérieur, et que son emploi allonge considérablement la durée de l'opération, ce qui est grandement à considérer quand les malades sont privés du bénéfice de l'anesthésie. Peut-être l'opérateur se serait-il servi avec plus d'avantages soit de la pince de Liston, soit des ostéotomes puissants dont les chirurgiens se servent aujourd'hui. D'ailleurs il eût été possible, en employant simplement le ciseau et le maillet, de gagner un temps notable, tout en évitant l'ébranlement dont l'opérateur paraît s'être surtout préoccupé. Après l'ablation de l'os, M. Roux crut devoir cautériser énergiquement toute la surface de la plaie, d'abord avec le perchlorure de fer, puis avec le cautère actuel, tant pour arrêter l'hémorrhagie opératoire que pour prévenir une hémorrhagie secondaire, et pour détruire les prolongements que le tissu morbide aurait pu avoir poussés dans les anfractuosités osseuses. Les suites de l'opération furent des plus simples, et la malade guérit rapidement.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une tumeur de la cuisse mesurant 19 centimètres de long sur 16 et demi de large, située au devant du droit antérieur au niveau de son entre-croisement avec le couturier, et développée dans le tissu conjonctif sous-aponévrotique. L'opération, pratiquée le 7 février 1872, n'offrit pas de très-grandes difficultés, et la guérison, quoique lente à obtenir, fut complète au bout de deux mois et demi. En faisant l'examen histologique de ces deux tumeurs, M. Roux remarqua qu'elles présentaient des caractères mixtes, c'est-à-dire que les couches de la périphérie appartenaient à la catégorie de sarcomes dits sarcomes fasciculés (tumeurs fibro-plastiques de Lebert), tandis que le centre était uniquement constitué par des cellules embryonnaires arrondies (sarcome encéphaloïde).

La troisième partie du travail de M. Roux contient une observation d'amputation tibio-tarsienne à lambeau latéral interne. La malade, femme d'environ cinquante ans, était atteinte d'une carie scrofuleuse du calcanéum et de l'astragale. L'opérateur ne crut pas devoir adopter le procédé de Syme, parce que ce procédé est d'une exécution difficile, surtout lorsque des lésions organiques ont induré et épaissi les parties molles, qu'il expose à entamer la peau en arrière, à diviser l'artère tibiale postérieure avant sa bifurcation, et qu'il offre en outre des conditions défavorables à l'écoulement du pus; pour ces raisons, il donne la préférence au procédé de J. Roux. L'opération, habilement pratiquée, eut les suites les plus heureuses. Il est seulement à regretter que l'auteur nous en ait communiqué le résultat d'une façon un peu prématurée; car, dans toutes les amputations de l'extrémité inférieure de la jambe, s'il est bon de savoir que les malades ont guéri, encore faudrait-il savoir — et c'est là un point fort important — à l'aide de quel appareil ils ont pu marcher et comment ils ont marché.

La dernière partie de ce travail est intitulée *Note sur la trachéotomie;* elle contient plusieurs observations dans lesquelles l'auteur signale l'existence de veines nombreuses dont la présence gêne considérablement l'opérateur, et dont l'ouverture peut donner lieu à des hémorrhagies dangereuses. Dans un cas, une artère dut être liée. Enfin l'auteur appelle l'attention sur un accident très-grave, la syncope, qui survient parfois immédiatement après l'opération, et qui se produit, selon lui, parce que le sang veineux qui congestionne outre mesure l'encéphale et lui fait subir une sorte d'apoplexie, se trouve, par le seul fait de l'ouverture de la trachée, revenir par une sorte de raptus subit et rapide dans la cavité thoracique et cesse brusquement d'exciter l'encéphale.

DISCUSSION

M. Trélat. M. Paulet a avancé que l'emploi de la scie à chaîne était difficile. Je pense que cette difficulté est considérablement diminuée lorsqu'on a la précaution de mettre d'abord l'os à nu à l'aide d'un grattoir. On peut, d'ailleurs, à défaut de scie à chaîne, employer la scie de Larrey ou celle de Langenbeck. Quant à la gouge et au maillet, je ne suis pas de l'avis du rapporteur. J'ai vu les chirurgiens qui nous ont précédés, entre autres Nélaton, éprouver de grandes difficultés dans le maniement de ces instruments, alors que, je le répète, la scie à chaîne, précédée de quelques coups de grattoir, permet de terminer rapidement la section.

M. Tillaux. Je crois aussi que le temps le plus difficile est la section de l'os malaire. La pince de Liston expose à des éclats considérables. La scie de Larrey n'est pas toujours d'un maniement facile. La scie à chaîne me paraît à coup sûr la plus pratique ; mais, malgré l'opération du grattage, qui facilite son application, je ferai observer que son passage est souvent rendu fort difficile par les différences très-considérables de la fente sphéno-maxillaire qui peut varier de 2 à 6 millimètres, suivant les sujets. La recherche de cette fente, recouverte par le périoste orbitaire, recherche qu'il faut exécuter à l'aide de la pulpe du doigt engagée très-profondément, est, je le répète, un point des plus délicats.

M. Le Fort. Je suis, pour ma part, absolument opposé à l'idée de M. Paulet, relativement à la pince de Liston, la gouge et le maillet, car je leur préfère de beaucoup la scie à chaîne, à la condition toutefois de se servir d'aiguilles d'acier recuit pour la conduire à travers la fente sphéno-maxillaire. Cette précaution permet, en effet, de donner à l'aiguille la courbure nécessaire.

M. Després. J'avoue que je ne partage pas l'opinion de ceux qui veulent que la pince de Liston soit insuffisante. Je me rappelle avoir eu, dans un cas, de grandes difficultés à faire passer la scie à chaîne, tandis que je suis toujours arrivé, bien que d'une force musculaire très-ordinaire, à sectionner l'os à l'aide de la pince de Liston. Ce procédé a, d'ailleurs, l'avantage de ne point vous obliger à changer

(1) Suite. — Voir le numéro des 26-29 décembre.

d'instrument, puisque cette pince vient de vous servir à sectionner l'apophyse palatine. Les difficultés dans son emploi ne peuvent résulter que des tentatives que l'on ferait pour sectionner l'os d'un seul coup ; il faut se garder d'opérer ainsi, mais, au contraire, mordre successivement et à plusieurs reprises sur le tissu osseux.

M. DUBRUEIL. Je ne me suis pas servi moi-même de la pince de Liston ; mais, lorsque j'étais interne de Maisonneuve, j'ai vu ce chirurgien la manier avec la plus grande facilité. Je dois ajouter que la pince dont il se servait était beaucoup plus longue et beaucoup plus puissante que celle de Liston : c'était, je crois, la pince de Colombat.

M. BLOT. Je me souviens qu'étant interne de Velpeau, je le vis aux prises avec de grandes difficultés dans le temps de section à l'aide de la pince de Liston. Il me passa l'instrument, et je ne pus moi-même terminer la section qu'à grand'peine.

M. PAULET. Malgré l'opération préliminaire du grattage, que conseille M. Trélat, et qui facilite très-certainement la section, l'usage de la scie à chaîne est, je le répète, laborieux à cause des préparations fort longues qui sont nécessaires, et qui, surtout, sont pénibles pour un malade non anesthésié. La section se fait très-facilement à l'aide de la pince de Liston ; quant à la gouge et au maillet, qui paraissent n'être pas du goût de quelques-uns de nos collègues, je déclare les avoir plusieurs fois mis en usage et avoir toujours été frappé de la facilité et de la rapidité avec laquelle la section s'opérait ainsi, sans qu'il fût besoin pour cela d'employer une grande force.

Les conclusions de M. Paulet sont adoptées, c'est-à-dire le renvoi du travail de M. Roux aux archives et l'inscription en rang très-honorable au nombre des candidats à la place de membre correspondant. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 novembre 1874. — Présidence de M. PETER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. GALLARD dépose sur le bureau la proposition suivante :

« La société décide que les élections pour le renouvellement du bureau, étant fixées par les statuts à la première séance du mois de décembre, n'auront pas lieu aujourd'hui et seront renvoyées à la date statutaire. «

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée à la majorité des membres présents.

LECTURE

M. DE BEAUVAIS lit un mémoire intitulé : *Sur un cas de chorée mortelle*. (Voir les numéros des 29 et 31 décembre 1874.)

DISCUSSION

M. GÉRY s'étonne que M. de Beauvais n'ait pas employé les inhalations de chloroforme dans le but de prévenir les convulsions horribles dont il a tracé le tableau.

M. DE BEAUVAIS. Les troubles de la circulation et les phénomènes asphyxiques m'en ont éloigné.

M. BLONDEAU. L'asphyxie des enfants convulsés n'a pas toujours empêché l'administration du chloroforme. Pour ma part, je l'ai employé récemment, l'enfant étant bleu par asphyxie. Je l'ai employé également avec Trousseau chez un enfant choréique que nous avons tenu pendant douze heures sous l'influence des inhalations de chloroforme, malgré un état asphyxique très-avancé. Il y eut guérison. Le fait est relaté dans la *Clinique* de Trousseau.

M. DE BEAUVAIS. L'état du cœur, bien plus encore que l'asphyxie, m'a fait repousser le chloroforme.

M. LUNIER. Il en est de la chorée comme de toutes les maladies convulsives, dont les unes ne laissent aucune trace anatomique, tandis que d'autres se compliquent de lésions cérébrales; ces dernières ne guérissent généralement pas. Il y a des chorées idiopathiques; mais, d'autres fois, ce sont plutôt des accidents choréiformes surajoutés à une maladie telle que la méningite, par exemple, et ne différant en aucune façon, au point de vue symptomatologique, de la véritable chorée.

M. DELASIAUVE. Il y a, en effet, des chorées aiguës véritables, et des chorées dépendant d'une maladie du cerveau. Une malade de mon service, sujette à des excitations maniaques, présenta pendant huit jours des signes de chorée aiguë très-grave, et cela à trois reprises différentes. N'y a-t-il pas là, plutôt qu'une chorée véritable, une congestion cérébrale amenant des phénomènes choréiques; et si l'issue eût été funeste, quelles lésions aurait-on rencontrées? Evidemment, celles rapportées par M. de Beauvais. Mais ce n'est pas là de la véritable chorée, laquelle consiste dans l'association aux mouvements naturels de mouvements irréguliers, l'individu n'étant pas autrement malade.

M. ONIMUS. On confond souvent la chorée avec les mouvements choréiformes : c'est confondre le symptôme avec la maladie. Il peut y avoir des mouvements ataxiques sans ataxie, de même il peut y avoir des mouvements choréiformes sans chorée. Je mets en doute que la mort soit possible par le fait de la chorée proprement dite.

M. BLONDEAU. Vous cherchez à distinguer la chorée des mouvements choréiformes; mais la distinction est toute faite, et le nom existe (c'est la *danse de Saint-Guy*), qui ne doit être appliqué qu'à la vraie chorée, celle que M. Onimus dit non mortelle. Pour moi, elle l'est, j'en ai vu un cas; M. Géry en cite deux dans sa thèse, dont l'un très-rapidement mortel.

M. ANTONIN MARTIN demande quelles lésions on trouve dans les cas rapidement mortels.

M. GÉRY. Rien de spécial. Chez un malade qui avait présenté de l'excitation cérébrale pendant quatre jours, on trouva des lésions du cerveau qui ne sauraient être mises sur le compte de la chorée.

M. ONIMUS. Lorsqu'on trouve des lésions, c'est que l'on avait affaire à une maladie des centres nerveux ayant amené des mouvements choréiformes, mais ce n'est pas là de la *chorée*.

M. FORGET cite l'observation d'une jeune fille de six ans qui présenta des accidents choréiques tellement graves que M. Blache, appelé en consultation, crut à une fin prochaine. M. Blache pensait, d'ailleurs, qu'une chorée de cette nature pouvait entraîner la mort. Cependant cette enfant guérit ; mais si la mort était survenue, n'aurait-on pas pu dire qu'il y avait des accidents cérébraux ?

M. PETER. M. Onimus semble croire que les cas mortels sont des *pseudo-chorées*, tandis que la chorée vraie ne serait pas mortelle; je ne suis pas de son avis.

M. Forget vient de signaler un cas qui aurait pu se terminer par la mort; MM. Blondeau et Géry vous en ont cité de mortels. J'en ai moi-même obervé deux à l'hôpital des Enfants. L'un de ces petits malades était dans une agitation permanente, l'intelligence même était atteinte. Il était choréique à la fois des membres et de l'intelligence. Il ne dormait ni jour ni nuit. Le chloroforme seul procurait quelques instants de sommeil. Enfin il survint de l'accélération du pouls, l'épuisement et la mort. A l'autopsie, on trouva un peu de congestion de l'axe cérébro-spinal, mais du fait de l'asphyxie.

Ce n'est pas là une lésion propre à la chorée, c'est la congestion terminale, c'est le *modus moriendi* qui l'a produite. Je crois donc pouvoir affirmer que des malades choréiques vrais meurent par l'exagération de leur névrose, de même qu'on compte des cas hystériques mortels : ils sont rares, il est vrai; mais enfin ils existent.

M. ONIMUS. Je ne nie pas d'une façon absolue que la chorée vraie puisse entraîner la mort. Mais cette terminaison est exceptionnelle et n'a lieu, dans tous les cas, qu'au bout d'un certain temps, jamais rapidement.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr LOLLIOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Société médicale des hôpitaux de Paris. — Prix fondé en 1862 par M. Phillips sur la *curabilité* de la méningite tuberculeuse. — La Société médicale des hôpitaux a décidé, dans sa séance du 22 novembre 1872, que le dernier délai pour la remise des mémoires était fixé au 31 mars 1875. Ce prix sera de la valeur de douze cents francs. — Voici le programme :

1° Diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse ;

2° De son étiologie et de son traitement préventif ;

3° Une fois la maladie déclarée, quelles sont les indications thérapeutiques fournies par les symptômes observés dans le cours de la méningite tuberculeuse?

Nota. — La Société exprime le désir de voir les candidats apporter le plus grand soin dans la rédaction de leurs observations personnelles, où les conditions d'âge, de sexe, d'hérédité, d'hygiène soient relatées avec la plus scrupuleuse exactitude.

Les mémoires, écrits en français, devront être inédits et adressés, francs de port, avant le 1er avril 1875, à M. le docteur Ernest Besnier, secrétaire général de la société, 87, rue Neuve-des-Mathurins.

Chaque mémoire doit porter une devise qui sera répétée sur un pli fermé et cacheté, joint au manuscrit, et contenant le nom de l'auteur, qui ne pourra pas se faire connaître avant la décision de la société.

— M. le professeur Piorry, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, commencera le mardi 5 janvier à 8 heures et 1/2 du soir, à la salle des conférences du boulevard des Capucines, sur *l'indispensabilité* d'établir *avant tout* traitement un diagnostic rigoureusement exact des lésions organiques existant dans les maladies et d'avoir principalement recours, pour les guérir, à des moyens hygiéniques et à des agents pharmaceutiques consacrés par l'expérience et non dangereux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques des tissus et des organes du corps humain, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger. 2e édition entièrement refondue, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 551 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

La Syphilis et la Prostitution dans leurs rapports avec l'hygiène, la morale et la loi, par M. le docteur Hippolyte Mireur, médecin inspecteur du dispensaire de salubrité publique de Marseille. — 1 fort vol. in-8°. Prix : 10 fr. — Paris, G. Masson.

Climats et Endémies. Esquisses de climatologie comparée, par le docteur P. Ch. Pauly. — 1 vol in-8° de 740 pages. Prix : 10 fr. — Paris, G. Masson.

Traité de thérapeutique médicale, ou Guide pour l'application des principaux modes de médication à l'indication thérapeutique et au traitement des maladies, par le docteur A. Ferrand, médecin des hôpitaux. — 1 vol. in-18 jésus de 800 pages. Cartonné. Prix 8 francs. — Paris, 1874, J. B. Baillière et fils.

Hygiène de la première enfance. Guide des mères pour l'alimentation, le sevrage et le choix de la nourrice chez les nouveau-nés, par E. Bouchut, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 6e édition. — In-18 jésus, avec figures. Prix : 4 francs.

Contribution à l'étude de l'acclimatement des Français en Algérie, par le docteur René Ricoux. — In-8° de 126 pages avec tableaux. Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

Etudes statistiques sur l'étiologie de la syphylis tertiaire, par M. le docteur Louis Jullien, chef de clinique chirurgicale des hôpitaux de Lyon. — 1 vol. in-8° avec nombreux tableaux. Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

De la valeur des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde, de leurs indications et contre-indications, par le docteur H. Libermann. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, G. Masson.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine. — Chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, 7, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les discours d'usage que comporte l'installation d'un nouveau bureau ont pris d'autant plus de temps que M. Devergie, président sortant, s'est cru forcé de faire en détail l'analyse de toutes les discussions qui ont eu lieu dans l'année devant l'Académie de médecine et de tous les travaux de ses membres.

Le reste de la séance a été occupé par deux rapports.

L'un de ces rapports avait pour objet de répondre à une question de M. le ministre des finances sur la définition du terme *spécialités pharmaceutiques*.

La commission, reconnaissant qu'il était impossible de définir ce terme en se basant sur la nature des choses, a voulu se placer à un point de vue fiscal. Elle a proposé de considérer comme également susceptible d'impôt toute substance, toute préparation, de quelque nature qu'elle pût être, qui serait présentée comme jouissant de propriétés thérapeutiques et annoncée d'une façon quelconque : par prospectus, circulaire, affichage dans la rue ou dans la boutique, etc., etc.

Ce serait donc exclusivement le fait de la publicité qui serait frappé d'une taxe ; et bien entendu il faudrait que ce fait fût postérieur à la promulgation de la loi proposée, car les lois ne peuvent avoir d'effet rétroactif.

Ainsi la formule adoptée par l'Académie, prise en elle-même, ne remplit pas son but fiscal aussi complétement qu'on a paru le supposer à une première audition.

Et d'ailleurs ne prévoit-on pas toutes les difficultés, toutes les tracasseries auxquelles donnera lieu la recherche des circulaires et prospectus, cachetés ou non cachetés, confiés par la poste ou transmis par quelque autre voie?

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT

Revue cérébroscopique de 1874 (1).

Dans la première partie de cet article, nous avons montré les cas de méningite et d'affection cérébrale révélées par la névro-rétinite et les tubercules de la choroïde. Voyons à présent les maladies du fond de l'œil causées par les maladies de la moelle épinière.

Tuberculose générale avec tubercules de la choroïde. — D..., treize ans, morte le 9 novembre d'une tuberculose aiguë, simulant une fièvre typhoïde.

Dans ce cas de diagnostic incertain, l'ophthalmoscope, en révélant *des tubercules de la choroïde* avec *névrite optique*, montra qu'il devait y avoir des granulations de même nature dans les méninges, dans le cerveau et dans tous les organes. Cela était vrai.

L'enfant mourut, et l'on trouva une tuberculose aiguë généralisée occupant le cerveau, les méninges, les poumons, les reins et toutes les séreuses. Les choroïdes renfermaient huit granulations tuberculeuses.

Tuberculose aiguë avec *tubercules de la choroïde.* — L..., deux ans et demi, couchée au 41 de la salle Sainte-Catherine, sortie le 12 novembre 1874, était entrée pour un état cachectique fébrile, accompagné de râles sous-crépitants dans les deux poumons et de diarrhée. Elle offre une *double névro-rétinite*, et à gauche, *plusieurs tubercules de la choroïde.*

Son état s'aggravant beaucoup, elle a été enlevée de l'hôpital par ses parents.

Tuberculose aiguë; névrite optique.— Camille B..., quatorze ans, entrée le 16 novembre 1874, morte le 18. Elle était affectée de tuberculose aiguë ou phthisie galopante.

Les yeux offraient *une double névrite optique* bien caractérisée, avec *atrophie choroïdienne pointillée.* Diagnostic vérifié par l'autopsie.

Encéphalite chronique; névrite optique. — B..., douze ans. Vu le 16 novembre 1874, pour des vertiges, de l'amaurose passagère, avec chromatopsie, bluettes et myodopsie, faiblesse du côté droit du corps, et de temps à autre, occlusion de la paupière supérieure droite.

L'enfant a *une double névrite optique*, sans exsudat rétinien. La papille est rouge, aplatie, diffuse et peu visible, mais il n'y a pas de lésion des vaisseaux.

On l'emmène de l'hôpital dans le même état.

Hémorrhagie cérébrale; tumeur kystique de la couche optique par ancienne hypertrophie du cerveau.— Marie N..., âgée de quatre ans et demi, morte le 22 janvier 1874 des suites d'une pneumonie chronique.

Cette enfant avait eu une convulsion suivie d'hémiplégie gauche à l'âge de dix-huit mois. Elle était à peu près guérie de cet accident, mais elle ne pouvait marcher. Elle remuait bien le membre inférieur gauche, ainsi que le bras du même côté, mais la coordination était difficile. Elle se servait souvent de sa main droite pour aider la gauche dans ses mouvements. Il y a dix jours, nouvelle convulsion suivie de pneumonie. Elle allait mieux, lorsqu'elle mourut subitement.

(1) Fin. — Voir le numéro du 5 janvier.

A l'ophthalmoscope, les yeux offraient un œdème papillaire plus marqué à droite qu'à gauche, et une notable atrophie pointillée de la choroïde.

A l'autopsie, œdème énorme séro-purulent de la pie-mère à la convexité de l'encéphale et creusant l'intervalle des circonvolutions de la convexité à droite. Tout l'hémisphère de ce côté est dur et résistant, induré, et dans la couche optique droite, un kyste jaunâtre, aplati, rempli de matière rouillée d'hématine, sans liquide, avec adhérence incomplète des parois, large de 2 centimètres. La couche optique est également indurée, ainsi que les pédoncules cérébraux.

Dans les yeux, on retrouve une notable atrophie de la couche pigmentaire de la choroïde.

Tumeur du cerveau; hémiplégie droite, quatrième attaque. — Palma M..., âgée de onze ans, entrée le 9 février 1844. Hémiplégie incomplète à droite, datant de trois ans.

Cette enfant, que j'ai eue dans mon service il y a deux ans, pendant quelques mois, avait alors une hyperémie optique et des hémorrhagies de la rétine, et aujourd'hui elle a une atrophie optique. Son état restant stationnaire, l'enfant sort de l'hôpital.

Myélite aiguë t aumatique. — Pauline M..., âgée de six ans entrée le 25 janvier 1874 pour une paraplégie récente venue après une chute sur le siége en sautant d'une chaise. Après avoir éprouvé de vives douleurs névralgiques dans les deux membres inférieurs, elle a perdu progressivement le mouvement, de façon à pouvoir à peine remuer les jambes, mais elle conserve la sensibilité, moins les mouvements réflexes.

Elle voit bien clair, mais l'œil gauche présente un œdème papillaire très-prononcé, avec dilatation des veines rétiniennes, qui sont diffuses. Dans l'œil droit, la lésion est moins évidente et les veines sont plus petites et plus distinctes.

C'était une hémorrhagie rachidienne, suivie de myélite. L'enfant a guéri.

Paraplégie avec contracture. — Berthe J..., cinq ans, entra le 25 août 1874, malade depuis quelques semaines, pour une paraplégie avec contracture du bras, sans perte de la sensibilité et venue par degrés, sans angine ni aucune autre maladie antérieure. *Double névrite optique* avec *diffusion grisâtre de la papille,* qui s'étend sur la rétine avoisinante dans une petite étendue. Vaisseaux normaux, vision naturelle. L'enfant sort dans le même état.

Convulsions, huit jours après une rougeole. — Catherine K..., cinq ans, entra le 24 mars 1874, pour une convulsion complète de quatre heures venue huit jours après la guérison d'une rougeole. Cette convulsion a été suivie d'hébétude et d'intermittence du pouls. Elle n'a pas laissé de traces.

Double névrite optique, caractérisée par la diffusion de la pupille, qui est aplatie uniformément, rouge, dont les bords sont indistincts et qui présente un exsudat rétinien au côté interne. Léger souffle mitral, qui nous fait supposer une endocardite végétante et une embolie du cerveau.

Paralysie infantile. — L. D..., quatre ans, entrée le 23 mars 1874 pour une paralysie infantile datant de deux ans, et occupant le côté gauche; rien aux yeux. C'est la règle. L'enfant sort dans le même état.

Paralysie diphthéritique. — Marie K..., six ans, entrée le 8 mars 1874. Guérie depuis quinze jours d'une angine couenneuse et de deux bubons diphthéritiques. Son père et son frère morts de croup. Elle est prise de strabisme convergent et d'hémiplégie incomplète gauche avec déviation de la bouche. Rien au cœur.

Double névrite optique avec rougeur et diffusion de la papille, plus marquée à gauche, et moins accusée à droite. Rien dans les veines. Légère exsudation grisâtre de la rétine autour des deux papilles.

Sort le 5 avril, guérie de la paralysie, et les yeux sont dans le même état. Vision naturelle.

Céphalée avec *névrite optique.* — W..., dix ans, entrée le 17 juillet 1874. Convulsions il y a cinq ans, n'ayant pas laissé de traces, et, depuis trois mois, douleurs de tête excessives. Sans vomissements, sans fièvre; perte de la vision graduelle à droite, moins absolue à gauche.

Double névrite optique avec *exsudat péripapillaire.* Pas d'altération des vaisseaux.

Chorée avec *névrite optique.* — W..., onze ans, entrée le 23 novembre 1874, pour une deuxième attaque de chorée hémiplégique datant d'un mois.

Névrite optique caractérisée par la diffusion complète de la papille, qui est rouge, confuse et presque invisible. Les vaisseaux rétiniens sont petits, sans altération, et rien d'appréciable à la rétine.

Chorée générale très-violente avec *double névrite optique.* — C..., quatorze ans, entrée le 10 novembre 1874 au n° 52 de la salle Sainte-Catherine.

Cette enfant, affectée de chorée générale très-intense venue, sans cause connue, ne peut se tenir debout et reste dans une caisse matelassée. Elle voit bien, et cependant les deux papilles sont rouges, hyperémiées, tout à fait diffuses sur les bords, qui sont entièrement effacés. On ne distingue le centre de l'œil que par une partie un peu plus pâle d'où sortent ces vaisseaux. Les veines rétiniennes sont très-dilatées à droite et très-fines à gauche. Il n'y a pas d'exsudat rétinien. C'est la névrite réflexe des maladies spinales.

Chorée avec *double névrite optique.* — Blanche F..., onze ans, entrée le 12 juin 1874. Atteinte de chorée violente datant de trois semaines et ayant débuté sans cause connue. Pas d'endocardite.

Cette enfant a une *double névro-rétinite* sans troubles visuels. A droite et à gauche, le nerf optique est plat, rose, diffus, grisâtre, et offre un exsudat péripapillaire blanchâtre, plus marqué à gauche qu'à droite. Les veines rétiniennes sont minces, très-petites, et il n'y a pas d'altération à la choroïde.

Chorée avec *diplopie; chromatopsie; névrite optique.* — Marie C..., quatorze ans, entre le 30 mars 1874 pour une troisième attaque de chorée hémiplégique, précédée de quelques vagues douleurs articulaires.

La première attaque a eu lieu il y a trois ans. Elle n'est pas formée. Cette fois, elle a tous les soirs de la diplopie et de la chromatopsie. Elle voit vert. Pas de strabisme. Les deux nerfs optiques sont malades, plus à gauche qu'à droite. A gauche, le nerf est aplati, rouge, grisâtre, voilé et ses contours diffus, avec un cercle de pigment. Rien aux vaisseaux.

A droite, la papille rougeâtre est voilée par un nuage grisâtre.

Hémi-chorée droite. — Marie T..., quatorze ans, entrée le 10 janvier 1874. Chorée, deuxième attaque; la première venue sans cause; pas de rhumatisme. Endocardite mitrale. Double névrite optique.

Hémi-chorée. — Marie M..., âgée de quatorze ans, entrée 15 janvier 1874, pour une hémi-chorée à gauche, venue sans cause et datant de six mois. La première attaque a duré six semaines; elle est à la seconde, qui date d'un mois. Rien au cœur.

L'œil gauche, correspondant au côté du corps le plus agité de mouvements choréïques, offre une hyperémie papillaire très-prononcée, qui rend la papille diffuse et permet à peine de la distinguer de la choroïde. Vaisseaux rétiniens nombreux et larges.

L'œil droit est beaucoup moins malade, la papille est également congestionnée, mais un peu plus nette dans ses contours; vaisseaux rétiniens moins larges.

L'enfant sort le 5 avril, guérie de la chorée, mais l'état de l'œil est le même.

Chorée avec *double névrite optique.* — Léontine K..., âgée de neuf ans, entrée le 21 janvier 1874, pour une chorée intense et générale datant de trois mois. Première attaque après rhumatisme. Rien au cœur.

La vue est un peu trouble. Ses deux yeux présentent une hyperémie tellement caractérisée des deux papilles, que leur surface, d'apparence aplatie, se confond par sa couleur avec la couleur rouge de la choroïde. Le disque papillaire est à peine visible, et les vaisseaux rétiniens nombreux sont peu dilatés.

Chorée avec *double névrite optique*. — Marie H..., âgée de dix ans, entrée le 26 janvier 1874. Cette enfant a une chorée très-intense et générale datant de trois mois. Première attaque, endocardite mitrale, sans rhumatisme.

Elle voit bien, mais dans les deux yeux la papille du nerf optique est aplatie, rouge, diffuse, à peine visible, se confondant par la couleur avec la couleur de la choroïde; les veines ne sont pas dilatées.

Pneumonie tuberculeuse avec *délire*, *névro-rétinite*.—L..., six ans, entrée le 1er décembre 1874, pour une maladie datant de deux jours et caractérisée par des symptômes typhoïdes graves et du délire.

On l'amenait pour une fièvre typhoïde. Je lui soupçonnai une pneumonie du sommet droit qui, en effet, se montra le lendemain. Comme il n'y avait que peu de fièvre (39 degrés), et que la pneumonie disparut en quarante-huit heures, je pensai à une tuberculose générale, et j'examinai les yeux à l'opththalmoscope.

De chaque côté, névro-rétinite bien nette avec diffusion séro-sanguine de la papille; mais à droite on voyait encore l'artère rétinienne, tandis qu'à gauche elle était invisible, et de plus, il y avait un exsudat grisâtre, couvrant le nerf optique et la rétine avoisinante, en même temps que l'œdème se prolongeait le long des veines très-dilatées, très-flexueuses et très-multipliées.

Comme on a pu le voir dans cette Revue cérébroscopique où je n'ai fait entrer que les cas les plus importants parmi ceux qui ont été observés dans mon service, le nombre de maladies pour le diagnostic desquelles l'ophthalmoscope a été utile est très-considérable. Dans quelques cas même, l'ophthalmoscopie, par elle seule, a fait le diagnostic.

Il y a donc une ophthalmoscopie médicale, et le réflecteur oculaire est un instrument aussi indispensable au médecin qu'à l'oculiste.

Toutes les maladies du cerveau et de la moelle, toutes les affections nerveuses appelées névroses, parce qu'on les suppose entièrement fonctionnelles plutôt qu'organiques, doivent être étudiées à l'ophthalmoscope.

Par cet instrument, le médecin qui trouve une lésion du nerf optique, de la rétine ou de la choroïde, chez un sujet qui présente des phénomènes nerveux convulsifs, choréiques, paralytiques ou spasmodiques peut être sûr qu'il y a une lésion cérébro-spinale comme point de départ des accidents nerveux. Il voit dans l'œil ce qu'il y a dans le cerveau ou dans la moelle, et par ces nouveaux signes il tire souvent le diagnostic de son obscurité.

Tout phénomène réputé nerveux et qui s'accompagne d'une lésion du fond de l'œil a pour cause une altération organique du cerveau, de la moelle ou des méninges; ainsi en est-il de la chorée considérée par beaucoup de médecins comme une simple névrose et qui, en raison de la névrite optique congestive trouvée chez les malades, doit être rapportée à une affection congestive des cordons antérieurs de la moelle. Des observations rapportées plus haut en sont la preuve.

Ainsi en est-il de l'épilepsie qui, dans un certain nombre de ces cas, résulte de lésions cérébro-spinales ayant pour effet d'altérer en même temps le nerf optique ou la rétine.

Ainsi en est-il des paraplégies et des paralysies hystériques qui ne déterminent aucune altération névro-rétinienne, tandis que les paraplégies symptomatiques d'une myélite et que les ataxies spinales produisent soit l'hyperémie simple du nerf optique, soit l'hyperémie et l'atrophie.

Ainsi en est-il des diathèses leucémique, tuberculeuse, glycosurique ou albuminurique qui souvent se révèlent par la névrite optique, la stéatose et les hémorrhagies rétiniennes, la tuberculose de la choroïde. Dans ces cas, le diagnostic ophthalmoscopique est quelquefois saisissant. C'est surtout chez les malades atteints de tuberculose générale aiguë, accompagnée de symptômes typhoïdes, et que l'on prend pour une fièvre typhoïde, que la cérébroscopie est vraiment une chose remarquable. Comme on le voit plus haut, sur un enfant dont la maladie avait toutes les apparences d'un typhus, l'ophthalmoscope, en révélant des tubercules de la choroïde avec névro-rétinite, établissait qu'il y avait des tubercules dans le cerveau et, par conséquent, des produits de même nature dans tout le corps, ce que l'autopsie a démontré être la vérité.

Est-il un diagnostic plus beau que celui-là. Voir sur l'homme vivant des tubercules d'un organe qui permettent de conclure qu'il s'en trouve ailleurs. Voir un nerf sain ou malade qui indique la maladie ou l'intégrité de ses racines, comme le feuillage d'un jeune arbre indique par sa souffrance la présence du ver blanc à ses pieds. Voir enfin presque à découvert des artères et des nerfs tellement afférents au cerveau que leurs altérations, étudiées avec soin, représentent des altérations semblables dans une partie des centres nerveux. C'est presque merveilleux, et depuis l'auscultation je crois qu'il n'a rien été découvert d'aussi utile à la séméiologie. Désormais, par cette étude, le médecin peut deviner et souvent affirmer des lésions du cerveau, de la moelle et des méninges dont le diagnostic était impossible ou seulement probable.

Ainsi :

De l'hyperémie et du gonflement hyperémique du nerf optique résultent le diagnostic de l'hyperémie mécanique ou inflammatoire du cerveau dans la méningite, dans l'hémorrhagie cérébrale, les épanchements du cerveau et dans quelques cas, le diagnostic des maladies spinales ataxiques ou autres.

Par l'œdème papillaire joint à l'hyperémie, je reconnais l'œdème des méninges ou la gêne à la circulation cérébrale, déterminée par la méningite, par certaines tumeurs cérébrales, par l'hydrocéphalie ventriculaire, par l'hémorrhagie cérébrale et les épanchements méningés, par la thrombose des sinus, etc.

Par l'anémie névro-rétinienne et choroïdienne, je reconnais l'hémorrhagie cérébrale du ramollissement, et si l'anémie est absolue, c'est la mort. Artères et veines de l'œil vides de sang, réseau choroïdien exsangue, c'est l'arrêt de la circulation cérébrale et cardiaque.

Par la névro-rétinite optique, exsudative et graisseuse, je reconnais la méningo-encéphalite chronique; l'encéphalite des tumeurs cérébrales, et l'altération de la substance nerveuse qui accompagne ces tumeurs.

Par les varices et les thromboses rétiniennes, je distingue les thromboses méningées ou celles des sinus.

Par les anévrysmes des artères rétiniennes, on reconnaît les anévrysmes miliaires du cerveau.

Par les hémorrhagies rétiniennes simples, on reconnaît la compression du cerveau par épanchement hémorrhagique ou autre; mais si ces hémorrhagies sont accompagnées de stéatose rétinienne, c'est qu'il y a de la stéatose cérébrale, et c'est le cas de l'albuminurie chronique, de la leucocythémie et de la glycosurie.

Par l'atrophie du nerf optique, on distingue les tumeurs du cerveau et la sclérose cérébrale ou spinale.

Enfin il n'y a pas de granulations tuberculeuses dans la choroïde sans qu'il y en ait de semblables dans les poumons et dans d'autres organes.

Je m'arrête ici dans cette revue et dans ces conclusions que je ne veux pas allonger. L'abondance, la richesse et la netteté des faits que je viens de rapporter permettent de voir ce qu'il y a d'utile dans mes recherches. Déjà beaucoup de confrères m'ont suivi dans cette voie féconde qui doit dissiper bien des obscurités relatives au diagnostic des maladies cérébrales. A

l'étranger, surtout, la cérébroscopie a trouvé de dignes interprètes, et je ne doute pas qu'il n'en soit bientôt de même en France. Voilà déjà douze ans, depuis 1862, que la *Gazette* a publié mes premiers résultats; chacun a pu les vérifier, les contrôler, et constater leur exactitude. Chaque année, elle enregistre les faits plus importants que je lui donne, et l'on verra prochainement, dans un grand *Atlas d'ophthalmoscopie médicale* que je prépare, tout ce que cette méthode sémiotique peut donner à la médecine des affections nerveuses.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC

De la balano-posthite et du phimosis symptomatiques des chancres infectants (1).

(Leçon recueillie par M. CHEVALIER, interne du service.)

III

Il n'est pas rare que les chancres du limbe prennent de plus grandes proportions. Ils se développent même sur tout le pourtour de l'orifice préputial et le convertissent en un anneau rigide, étroit et élastique, très-différent du bourrelet inflammatoire des phimosis se rattachant à une autre cause.

Quelquefois, les chancres du limbe coïncident avec un chancre du filet. Peu à peu, en augmentant de volume, ces deux chancres se rapprochent, se touchent, se confondent et forment, à la partie inférieure et antérieure du gland et du prépuce, une masse indurée qui peut acquérir des proportions énormes, et qui immobilise le prépuce sur les parties contenues dans son intérieur.

Ici, messieurs, l'évolution n'est pas aussi simple que dans le cas précédent. D'abord, une pareille induration suscite dans les tissus qu'elle a envahis des phénomènes inflammatoires qui irradient sur la muqueuse et sur la peau du prépuce, et la balano-posthite vient compliquer les chancres et le phimosis. Et puis la masse hyperplasique, au lieu de se résoudre lentement, s'ulcère, se creuse, subit même parfois la déviation phagédénique, ou est frappée de gangrène dans toute son étendue. Lorsqu'il en est ainsi, la lésion locale est grave et peut même devenir dangereuse, comme vous le prouvera le fait suivant recueilli l'année dernière dans une de mes salles par mon interne, M. Gauderon.

Le malade, âgé de trente-huit ans, avait vu survenir dans les premiers mois de mai 1873, un mois après le dernier coït, un chancre infectant du méat et de la portion balanique de l'urèthre. Une blennorrhagie s'était d'abord déclarée presque aussitôt après la contamination. La longue incubation du chancre, un engorgement ganglionnaire caractéristique dans les aines, ne laissaient aucun doute sur sa nature syphilitique.

L'orifice préputial ne tarda pas à devenir trop étroit pour laisser passer le gland. Le malade l'ayant une fois ramené de force en arrière, il se forma un paraphimosis, qu'on ne put réduire qu'en faisant une incision sur la partie supérieure du prépuce.

Après que cet organe eût été remis en place, le phimosis se reproduisit, et à partir de ce moment, le malade eut des hémorrhagies très-abondantes, qui se répétaient cinq ou six fois par jour. Le phimosis empêchait de voir le chancre et le point de départ de l'hémorrhagie.

Il fallut se décider à fendre le prépuce dans toute son étendue, depuis le limbe jusqu'à la rainure, et l'on s'aperçut alors que la masse chancreuse, occupant la partie antérieure du gland, était tombée en gangrène. Le sang s'échappait de la surface de cette énorme perte de substance. Après l'incision du prépuce, il devint facile de l'arrêter. Mais le malade en avait tellement perdu, qu'il était extrêmement faible. De plus, il éprouvait les premiers accidents consécutifs, qui se manifestèrent vers la quatrième ou cinquième semaine du chancre, sous la forme d'une roséole papulo-vésiculeuse.

Ce chancre syphilitique gangréneux fut très-long à guérir. La cicatrisation ne fut complète qu'au bout de trois mois. La perte de substance subie par l'urèthre occcupait toute la moitié antérieure du gland, qui se trouvait converti sur ce point en deux valves ou languettes minces, sans vestige de ce qui fut autrefois le méat.

Vous voyez, messieurs, que ce fait n'est pas sans analogie avec la balano-posthite gangréneuse compliquée d'hémorrhagie, dont je vous ai parlé dans une de mes dernières leçons. Seulement ici le processus, beaucoup moins inflammatoire et plus restreint, s'est confiné dans la masse indurée et n'a pas envahi le prépuce, pour le sphacéler, comme on l'observe si souvent dans les cas de chancres mous sous-préputiaux. Remarquez aussi que si la gangrène détruit les chancres indurés, elle n'empêche pas l'intoxication générale. Qu'y a-t-il là d'étonnant, puisque cette intoxication est déjà un fait accompli lorsque le chancre infectant, qui peut en être considéré comme le premier symptôme, fait son apparition?

Vous savez que la gangrène détruit le virus du chancre simple. Exerce-t-elle la même action sur le virus syphilitique? Je ne le pense pas, et je n'ai pas été tenté de faire des expériences pour m'en assurer, puisqu'il aurait fallu pratiquer l'inoculation sur un sujet sain, pour qu'elle fût probante. D'ailleurs, à supposer que le foyer virulent fût éteint dans le chancre syphilitique devenu gangréneux, le résultat serait assez médiocre, attendu que la prolifération du virus se fait à cette période dans toute l'économie.

IV

Comme marche et comme durée de la balano-posthite syphilitique avec phimosis, je vais vous citer le cas suivant, que vous avez pu observer dans mon service. Le malade est encore au n° 37 de la salle 6. Après trois mois de continence, il eut commerce avec une femme vers les premiers jours du mois de février 1873, et au bout de quinze jours environ, l'orifice préputial s'épaissit, devint peu à peu plus étroit et finit par ne plus laisser passer le gland. Il y avait, en outre, un peu d'écoulement balano-préputial.

Pendant deux mois, ces phénomènes restèrent à peu près stationnaires. Puis, sans cause appréciable, ils augmentèrent rapidement vers les premiers jours du mois de mai, et quand le malade entra dans mon service, deux mois et demi environ après le début de son affection, je constatai les symptômes d'une balano-posthite très-aiguë avec phimosis. Le prépuce était le siége d'un œdème énorme et dur. Il s'écoulait par son orifice, converti en anneau rigide et élastique, une grande quantité de pus grisâtre. On sentait dans les deux aines les ganglions indurés de l'adénopathie spécifique. Il s'agissait donc bien d'une balano-posthite et d'un phimosis symptomatique de chancres infectants.

Peu à peu, mais très-lentement, cette double complication a perdu de son acuité, et voici quels sont maintenant ses caractères, au quatrième mois de l'accident, au deuxième de la balano-posthite :

Le prépuce a recouvré sa souplesse; mais son orifice rétréci et dur ne laisse pas découvrir le gland. Sur son bord, à droite et sur sa face externe siége une large induration chancreuse

(1) Suite. — Voir le numéro des 26-29 novembre 1874.

parcheminée, qui n'est pas encore parfaitement guérie. A travers le prépuce on perçoit, sur le gland, deux ou trois gros noyaux d'induration. Il n'y a plus d'écoulement glando-préputial. Adénopathie inguinale double très-volumineuse; plaques muqueuses, roséole érythémateuse très-pâle; le malade est anémique.

Vous voyez combien longtemps peuvent persister ces lésions; mais elles guérissent sans le secours d'une opération. Dans quelques mois, quand toutes les indurations se seront fondues, le prépuce et son orifice reviendront ce qu'ils étaient auparavant.

La balano-posthite à forme très-inflammatoire n'a éclaté que deux mois après la contamination. N'en soyez pas surpris; tenez compte, en effet, de la longueur des incubations chancreuses de nature syphilitique. Sachez aussi que l'accident primitif ne développe généralement, qu'au bout de quelques jours, et pendant sa période d'état toute sa force d'expansion inflammatoire sur les tissus qui l'entourent. (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 janvier 1875. — Présidence de M. Devergie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport général sur les eaux de Pietra Paula pour l'année 1874. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Dechambre, qui se porte candidat pour la section des associés libres.

2° Deux lettres de MM. A. Proust et Gallard, qui se portent candidats pour les sections d'hygyène et de médecine légale.

M. le secrétaire perpétuel a le regret d'annoncer la mort de M. Lempereur, bibliothécaire adjoint.

M. Gosselin présente, de la part de M. le docteur Mireur (de Marseille), un ouvrage intitulé : *la Syphilis et la Prostitution.*

M. Legouest présente, au nom de M. le docteur Simonnin (de Nancy), une note manuscrite intitulée : *Tumeur volumineuse due à une épulie, enlevée à l'aide de la galvanocaustie.*

M. Villemin présente, de la part de M. le docteur Pietra Santa, un volume intitulé : *Traitement rationnel de la phthisie pulmonaire.*

M. Boudet offre en hommage à l'Académie deux exemplaires du rapport qu'il a fait au conseil de salubrité, *sur l'Altération des eaux de la Seine par les égouts collecteurs d'Asnière et du Nord, et sur l'assainissement du fleuve.*

M. Béclard offre en hommage, au nom des auteurs, MM. Chevallier et Baudremont, un exemplaire de la quatrième édition du *Dictionnaire des altérations et des falsifications des substances alimentaires médicamenteuses et commerciales.*

INSTALLATION DU BUREAU

M. Devergie lit un résumé succinct des travaux de l'Académie pendant l'année 1875. Il invite M. Gosselin à prendre place au fauteuil de la présidence.

M. Gosselin remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait, et adresse en son nom des remercîments à M. Devergie, président sortant, et à MM. Chauffard et Berthelot, membres sortants du conseil. Il rend compte de la visite faite par le bureau à M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, et donne quelques renseignements sur l'état actuel de la question de l'installation de l'Académie.

M. Gosselin propose ensuite d'adjoindre, en remplacement de M. Guérard, décédé, M. Roussel comme membre de la commission chargée d'examiner le travail de M. le docteur Bertillon sur la démographie assurée de la France.

RAPPORTS

M. Buignet lit un rapport officiel en réponse à une demande faite par M. le ministre des finances. L'Assemblée nationale est saisie d'un projet de loi d'après lequel les *spécialités pharmaceutiques* devraient être taxées d'un impôt. M. le ministre demandait à l'Académie quels étaient les signes auxquels on pouvait reconnaître ces spécialités.

M. le rapporteur déclare qu'aucune définition basée sur la nature des choses ne serait possible ; mais que les agents du fisc pourront se guider sur un signe, *la publicité ;* de telle sorte que toute substance médicamenteuse, ou même simplement alimentaire, mais présentée comme jouissant de propriétés thérapeutiques, devrait être soumise à la taxe du moment où elle serait annoncée par une voie quelconque, affiches, circulaires, prospectus, etc.

M. Moutard-Martin lit la deuxième partie du rapport de la commission nommée en mai 1874 pour répondre à une lettre de M. le préfet de la Seine, qui consultait l'Académie sur la valeur des méthodes de traitement du bégaiement de MM. Colombat et Chervin. Les deux méthodes ont également réussi, celle de M. Chervin en vingt jours à trois leçons par jour, celle de M. Colombat en six mois à deux leçons par semaine; sans insister sur cette différence, la commission propose à l'Académie de répondre :

1° Que la méthode de Colombat, qui a été l'objet d'un rapport favorable à cette Académie en 1830, rapport fait par Itard au nom d'une nombreuse commission, continue à donner de bons résultats prouvés par une expérience de bien des années déjà. (Adopté.)

2° Qu'elle mérite les encouragements de l'administration pour les services qu'elle rend tous les jours. (Adopté.)

DISCUSSION

M. Depaul a cru remarquer que M. le rapporteur accordait une certaine supériorité à la méthode de M. Chervin, qui prétend arriver en vingt et un jours au résultat que M. Colombat n'obtenait qu'en six mois.

M. Depaul craint que la méthode Chervin, en multipliant les exercices, ne fatigue inutilement les bègues et n'expose ceux-ci à des récidives. Il pense que cette gymnastique, qui consiste en des exercices respiratoires et phonétiques, doit être graduée comme la gymnastique ordinaire; du reste, d'après M. Depaul, M. Chervin aurait puisé les éléments de sa méthode dans les ouvrages de Colombat père.

M. Moutard-Martin, contrairement à M. Depaul, attribue une grande influence aux leçons rapprochées et répétées dans l'amélioration du bégaiement.

M. Larrey se rappelle avoir vu M. Colombat père attribuer une grande importance au rapprochement des leçons. On peut donc concilier les principes des deux méthodes.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.]

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 décembre 1874 (1). — Présidence de M. Perrin.

RAPPORT

M. Cruveilhier fait le rapport suivant sur l'appareil du docteur Farina (de Menton) :

Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Paulet, Forget, Cruveilhier, de vous faire un rapport sur l'appareil à fracture de jambe qui vous est présenté par M. le docteur Farina (de Menton); je viens de m'acquitter de cette tâche.

(1) Suite. — Voir les numéros des 26-29 décembre 1874 et 5 janvier 1875.

M. le docteur Farina, parmi les nombreux traumatismes qu'il a eu à traiter pendant vingt-cinq années de pratique, s'est trouvé en face de deux faits de fracture compliquée de jambe qui se sont montrés rebelles aux divers moyens de contention employés.

Le premier fait a trait à un malade qui, par suite d'une chute faite du haut d'un échafaudage de 4 mètres de hauteur, se fit une fracture de jambe avec issue de 10 centimètres du fragment supérieur du tibia. Tous les moyens contentifs n'ayant pu empêcher le chevauchement, M. le docteur Farina fit construire son appareil sur le modèle de celui de M. le docteur Dubert (du Pont-du-Château). Le résultat fut remarquable; aussi notre confrère n'hésita-t-il pas à avoir recours au même moyen dans un cas où, en même temps qu'une fracture comminutive, il y avait division circulaire de la peau : le résultat obtenu fut excellent, et c'est, encouragé par ces succès, que notre confrère adresse son appareil à la Société.

En voici la description sommaire; il se compose de cinq parties :

1° Un plancher percé de trous pour recevoir des quilles volantes, sur lequel reposent des coussinets brisés.

2° et 3° Deux planches latérales mobiles percées de deux rangées de fenêtres.

4° Une planchette verticale sur laquelle reposera le pied : elle porte au centre une grande fenêtre carrée, et sur sa face postérieure deux supports verticaux destinés à fixer un treuil.

5° A la partie supérieure, une autre planchette, munie de deux boucles en fer pour faciliter la contre-extension du membre.

6° Une barre transversale destinée à s'opposer à la saillie des fragments.

Tout en remerciant M. le docteur Farina de son intéressante communication, votre commission a dû chercher si cet appareil remplissait mieux les diverses indications des fractures compliquées de jambe que les procédés déjà connus dans la science.

Sans passer en revue tous les moyens de contention désignés sous le nom de boîtes ou caisses, nous signalerons les analogies avec les inventions classiques de Baudens et de Jules Roux (de Toulon).

Comme l'appareil de Baudens, celui qui nous est présenté offre des panneaux fenêtrés; mais tandis que ces panneaux servent à la contention du membre dans l'appareil de Baudens, et que les fenêtres servent à attacher les liens coaptateurs, les fragments, dans l'appareil du docteur Farina, sont maintenus par des quilles, comme le faisait Jules Roux ; aussi peut-on se demander à quoi servent ces parois latérales, qui ne paraissent n'exister que comme vestige de l'appareil pour donner attache à la traverse qui doit s'opposer à la saillie du fragment supérieur.

Par ce simple exposé, les membres de la société ont pu se pénétrer de ce qui a frappé votre commission, c'est que si l'appareil de M. le docteur Farina ne présente aucune innovation importante, et n'a ouvert aucun aperçu nouveau sur le traitement des fractures compliquées, il remplit le but auquel le destinait son auteur.

Construire un appareil d'exécution facile, économique et satisfaisant, à toutes les indications qui peuvent se présenter pendant le traitement, tel est le programme de notre confrère, et il nous semble l'avoir rempli.

Son appareil est à la fois contentif, hyponesthésique et à extension permanente, et seul il peut obéir à la fois à ces trois indication.

Je signalerai particulièrement deux points : en premier lieu, la méthode employée pour s'opposer à la saillie du fragment supérieur, bien que je préfère à cette pression, faite à l'aide de coussin sur le fragment supérieur, la pointe de Malgaigne, qui, avec une puissance supérieure, détermine bien moins d'accidents.

En second lieu, la manière aussi irréprochable que possible dont est faite l'extension et la contre-extension.

Il est évident que l'appareil de M. le docteur Farina est exposé aux mêmes objections que les autres, dits boîtes ou caisses : il est lourd, peu portatif, et l'on ne peut s'en servir pour le transport des blessés; mais, dans des conditions données, il peut trouver son application. Je crois, de plus, qu'il faut tenir compte à notre confrère de ne nous avoir soumis sa communication qu'avec l'appui expérimental de deux très-beaux succès.

Je propose donc :

1° De remercier M. le docteur Farina de sa communication ;

2° De déposer son travail aux archives.

COMMUNICATION

M. TILLAUX fait la communication suivante :

Des corps fibreux, des fibroïdes de l'utérus. (Voir le numéro du 5 janvier.)

DISCUSSION

M. TARNIER. J'ai demandé la parole pour présenter quelques réflexions sur les deux premiers faits rapportés par notre collègue. Les faits de polypes dits intermittents sont bien connus et ne constituent pas, par conséquent, une rareté; tous les chirurgiens en ont observé. Le second fait relatif au polype qui fait tout à coup procidence dans le vagin, sans que sa présence préalable dans l'utérus ait pu être constatée, me paraît difficilement explicable, et il me paraît impossible d'admettre la transformation rapide de l'état sessile en forme pédiculée. Ce travail, quand il se produit, est toujours d'une longueur extrême; M. Tillaux s'est servi dans son exploration de l'hystéromètre; or il est impossible de sonder à l'aide de cet instrument l'intérieur de l'utérus comme on explore la vessie à l'aide d'une sonde: je suis donc convaincu, pour ma part, que notre collègue a passé à côté ou au-devant du polype intra-utérin.

M. DUPLAY. Je crois également que l'intermittence de certains polypes est un fait de notoriété commune; je doute aussi beaucoup, pour ma part, de l'explication donnée par M. Tillaux pour légitimer l'apparition brusque d'un polype gros comme un œuf dans la cavité vaginale. Je crois que l'exploration utérine est beaucoup plus difficile que l'exploration de la vessie. Quant au cas malheureux cité par notre collègue, je ne critiquerai pas le procédé qu'il a mis en usage; il est probable que j'eusse agi comme lui; pourtant je crois que lorsqu'on opère un polype fibreux de la matrice, il est dangereux de faire des tractions qui peuvent dans certains cas déterminer des inversions. Je crois qu'il vaut mieux morceler la tumeur et arriver le plus près possible de son point d'implantation. J'ai opéré deux ou trois gros polypes fibreux, un entre autres avec M. Lasègue. Il était absolument inclus dans la cavité utérine. J'ai pu me faire de la place en le morcelant comme je le disais.

M. GUÉNIOT. Je n'ai que peu de choses à ajouter. Je voulais seulement rappeler un fait remarquable qui a été présenté à la Société anatomique, et qui consistait en un angiome intermittent qui paraissait ou disparaissait suivant l'état de congestion ou de non-congestion de l'utérus. L'origine interstitielle de la tumeur dont nous a parlé M. Tillaux me paraît absolument improbable. Il est à présumer que ce polype était pédiculé dans la cavité utérine et compris dans le segment antérieur de cette cavité toujours beaucoup plus difficile à explorer. Quant au diagnostic du troisième fait cité par notre collègue, il est parfois très-difficile. Je me rappelle avoir été moi-même très-embarrassé dans un cas analogue, ne sachant si j'avais affaire à un corps fibreux ou au fond de l'utérus renversé. Il s'agissait d'une femme que M. Richet avait opérée d'une tumeur fibreuse de la grosseur d'une orange; aussitôt après cette extraction, une autre saillie vient se présenter à l'orifice, et l'indécision du chirurgien, grande d'abord, ne fit que s'accentuer les jours suivants. M. Richet, que je remplaçais alors dans son service, me proposa comme moyen de diagnostic de refouler ou d'essayer de refouler cette tumeur à l'aide d'un embout de spéculum. Je n'employai point ce moyen, et j'eus recours à l'acupuncture, convaincu que si j'avais affaire à un corps fibreux la sensation serait nulle et la résistance très-considérable. Persuadé après cet examen, que c'était bien un nouveau corps fibreux je l'opérai, et la malade guérit. Aussi n'hésiterais-je pas dans un cas analogue à employer de nouveau le même procédé d'exploration. Je conçois les regrets qu'a manifestés M. Tillaux de n'avoir par continuer son opération avec le bistouri ; mais je ne partage pas les craintes qu'il a émises relativement au danger de laisser dans la matrice une portion de corps fibreux. La désorganisation de ce reliquat se fait le plus souvent sans de grands inconvénients.

M. GUYON. Je ne pense pas non plus qu'il y ait grand inconvénient à laisser dans l'utérus une partie du corps fibreux, à la condition toutefois qu'il soit pédiculé. Dans tous les cas, le fait cité par M. Tillaux tendrait à démontrer que cette terminaison offre encore moins de dangers que l'extirpation totale. Jarjavay, dans un mémoire publié sur ce sujet, avait du reste prévu le cas, et il proposait de fendre en long la tumeur comme un fruit, et d'avancer à petite coupe jusqu'à son implantation. J'ajouterai que ces corps fibreux décrits sous le nom de grossesses fibreuses, implantés sur le fond de la matrice, peuvent par eux-mêmes déterminer l'inversion de l'utérus; et ce serait surtout dans des cas analogues que l'emploi de l'écraseur serait entièrement dangereux. Dans tous les cas, le fait cité par M. Tillaux est des plus instructifs, et je lui suis personnellement très-reconnaissant de sa communication.

M. DESPRÈS. Je suis très-heureux d'avoir entendu l'intéressante communication de M. Tillaux, d'autant plus que, dans un cas analogue, je me suis abstenu. Il s'agissait d'un polype considérable, sorti à moitié de la cavité utérine. Je pratiquai le toucher rectal dans le but d'atteindre la limite supérieure; il me fut impossible d'y parvenir; je résistai aux propositions qui me furent faites de pratiquer l'ablation de ce corps fibreux, et je renvoyai la malade chez elle. Il y a, du reste, dans la science des faits nombreux d'opérations terminées aussi malheureusement que celle de notre collègue, sans compter tous les faits de ce genre qui n'ont pas été publiés.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. M. Tillaux a-t-il bien constaté un pédicule sur son polype fibreux. Ceux que j'ai vus, pour ma part, se nourrissaient par leur surface externe. Quant à l'extirpation des corps fibreux de la matrice, on y arrive avec une patience rare. Je me suis servi dans ce but de ligatures temporaires, et au bout de plusieurs mois de ce traitement, j'ai pu terminer l'extirpation sans danger. Je puis dire que, pour des opérations de ce genre, je n'ai jamais vu d'accidents mortels. En un mot, c'est un long accouchemen, auquel j'assiste. Quant aux tumeurs fibreuses intra-utérines, je n'y touche pas.

M. POLAILLON. Je voudrais insister sur un point qui a été effleuré par M. Guéniot, à savoir la putréfaction du morceau de corps fibreux qui reste dans la cavité utérine. Je me rappelle avoir enlevé un polype et l'avoir sectionné assez loin de son implantation. Après une série de cautérisations faites sur la partie restante, à l'aide de la pâte de canquoin, la guérison a été obtenue. La section des polypes utérins peut se faire à l'aide de ligatures successives, mais surtout à l'aide du serre-nœud de Maisonneuve, qui ne glisse pas comme la chaîne et sectionne là où on le place. Quant à la portion qui reste dans la cavité utérine, j'ai remarqué qu'après un écoulement sanieux de quelques jours de durée, tout rentre dans l'ordre, combattu par des injections répétées avec une solution au vingtième de chlorure de zinc, par exemple; la partie laissée végète, continue à vivre, et doit nécessairement être attaquée par de nouvelles cautérisations. Je signalerai un autre avantage du serre-nœud. C'est à peu près le seul instrument possible dans ces cas de polype inattaquable par le bistouri, chez des femmes anémiées par des hémorrhagies successives, au point de ne pouvoir supporter la moindre perte de sang.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 5 janvier 1875, M. Chevreul, membre de l'Institut, directeur du Muséum d'histoire naturelle, est promu à la dignité de grand-croix dans l'ordre de la Légion d'honneur.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 9 janvier 1875, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° lecture du procès-verbal de la précédente séance; — 2° Installation du nouveau bureau; — 3° Études sur le traitement des plaies et des fractures, par le docteur Dehoux; — 4° Continuation de la discussion sur les polypes fibreux de l'utérus.

— Le docteur de Wecker reprendra ses conférences cliniques le samedi 9 janvier, à deux heures, 55, rue du Cherche-Midi, et les continuera les mercredis et samedis suivants : mercredi, leçons cliniques et opérations; — samedi, leçons sur les maladies du fond de l'œil et démonstrations ophthalmoscopiques.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. — Toutes ces thèses se trouvent chez M. Coccoz, libraire-éditeur, 30, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Dans la séance du 6 janvier dernier, M. Verneuil a donné lecture à la Société de chirurgie d'un mémoire important sur un moyen hémostatique qui se recommande à la fois et par la facilité de son application et par la grande utilité qu'il peut avoir. Il n'est pas nouveau, et M. Verneuil confesse qu'il ne réclame aucun droit à la découverte. Il ne faut pas moins lui en savoir gré d'avoir spécialement appelé l'attention sur ce point. Il consiste dans l'emploi d'une pince ordinaire que l'on applique sur l'artère ouverte, et qu'on laisse à demeure. Le temps pendant lequel séjourne la pince varie suivant le but qu'on se propose.

Veut-on, dans le cours d'une opération, abréger sa durée en même temps qu'il importe de parer à un écoulement sanguin gênant pour le chirurgien et nuisible au malade, son maintien sera provisoire, et on lui substituera, l'opération terminée, la ligature ordinaire.

La pince restera sur le vaisseau jusqu'à sa chute, lorsqu'au contraire il s'agit d'arrêter une hémorrhagie contre laquelle la ligature ou d'autres procédés seraient impuissants. Ce simple énoncé d'un procédé sur lequel on trouvera plus loin, au compte rendu de la séance, des détails, suffit pour montrer que la forcipressure, ou la forcipression (tel est le nom que M. Verneuil donne à ce procédé), est depuis longtemps dans la pratique des chirurgiens. Mais, il faut le dire, jusqu'à ce jour, elle n'avait pas reçu de formule suffisante. Elle n'avait même pas de place qui pût la faire considérer autrement que comme une ressource à laquelle on ne songeait pas toujours. Tout oubli à son égard est aujourd'hui réparé.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'aliénation mentale consécutive à la fièvre typhoïde.

Dans ses dernières leçons cliniques du mois de décembre, M. le professeur Béhier a entretenu son auditoire d'un sujet qui est un peu en dehors des habitudes de la clinique médicale commune, mais qu'il n'est pas moins utile de bien connaître au double point de vue de la pratique médicale proprement dite et de la médecine légale; nous voulons parler de l'aliénation mentale consécutive à la fièvre typhoïde. Ce sujet était naturellement amené, d'ailleurs, par le passage dans les salles de plusieurs malades qui ont présenté des exemples de cet état pathologique spécial.

Voici d'abord l'histoire succincte d'une de ces malades. Une domestique, âgée de vingt-deux ans, entrée à la salle Sainte-Anne, n° 8, le 24 septembre dernier, au huitième jour de sa maladie, a présenté tous les symptômes d'une fièvre typhoïde dont le diagnostic n'était pas douteux : prostration, bourdonnement d'oreilles, vertiges, céphalalgie, diarrhée, avec gargouillement dans la fosse iliaque droite, ballonnement du ventre, au début; plus tard, taches rosées, température 40,2; langue sèche, rouge à la pointe et sur les bords, blanche au centre, délire.

La nature de ce dernier symptôme mérite particulièrement qu'on s'y arrête.

Le délire avait déjà éclaté trois jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital, sous l'influence d'une émotion violente, au dire des personnes qui l'ont accompagnée. Ce délire n'avait pas le caractère du subdélirium typhique ordinaire; c'était un délire loquace, avec agitation, mêlé d'idées mobiles et riantes, c'était plutôt un délire maniaque, différent de la typhomanie habituelle.

Deux jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, dixième jour de sa maladie, on constatait, en outre, de la constipation, phénomène qui était manifestement sous l'influence cérébrale.

Le treizième jour quelques-uns des symptômes gastriques et abdominaux étaient amendés, mais le délire à forme maniaque persistait, avec agitation, incohérence et hallucination de la vue et de l'ouïe.

Les jours suivants la malade allait mieux, le délire lui-même était calmé, lorsque le 8 octobre (vingt et unième jour), sous l'influence d'une nouvelle émotion, il survint de nouveau de l'agitation.

Enfin le 16 du même mois (vingt-neuvième jour) après une période de calme avec affaiblissement et état de demi-imbécillité, retour de l'agitation avec fièvre (112 pulsations et température 39,4), laissant après elle une imbécillité véritable avec hallucinations de l'ouïe et de la vue et mouvements incohérents.

Le 30 novembre, un mois après cette dernière crise, et deux mois après le début de la maladie, retour graduel à la santé. Mais bien que tout trouble pathologique, tout état morbide réel ait cessé, l'intelligence de cette femme reste affaiblie, elle est dans une sorte d'état enfantin.

Ainsi, en résumé, après un délire maniaque de six semaines de durée, avec quelques exacerbations, cette femme reste dans un état de semi-imbécillité.

L'aliénation des typhoïdes ne se montre pas toujours sous cette forme aiguë à son début. On la voit quelquefois débuter d'emblée par l'imbécillité. Tel a été le cas d'une autre malade du service qui, sans avoir jamais eu de délire violent pendant l'évolution de sa fièvre typhoïde, est tombée à la suite dans un état d'hébétude ou de faiblesse intellectuelle sans idées délirantes, qui a persisté pendant plus de cinq mois.

L'un des exemples d'aliénation consécutive à la fièvre typhoïde, les plus remarquables sans contredit, et par la forme particulière qu'il a présentée et par sa guérison complète constatée au bout de trois années, est le suivant :

La femme C..., âgée de vingt-cinq ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 20 novembre 1871, salle Saint-Antoine, n° 12, au quinzième jour d'une fièvre typhoïde. Elle avait alors le pouls à 64, température de 36° à 37°; on constatait un souffle anémique au premier temps à la base du cœur. Les seuls phénomènes remarqués pendant les premiers jours du séjour de la malade à l'hôpital étaient de la céphalalgie, de l'insomnie et de la constipation (du dix-huitième au vingt-deuxième jour). Le vingtsième jour, elle accuse du dégoût et refuse les aliments; sa langue est rouge et acide. Le vingt-septième jour, il se manifeste pour la première fois des symptômes d'hypochondrie; elle a des idées de mort, et elle refuse les aliments de l'hôpital, très-probablement dans la pensée qu'ils sont empoisonnés; elle prétexte, pour ne pas manger, le mauvais état de ses dents. Le peu qu'elle mange provoque des vomissements. Elle reste habituellement dans un état d'inertie.

Le 31 décembre, elle a des troubles de la vue.

Le 15 janvier, délire d'action, elle se lève à peine habillée et s'échappe de la salle; on ne la ramène qu'après une lutte. Persistance de l'insomnie et des vomissements alimentaires. Insensibilité cutanée. On injecte du bouillon dans l'estomac à l'aide de la sonde œsophagienne.

Quelques jours après, il survient des vertiges. On constate de la paralysie de la vessie, le 4 février 1872, et de l'insensibilité au contact et à la température en avril de la même année. A cette dernière époque, la malade se livre chaque jour à des scènes violentes, elle reproche à M. Béhier de vouloir la faire mourir.

Le 16 mai, la malade est en proie à une grande fatigue générale; elle se plaint de douleurs dans la tête avec sensation de chaleur et un sentiment pénible dans la région de l'estomac; sa respiration est suspisieuse. Elle perd souvent le souvenir des choses les plus récentes; elle ne sait plus ni son âge ni celui de son enfant; elle n'est capable d'aucune application. Idées incohérentes : elle croit être partie dans la nuit. Elle néglige complétement son enfant. Puis elle sort de cet état d'abattement, et, entrant tout à coup dans un accès de violence, elle se jette sur une infirmière, qu'elle serre au cou pour l'étrangler; elle invective la sœur et donne tous les signes d'un véritable état maniaque.

En présence de cet état, M. Béhier délivre un certificat pour son admission à l'asile Sainte-Anne.

On avait été longtemps sans nouvelles de cette malade, lorsque le 4 décembre dernier, elle fut rencontrée par hasard par M. Liouville, qui l'invita à venir se présenter à M. Béhier. Elle était guérie depuis un an, ayant conservé seulement des nombreux désordres nerveux qu'elle avait présentés, un certain degré d'affaiblissement de la vue, quelques fourmillements dans les doigts avec de l'insensibilité par places; mais ses facultés intellectuelles et affectives sont revenues; elle soigne et élève avec sollicitude son enfant, et témoigne de la reconnaissance pour les soins qui lui ont été donnés à l'hôpital.

Du chloral dans l'éclampsie.

Notre correspondance de la fin de l'année nous a apporté des départements un large tribut de témoignages en faveur de l'emploi du chloral contre l'éclampsie.

Le premier en date est un cas d'éclampsie pendant la grossesse; il nous a été communiqué par M. le docteur Allo (de Quintin) [Côtes-du-Nord]. Il s'agit d'une femme de vingt-deux ans, primipare, enceinte de sept mois; cette jeune femme, jusque-là bien portante, avait éprouvé, dans la journée du 3 septembre, un grand mal de tête, lorsque dans la soirée elle eut trois accès d'éclampsie pendant lesquels elle s'était violemment mordu la langue. M. Allo, appelé le lendemain matin, la trouva en possession d'elle-même, le pouls plein et fréquent (110), la peau chaude. Il n'y avait aucun commencement de travail. Les urines essayées par l'acide nitrique donnèrent un précipité abondant. Il y avait un très-léger degré d'œdème à la face.

Un lavement purgatif fut d'abord administré, mais sans effet; 25 grammes d'huile de ricin, des sinapismes aux jambes, des compresses froides sur la tête, n'empêchèrent pas le retour d'un nouvel accès suivi de coma. Pendant l'accès, M. Allo fit préparer une potion contenant 60 centigrammes d'hydrate de chloral, qu'il fit prendre par cuillerée à bouche toutes les dix minutes, jusqu'à production du sommeil, qui survint complet à la quatrième. Prescription de recommencer à chaque réveil. Cette prescription fut suivie. Mais on jugea à propos de cesser après le troisième réveil.

Un nouvel accès survint dans l'après-midi, mais plus court. On reprit le chloral. La malade en avait pris 12 grammes en vingt heures.

Le lendemain, 5, son état était satisfaisant. Toujours rien de nouveau du côté de l'utérus. M. Allo fit continuer le chloral à 4 grammes, à doses espacées dans la journée.

A dater du 6 septembre, la malade a été mise à l'usage du bromure de potassium. Le 12, elle a pu retourner dans sa famille pour faire ses couches.

A dater de ce moment, M. Allo a perdu cette malade de vue; mais voici les renseignements qu'il a eus depuis sur son compte :

De retour dans sa famille, cette jeune femme fut assez bien, quoique très-œdématiée, jusqu'au 10 octobre. Ce jour-là, elle eut une violente attaque d'éclampsie à huit heures du matin. Le médecin qui la soignait crut devoir la saigner. Deuxième attaque à dix heures; accouchement à onze heures d'un enfant mort depuis quelque temps. Les accès d'éclampsie ne se sont pas reproduits.

M. Allo ajoute qu'il a eu, depuis lors, un autre cas d'éclampsie guéri aussi rapidement avec 10 grammes de chloral, mais c'était après l'accouchement.

— Le deuxième fait, communiqué par M. le docteur Cassaignau de Tox (Haute-Garonne), est relatif à une femme de vingt-sept ans, Alexandrine B...., arrivée sans encombre au huitième mois de sa grossesse; vers le milieu du mois d'octobre dernier, elle se plaignit de vives douleurs de tête; ces douleurs persistaient déjà depuis quatre ou cinq jours, lorsque dans la nuit du 16 au 17, elle fut prise d'une attaque d'éclampsie. Notre confrère, appelé après l'attaque, trouva la malade

avec le visage pâle, les lèvres légèrement violacées, le regard fixe, la sensibilité complétement abolie. Le travail n'était point encore commencé. Il prescrivit immédiatement une potion avec 6 grammes de chloral et fit appliquer des vésicatoires aux jambes. Une nouvelle attaque des plus violentes survint en sa présence et dura huit minutes. La crise passée, il administra la potion au chloral, une cuillerée tous les quarts d'heure. Une troisième attaque aussi violente eut lieu à quatre heures du matin et dura dix minutes. La potion fut continuée et M. Cassaignau fit avec la seringue de Pravaz une injection de chlorhydrate de morphine de 3 centigrammes à la partie antérieure de l'abdomen. A huit heures un quart, nouvelle attaque. Le travail n'étant point encore commencé, on fit une nouvelle injection de morphine à la même dose, et l'on prescrivit une nouvelle solution de 3 grammes de chloral dans 150 grammes d'eau, pour deux lavements. Une heure après le premier lavement, la malade était un peu plus calme. Cependant un nouvel accès survint à deux heures de l'après-midi, mais avec moins de violence que les précédents. Le second lavement fut administré.

A cinq heures du soir, un nouvel examen fait reconnaître un commencement de dilatation du col; à minuit, le col continuant à se dilater permet de reconnaître une présentation pelvienne (les fesses). La nuit se passe sans attaques. La malade accouche naturellement, à neuf heures, d'un enfant en état de mort apparente et qui a succombé au bout de quelques heures, après de légères convulsions.

La malade, après la délivrance, est restée dans un état de stupeur profonde, qui a persisté assez longtemps. Ce n'est que quelques jours après (le 20) qu'elle a recouvré complétement sa connaissance, mais avec l'oubli complet de tout ce qui s'était passé.

L'examen des urines n'a révélé chez cette malade aucune trace d'albumine.

— Enfin, voici un fait d'éclampsie tardive, après l'accouchement, terminé d'une manière fatale, dont la relation nous est transmise par M. le docteur A. Gassot (de Chevilly). Ici il s'agit d'une femme de trente-neuf ans, qui a toujours joui d'une bonne santé et qui accouchait le 1er décembre dernier, de son quatrième enfant. Les précédentes couches avaient toutes été heureuses.

La grossesse avait été bonne; la malade n'avait que fort peu ressenti les troubles gastriques et autres qu'elle avait éprouvés antérieurement. Mais vers les derniers mois, elle avait vu ses jambes enfler; sa figure était aussi parfois bouffie.

Le travail fut de courte durée; l'accouchement et la délivrance ne présentèrent rien d'anormal. Toute la journée suivante fut bonne, et tout faisait prévoir un prompt rétablissement, lorsque dans la soirée, vers sept heures et demie, survint un peu d'agitation, et peu après une attaque d'éclampsie. Une heure plus tard, deuxième attaque, cette fois sans que la malade eût recouvré sa connaissance; à onze heures et demie, troisième attaque.

Arrivé vers minuit près de la malade, M. Gassot la trouva délirant, en proie à une agitation excessive, le regard fixe, les dents serrées. Les lochies étaient arrêtées.

A minuit et demi, nouvelle attaque. A dater de ce moment et régulièrement toutes les vingt minutes, survinrent des crises d'une durée de une à deux minutes.

La respiration stertoreuse prenait, quelques minutes avant la crise, un caractère effrayant; le pouls devenait *de plus en plus petit* jusqu'à la crise; puis les accidents diminuaient peu à peu, et le pouls se relevait sensiblement; mais le trismus persistait et, à chaque crise, les phénomènes d'asphyxie se montraient plus intenses.

En vain l'éther et les antispasmodiques furent essayés; introduits dans la bouche avec la plus grande difficulté, ils étaient aussitôt rejetés avec l'écume bronchique.

Un lavement calmant, préparé avec une émulsion camphrée, n'eut pas plus de succès, non plus que les révulsifs cutanés portés sur les membres inférieurs.

La vessie fut explorée, elle ne contenait que peu d'urine. Le cathétérisme l'en débarrassa. Plus tard, la malade urina involontairement dans une crise.

L'utérus, bien rétracté, ne contenait qu'un fort petit caillot, qui fut retiré.

En vain le chloroforme fut essayé plus tard, les attaques revenaient toujours avec une régularité désespérante.

De minuit et demi à neuf heures et demie du matin, il y eut *vingt-sept crises*.

La dernière se montra à dix heures un quart environ; elle fut plus violente et plus longue que les autres (3 minutes environ). Un coma profond lui succéda, qui dura deux heures encore.

A midi un quart, la malade expirait après une agonie de douze heures, ayant supporté trente et une attaques d'éclampsie.

Fait curieux à noter : dans les derniers moments de sa vie, des larmes coulèrent des deux yeux avec une abondance extraordinaire.

Voilà donc une femme, toujours bien portante, qui avait eu quatre couches heureuses, qui, une cinquième fois encore, accouchait dans de bonnes conditions, et qui est prise, *dix-huit heures après le travail*, d'une éclampsie mortelle !

Nous pensons, comme notre confrère M. Grassot, que la production de ces accidents si graves peut être attribuée à une urémie. (Le gonflement des jambes et la bouffissure de la face traduisant bien probablement pendant la grossesse une albuminurie passée inaperçue). — Mais il resterait à s'expliquer comment les accidents que n'avaient provoqués ni les douleurs de l'enfantement ni la délivrance se sont montrés si tard.

Le chloral, dont nous avons vu les bons effets dans les cas précédents et qui n'a pas été mis en usage ici, aurait-il eu un meilleur résultat que les moyens qui ont été employés ? En préence de la gravité excessive du cas, il est permis d'en douter.

Action du sulfate de quinine sur l'utérus.

M. le docteur Fissus (de Cornus) nous communique le fait suivant relatif à l'enquête ouverte sur l'action du sulfate de quinine sur l'utérus. Il est, comme on en jugera, presque identique à celui que nous a déjà communiqué M. le docteur Lasouches :

Le 8 octobre dernier, nous écrit notre confrère, j'arrivais vers les cinq heures du soir auprès de la femme N..., gardebarrière au chemin de fer de Latour à Millau, en résidence au village de Saint-Beaulèze. Cette femme me raconta qu'elle était au septième mois de sa troisième grossesse; qu'elle avait avorté, juste à la même période, à l'avant-dernière conception; que, depuis le matin, elle avait souffert de fortes tranchées avec douleurs de reins; qu'elle avait cru à l'accouchement prématuré. Aucun écoulement n'avait eu lieu par la vulve; je m'assurai que le col n'avait subi aucune dilatation; au reste, toute douleur avait cessé depuis près de deux heures. La peau était halitueuse et le pouls fort calme.

Pressée de questions, la femme N... m'apprend alors que vers la fin de la nuit dernière, avant de ressentir aucun symp-

tôme du côté de l'utérus, elle avait été prise d'un tremblement violent auquel avait succédé une chaleur vive, suivie elle-même d'une sueur abondante, après laquelle le calme avait commencé.

L'examen le plus minutieux ne me faisant trouver la cause des symptômes signalés, froid, etc., je conclus à une fièvre intermittente et m'empressai d'administrer le sulfate de quinine.

Aucun phénomène morbide ne se représenta; la grossesse suivit son cours, et la femme est accouchée très-heureusement le 13 du courant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 janvier 1875. — Présidence de M. Perrin.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine de la semaine.

RAPPORT

Cataracte. — M. PANAS donne lecture d'un rapport sur un mémoire déposé par M. Dézanneaux (d'Angers) et comprenant le résultat de 114 opérations de cataracte accompagné de considérations sur l'iridectomie qu'il a mise en pratique dans tous ces cas.

LECTURE

De la forcipression. — M. VERNEUIL, à propos d'un mémoire déposé à la Société de chirurgie dans la séance du 4 novembre dernier, par M. Vanzetti, sur l'uncipressure, donne lecture de quelques observations dans lesquelles il a eu recours à un procédé qui n'est pas nouveau, qui est même de pratique commune en chirurgie, bien qu'il n'ait jamais été désigné par un nom. M. Verneuil propose le nom nouveau de forcipressure ou forcipression, non pour en revendiquer la paternité, mais pour fixer sur ce point l'attention des chirurgiens et appeler en quelque sorte la publication des cas où il peut être employé avec fruit.

La première observation est celle d'un polype fibreux du corps de l'utérus, que M. Vanzetti eut à enlever il y a déjà dix ans. Le pédicule, divisé d'un coup de ciseau, laissait échapper de son centre un jet de sang artériel. L'eau froide, la charpie furent employées sans succès. Le chirurgien saisit alors le pédicule avec des pinces articulées, qu'il fixa avec un cordon et qu'il laissa jusqu'au lendemain pendantes dans le vagin. L'hémorrhagie cessa immédiatement et ne reparut plus.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une plaie de la main où une hémorrhagie secondaire se déclara après l'application d'un pansement compressif qui avait suffi d'abord à arrêter l'écoulement du sang. Une pièce entourée de charpie fut laissée sur un vaisseau, dont la situation rendait la ligature difficile. Le succès fut également complet.

3e observation. — Blessure de la mammaire interne dans un foyer de suppuration profonde résultant d'une carie du sternum. M. Verneuil avait enlevé sans accident les parties d'os malades, y compris le cartilage ossifié de la première côte. Les bourgeons charnus de la plaie avaient donné seuls un peu de sang, lorsqu'à la fin de l'opération, en enlevant un dernier fragment d'os nécrosé, la mammaire interne fut lésée par l'os ou par l'instrument, et il en résulta une hémorrhagie des plus graves. En effet, la ligature des deux bouts de l'artère était impossible; la cautérisation au fer rouge, le tamponnement impraticables dans cette région. Restait la compression digitale sur le point blessé de l'artère, qui n'avait pas été difficile à trouver avec le doigt. Mais outre les inconvénients résultant des interruptions inévitables de la compression par cette méthode, du temps perdu peut-être à retrouver, par chacun des aides dévoués qui l'auraient faite, le siége exact de la blessure, cet appareil ensuite eût eu le désavantage d'inquiéter beaucoup le malade. M. Verneuil appliqua simplement sur le vaisseau la pince à pansements à mors ovalaires qui fait partie de toutes les trousses, et après l'avoir fixée par un lien, l'abandonna dans la plaie, qui fut pansée ensuite à l'alcool. Elle y resta quarante-heures sans inconvénient. La réaction fut très-modérée.

4e observation. — Pendant l'extirpation partielle de la mâchoire inférieure, après la ligature préliminaire de la carotide externe, il fut cependant nécessaire de lier trois artérioles. Une quatrième (probablement la maxillaire interne), saisie par les pinces, ne put être liée. La pince, laissée à demeure, tomba seule au bout de cinq jours.

5e observation. — En septembre 1873, à la fin d'une opération nécessitée par la carie du sacrum, l'artère sacrée latérale fut ouverte. La ligature fut infructueuse. Le fer rouge n'eut pas de résultat. Une pince à pansement arrêta l'hémorrhagie; elle fut laissée quatre jours en place, entourée de charpie, le malade étant couché sur le ventre, et fut après ce temps enlevé sans accident.

La 6e observation est récente. Elle concerne un malade affecté d'un polype naso-pharyngien, qui fut cautérisé par le fer rouge. Ce malade a été présenté déjà deux fois à la Société de chirurgie. Dernièrement, un lobe bien circonscrit apparut de nouveau. M. Verneuil l'enleva au moyen du serre-nœud de de Græfe. Malgré la lenteur de la section, qui dura dix minutes, un flot de sang remplit la bouche lorsque la tumeur se détacha. Le sang fut enlevé rapidement, et M. Verneuil vit un jet de sang bleuâtre qui s'échappait du pédicule. Il maintint pendant quelque temps et à plusieurs reprises de la charpie sur la face de la plaie, mais inutilement. Il la serra alors dans des pinces à pansement, qu'il laissa pendantes dans la bouche et que le malade supporta très-bien pendant trente-six heures. Cet accident n'eut pas de suites.

7e observation. — M. Verneuil a actuellement dans son service une malade dont il se réserve de publier l'observation. Cet homme fut admis pour une plaie de la main à lambeaux, qui sembla si peu grave d'abord qu'après quatre ou cinq jours il fut désigné pour Vincennes. Mais le cinquième jour il fut pris de fièvre, ce qui empêcha son départ. Le malaise augmenta les jours suivants, puis le quinzième jour, l'interne de garde fut mandé plusieurs fois pour une hémorrhagie qui, arrêtée par les moyens ordinaires, reparaissait deux ou trois heures après. Le lendemain, à la visite, on vit une tumeur pulsatile formée par des caillots dans le premier espace interrosseux. L'artère radiale était blessée à ce niveau. La plaie était très-profonde. La ligature eût peut-être été possible, mais l'aiguille de Deschamps eût pu déchirer les tissus. D'ailleurs, la compression arrêtait l'hémorrhagie. Une pince à pression, la pince employée dans l'ovariotomie, arrêta le sang dans le point où elle fut placée. Quatre pinces semblables furent posées l'une à côté de l'autre, et l'hémostase fut complète. Les pinces tombèrent au sixième jour, sans qu'il se fût produit d'autre accident qu'un abcès qui ne dépendait certainement pas du procédé employé.

8e observation. — Une autre fois, il y a déjà longtemps, appelé en province pour une amputation de cuisse, M. Verneuil, mal secondé, songea, comme expédient provisoire, à comprimer l'artère avec des pinces pendant la durée de l'opération. Il la lia ensuite.

9e observation. — Un élève du Val-de-Grâce s'était enlevé lui-même une amygdale, mais en même temps une notable partie de la muqueuse des piliers postérieurs. Le sang qui s'écoulait de la plaie ne s'arrêtant pas après une heure, M. Verneuil fut mandé. L'alun, le perchlorure de fer restant sans effet, et le malade vomissant en quantité considérable le sang qu'il avait avalé, le chirurgien envoya chercher chez Mathieu une pince à pression, qu'il appliqua aussitôt. La tolérance fut complète après peu de temps. Elle resta quarante heures en place parfaitement supportée.

10e observation. — M. Verneuil en a fait récemment une nouvelle application dans un cas de trépanation pour une exostose crânienne. Une artère osseuse donnant du sang, peu confiant d'ailleurs dans la boulette de cire, il pressa l'os doucement au moyen d'un davier et arrêta ainsi l'hémorrhagie.

Dans ce cas, la forcipression fut médiate, l'artère se trouvant comprimée par l'os écrasé.

11e observation. — Il arrive fréquemment, dans l'ouverture d'un phlegmon diffus, qu'une artère sectionnée se retire profondément dans les tissus et que la ligature en soit très-pénible. M. Verneuil employa cette méthode dans un de ces cas où la pince fut laissée deux heures en place.

12e observation. — Il y a peu de temps, pendant l'extirpation d'un volumineux anévrysme cirsoïde du cuir chevelu, de 6 à 7 centimètres de diamètre, le sang suintait à la fois et du côté de la tumeur et du côté de la périphérie; il eût fallu un nombre considérable de ligatures. M. Verneuil disposa une couronne de dix pinces à pression sur le pourtour, puis en plaça trois sur des vaisseaux plus volumineux de la plaie. Elles tombèrent, du sixième au neuvième jour, ayant parfaitement rempli le but qu'il se proposait.

M. Verneuil a employé douze fois ce procédé et toujours avec succès. La statistique serait plus considérable s'il avait pensé à se servir de ce mode d'hémostase dans certains cas difficiles dont il a gardé le souvenir et où il eût été utile. Il ne réclame pas pour lui même un droit d'inventeur; il réclame seulement en quelque sorte le droit de bourgeoisie pour une découverte déjà ancienne et qui n'a pas été jusqu'à présent assez mise en lumière.

En résumé, la forcipression est une opération hémostatique, que l'on pratique à l'aide d'une pince qui agirait comme agissent les doigts.

Ses avantages consistent dans une exécution facile et dans la possibilité d'être employée lorsqu'une ligature est impraticable. Elle a l'inconvénient de laisser dans les plaies un instrument rigide et lourd, mais qui est facilement supporté par les malades.

Telle est cette méthode, dont on trouve déjà l'indication dans Desault, Dubois, Carl, Græfe, Vidal de Cassis; méthode de nécessité dans quelques cas, d'une ressource provisoire dans d'autres, en un mot, temporaire ou permanente; en tous cas, elle apparaît à M. Verneuil comme étant apppelée à s'étendre, et à tous ces titres, mérite d'être vulgarisée.

COMMUNICATIONS

Pied-bot. — M. DUBRUEIL fait une communication sur le pied-bot, qui est renvoyée au comité de publication.

Luxation de l'astragale. — M. B. ANGER donne lecture d'une observation de luxation de l'astragale, réduite par la méthode des tractions continues. — Elle est renvoyée à une commission composée de MM. Polaillon, Tillaux et Le Dentu.

La séance est levée.

Séance du 2 décembre 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

M. BLOT. Je ne parlerai pas du procédé opératoire. Je suis étonné, pour ma part, d'entendre M. Polaillon préférer le serre-nœud à l'écraseur, et accuser celui-ci de produire plus d'hémorrhagie que le serre-nœud. Je crois même que si l'on mettait en parallèle le fil avec la chaîne, celle-ci serait la plus hémostatique des deux. Quand on examine la pièce que M. Tillaux nous a montrée, on voit que l'on peut assez facilement, à l'aide des ongles, séparer les adhérences qui unissent le corps fibreux à la surface utérine. Je crois donc qu'avec les doigts on eût pu déterminer le décollement mieux encore qu'avec le bistouri droit ou boutonné; rien, en effet, ne vaut les doigts en pareil cas; et dans une circonstance analogue ou identique, je me servirai uniquement de ce moyen, et je me comporterai comme il est indiqué de le faire dans les cas d'adhérence du placenta.

M. Hervez parlait tout à l'heure des accouchements prolongés du corps fibreux auxquels il assistait patiemment. Ce n'est pas malheureusement toujours possible; on a souvent la main forcée par les hémorrhagies successives et par l'anémie qui en résulte. Aussi me résumé-je ainsi comme procédé opératoire : segmentation du corps fibreux, puis énucléation à l'aide des doigts.

(1) Fin. — Voir les numéros des 26-29 décembre 1874, 5 et 7 janvier 1875.

M. MARJOLIN. J'ai écouté avec intérêt la communication de M. Tillaux, et je me demande si l'on ne pourrait pas singulièrement faciliter le diagnostic à l'aide du toucher rectal, d'une part, et, d'autre part, à l'aide d'une sonde introduite dans la vessie. L'espace intermédiaire devrait représenter exactement le volume de l'utérus.

M. DUBRUEIL. Je crois qu'il vaut mieux, dans l'espèce, employer le constricteur que l'écraseur; il est plus hémostatatique; de plus, le fil ou le cable a l'avantage sur la chaîne de prendre toutes les formes imaginables et de ne pas glisser.

M. TERRIER. M. Chassaignac, dont j'ai été l'interne, a fait construire un écraseur courbe dans le but de pouvoir facilement étrangler le polype dans le vagin sans exercer de tractions. Je n'ai pas constaté d'hémorrhagie à la suite de plusieurs opérations de ce genre que je lui ai vu pratiquer. Il suffit d'y mettre le temps nécessaire. Je crois donc que, pour les polypes tombés dans la cavité vaginale, l'application de la chaîne de l'écraseur courbe sera d'une grande utilité. Je crois, au contraire, que le fil ou le cable du serre-nœud de Maisonneuve doit être réservé pour les polypes intra-utérins.

M. FORGET. Je ne reviendrai pas sur les polypes intermittents. M. Tillaux a déclaré lui-même que ce cas était fréquent, et je rappellerai à ce propos l'opinion de Lisfranc, qui recommandait toujours l'examen, dans ce cas, au moment des règles. Pour le second fait, il me paraît évident que l'hystéromètre a passé autour du corps fibreux, lequel était non pas sessile, mais bien pédiculé dans la cavité utérine.

J'insisterai un peu plus sur la troisième observation. Il y a dans les cas de ce genre de grandes difficultés, vis-à-vis desquelles j'ai vu souvent nos maîtres hésiter, voire même s'égarer. Les revers en pareil cas instruisent beaucoup que plus les succès, et c'est à ce titre que je remercie M. Tillaux de sa communication. J'ai été frappé de la forme régulière et dépourvue de bosselures de la tumeur qui nous a été présentée; on pourrait en arguer qu'elle était depuis longtemps coiffée dans la matrice, dont elle représentait pour ainsi dire le moule, et qu'elle n'avait pu, par conséquent se livrer à ces irrégularités, à ces excentricités pour ainsi dire, que l'on observe parfois. Quant au moyen de traitement à adopter, je considère la segmentation comme une bonne chose; mais puisque dans un autre ordre d'idées on a discuté la valeur de l'incision, de l'excision, de l'écrasement, de la ligature extemporanée, pourquoi n'emploierait-on pas aussi la ligature temporaire. Dans ce cas, où on est très-perplexe sur la nature des tissus à diviser, pourquoi ne pas appliquer le serre-nœud de Desault. En mettant tout au pis, c'est-à-dire dans le cas où l'on aurait le malheur de traverser l'utérus, on aurait encore une chance, celle qui résulterait de l'adossement des séreuses obtenu par le procédé. Dans un cas très-grave de polype chez une femme exsangue, j'ai vu la ligature faite au fond de la matrice amener la décomposition de la tumeur. Les serre-nœuds proprement dits sont aujourd'hui absolument oubliés. Ne serait-ce pas le cas de les faire revivre? C'est une idée que je soumets à M. Tillaux.

M. TILLAUX. Je remercie mes collègues des observations qu'ils m'ont adressées, et je regrette que le temps ne me permette pas de leur répondre plus longuement. Je ne voudrais pas qu'on pût m'accuser de considérer comme rare l'intermittence dans l'apparition des polypes. On sait que ces productions sont de deux espèces: les polypes de la paroi, les polypes de la cavité. Tous deux peuvent se présenter brusquement dans le vagin; or je persiste à croire que, dans l'examen hystérométrique que j'ai fait, je cherchais le polype avec trop d'intérêt pour être certain que si je ne trouvais rien dans la cavité utérine, c'est qu'il n'y avait pas de polype; rien, du reste, ne me choque à l'idée de croire à un corps fibreux contenu dans la paroi utérine et chassé comme un noyau dans la cavité vaginale.

Je répondrai à M. Duplay qu'il est facile de dire que les tractions sont absolument contredites, mais qu'il est impossible de suivre ce programme dans un cas analogue au mien, où la tumeur remontait, d'une part, à l'ombilic, et de l'autre, emplissait absolument la vulve. J'avais bien pensé à morceler la masse, et je m'étais muni à cet effet de pinces de forceps de céphalotribes, etc.; il n'y avait rien à tenter dans ce sens.

Qu'on le sache bien, en effet, je n'ai pas fait cette opération à la légère; j'y ai longtemps réfléchi; j'ai gardé la malade en observation six semaines dans mon service, je connaissais les faits de Jarvavay,

mais il faut bien le dire, les faits ne se ressemblent pas. Il n'y avait pas de moyen terme dans mon cas. Ou renoncer à l'opération, suivant en cela la conduite de M. Desprès; mais la femme était épuisée et réclamait mon intervention à grands cris. Ou tenter l'extirpation, et faire saillir au dehors la tumeur, qui était enclavée de telle sorte que je ne pouvais passer le doigt entre elle et le pubis.

Je répondrai à M. Forget que, par le fait, ce corps fibreux adhérait au fond de l'utérus et s'étendait jusqu'à la vulve; mais je n'en savais absolument rien, et je ne pouvais le savoir. La tumeur occupait-elle le fond, ou, au contraire, était-elle greffée sur le col et refoulait-elle la matrice en haut? Quand j'ai eu attiré la tumeur au dehors, je me suis assuré par une série d'incisions longitudinales qu'il n'y avait pas d'utérus au-dessus ou au-dedans, et ma grande faute a consisté à ne pas continuer avec le bistouri, et à lui substituer la chaîne de l'écraseur, qui a glissé. Je ferai observer à M. Hervez que la ligature temporaire était impossible à placer à cause de l'enclavement.

Enfin, je dirai à MM. Polaillon et Guéniot, que je n'ai pas d'expérience personnelle au sujet de l'infection putride résultant de l'extirpation incomplète des corps fibreux. J'ai seulement lu qu'elle arrivait parfois à la suite du sphacèle qui se produisait dans ce cas.

M. DEMARQUAY présente à la société un énorme lipome datant de vingt ans implanté sur le moignon de l'épaule, qu'il a enlevé sur une femme de soixante-treize ans. L'ischémie a été pratiquée avec succès, et l'enveloppe fibreuse périphérique conservée avec soin, précaution de grande importance suivant M. Demarquay, relativement aux accidents consécutifs. La malade est, du reste, dans les meilleures conditions.

La séance est levée à cinq heures cinquante-cinq minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

VARIÉTÉS

Traité de thérapeutique médicale (1)

par A. FERRAND.

Cet ouvrage, essentiellement clinique, sort un peu du cadre des différents traités de thérapeutique connus. Il a son programme particulier et son plan original. Il ne pouvait être écrit que par un médecin, ce qui est, à mes yeux, un réel avantage, car il pourra être compris de tous ceux qui font de la médecine. On n'en saurait dire autant de tous ces essais thérapeutiques récents où les propriétés les plus hypothétiques sont attribuées aux substances nouvelles, d'après des expériences contradictoires faites sur les rats, sur les souris, sur les cochons d'Inde ou sur les lapins. M. Ferrand a sagement fait de laisser de côté cette thérapeutique de laboratoire qui ne fournit rien à la pratique médicale, pour se cantonner dans le domaine de la pathologie générale et de la clinique.

Ce n'est que chez l'homme qu'on peut étudier les propriétés des médicaments sur les différentes fonctions, et la dose à laquelle il convient de les employer. A plus forte raison, n'est-ce que d'après l'homme qu'il faut écrire la thérapeutique lorsqu'il s'agit de déterminer les conditions spéciales de l'emploi des médicaments.

A l'exemple de Barthez, M. Ferrand considère *la thérapeutique comme la science des indications.* C'est là l'idée-mère de son livre, et c'est dans cette pensée qu'il a pris la plume pour l'écrire.

Tout son livre s'inspire de cette grande idée de l'indication à rechercher dans les cas de troubles du système nerveux, du système vasculaire, du système sécréteur glandulaire, du système d'absorption nutritive, du système sanguin, puis de l'inflammation, de la fièvre, des maladies zymotiques, des maladeis constitutionnelles, des intoxications et des maladies parasitaires.

C'est par l'analyse clinique, détaillée, quelquefois minutieuse, de tous les éléments fournis par les troubles fonctionnels dans les maladies des différents organes, que M. Ferrand arrive à la détermination des indications curatives. Il pose d'abord les caractères qui font reconnaître l'indication, puis il expose les moyens qui réalisent ce qu'il appelle l'indication thérapeutique; viennent ensuite les indications médiates et les applications.

Cela se rapproche beaucoup de ce que l'on appelle quelquefois avec dédain la médecine des symptômes. Mais quand on ne connaît pas la nature des maladies de façon à en neutraliser les effets par un spécifique, il est certain que les symptômes sont des indications à ne pas négliger et qui sont l'inspiration naturelle et légitime du médecin.

Pour donner l'idée du plan de l'auteur, je prendrai son chapitre de la fièvre.

La fièvre est l'élément de toutes les maladies aiguës et d'un grand nombre de maladies chroniques. Elle est seule l'élément morbide ou bien elle est la conséquence d'une lésion locale. Elle brûle une quantité plus ou moins considérable de déchets organiques azotés et, sous ce rapport. est parfois très-utile. Mais quand elle est trop considérable, elle peut, par elle-même, faire courir la plus grands dangers au malade, d'où la nécessité de les combattre par des *antipyrétiques.*

Cela dit, M. Ferrand décrit les symptômes de la fièvre qui sont le type élémentaire de l'indication et qui se révèlent par l'augmentation excessive de la température : la pathogénie de la fièvre dans les miasmes, les virus, les intoxications et les phlegmasies, les indications thérapeutiques qui consistent à abaisser la chaleur et les moyens hygiéniques antidénutritifs, antithermiques, calmants, etc., à employer. De là, passant aux applications, il indique les moyens à opposer à la fièvre traumatique, inflammatoire, catarrhale, muqueuse, typhoïde, bilieuse etc., à la fièvre jaune, aux fièvres éruptives, puerpérales, à l'érysipèle, etc,

D'après ce chapitre, on peut juger le plan éminemment philosophique de cet ouvrage, qui devra plaire surtout à ceux qui aiment la pathologie générale, et qui, ayant déjà une certaine pratique de l'art médical, savent s'élever au-dessus des faits particuliers pour en saisir l'ensemble. — Sa lecture fait penser et provoque à la discussion. On regrette de n'avoir pas quelqu'un devant soi pour discuter les importantes questions de doctrine que soulèvent les affirmations de l'auteur, mais c'est déjà beaucoup que d'avoir à réfléchir sur ce qu'on vient de lire ; et, l'on ne peut guère en dire autant de toutes les publications thérapeutiques récentes, inspirées par la spéculation ou par une application exagérée de la méthode expérimentale. Ce livre est surtout un ouvrage de clinicien, et, à ce titre, je me fais un plaisir de le faire connaître aux médecins. La thérapeutique des laboratoires est peut-être très-savante, mais celle de l'hôpital sera toujours la plus utile. C'est celle de M. Ferrand. Dr BOUCHUT.

(1) Un vol. in-12. Prix : 1 franc. — Paris, J. B. Baillière et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Académie des sciences. — L'Académie propose la question suivante pour le grand prix des sciences physiques pour l'année 1875.

« Faire connaître les changements qui s'opèrent dans les organes intérieurs des insectes pendant la métamorphose complète. »

Les changements qui s'opèrent dans la conformation extérieure des insectes lorsque ces animaux passent de l'état de larves à l'état parfait ont été l'objet de nombreuses publications! mais les entomologistes ne se sont que peu occupés des transformations subies par les organes intérieurs pendant la métamorphose, si ce n'est chez deux espèces appartenant, l'une et l'autre, à l'ordre des lépidoptères, qui ont été étudiées par Herold et par Newport. L'Académie croit utile d'appeler l'attention des naturalistes sur ce sujet; elle ne demande pas une histoire des métamorphoses intérieures dans l'ensemble de cette classe d'animaux, mais des recherches approfondies sur les changements subis par les principaux appareils physiologiques chez un ou plusieurs insectes à métamorphoses complètes, autres que des lépidoptères. Ce travail devra porter sur la structure intime de ces parties aussi bien que sur leur conformation générale, et être accompagné de figures représentant toutes les dispositions anatomiques signalées par l'auteur.

Les ouvrages présentés devront être écrits en français ou en latin; ils pourront être imprimés ou manuscrits.

Le terme fixé pour le dépôt de ces pièces est le 1er juin 1875 ; mais dans le cas où l'Académie ne recevait pas à cette époque très-rapprochée une réponse satisfaisante à la question proposée, le concours sera prorogé jusqu'au 1er juin 1876.

Le prix consistera en une médaille de la valeur de 3,000 francs.

L'Académie propose pour le grand prix des sciences physiques, pour l'année 1875, la question suivante :

« Étude du mode de distribution des animaux marins du littoral de la France. »

Dans cette étude il faudra tenir compte des profondeurs, de la nature des fonds, de la direction des courants et des autres circonstances qui paraissent devoir influer sur le mode de répartition des espèces marines. Il serait intéressant de comparer sous ce rapport la faune des côtés de la Manche, de l'Océan et de la Méditerranée, en avançant le plus loin possible en pleine mer, mais l'Académie n'exclurait pas du concours un travail approfondi qui n'aurait pour objet que l'une de ces trois régions.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 francs.

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1876.

— Par décret en date du 6 janvier 1875, M. le docteur Baud, médecin en chef des épidémies du département de la Seine, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Aujourd'hui vendredi 8 janvier ont été rendus les derniers devoirs à M. Boys de Loury, chirurgien en chef de l'hospice Saint-Lazare, ancien président de la Société de médecine de Paris. Notre regretté confrère était âgé de soixante-douze ans.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 13 janvier, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° installation du bureau ; — 2° discussion du mémoire de M. Boinet ; — 3° exposé d'un rapport sur la nécessité de nommer un chirurgien dans chaque bureau de bienfaisance.

— M. Fort, professeur libre d'anatomie à l'école pratique, commencera une nouvelle série de leçons, le 11 janvier. Ces leçons, deux par jour, dureront jusque vers la fin de mars. M. Fort disposera de dix-neuf places pour les cours d'anatomie et les dissections, amphithéâtre n° 3, à l'école pratique.

S'adresser pour les renseignements, 21, rue Jacob, tous les matins jusqu'à dix heures, et de cinq à six heures, les mardis, jeudis et samedis.

— M. le docteur Édouard Meyer commencera le lundi 11 janvier, à sa clinique (rue de l'Ancienne-Comédie, 21 ; entrée : cour du Commerce, 3, un cours public sur les maladies des yeux, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. MM. les élèves seront exercés aux opérations.

— *A M. le docteur F..., à Clermont-Ferrand.* — Le prix du numéro de la *Gazette des Hôpitaux* est de 25 centimes. Toute demande de numéros non accompagnée du montant de leur valeur est considérée comme non avenue.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire de bandages et d'embaumement, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, A. Delahaye.

Leçons d'histoire naturelle médicale, par L. Boursin, répétiteur spécial pour le baccalauréat ès sciences restreint. 1re partie : Zoologie médicale, zoophytes, annelés, mollusques. — 1 vol. avec figures dans le texte, cours lithographié (pour le premier examen de fin d'année ou le troisième de doctorat). Prix : 15 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Cébocéphalie avec adhérence du placenta au crâne et à la face sur un fœtus humain, par le docteur Charvet, professeur honoraire d'anatomie. — In-8° avec 4 planches. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude sur le vomissement dans les maladies chroniques du cerveau (paralysie générale et tumeurs), par le docteur Humbert-Mollière. — In-8°. Prix : 50 centimes. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, 7, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Demarquay lit un *Mémoire sur la résistance des protozoaires aux divers agents de pansement généralement employés en chirurgie*. Dans une première série d'expériences, M. Demarquay a recueilli dans des vases un certain nombre de liquides albumineux qui provenaient de l'homme malade, et après avoir attendu le développement des protozoaires, il a introduit dans ces vases les substances dont il désirait connaître l'action antiseptique : l'acide phénique dilué, l'alcool, la teinture d'eucalyptus, les baumes du Pérou et du Commandeur, les teintures de myrrhe et de benjoin, l'esprit de camphre, l'essence de térébenthine, le tanin et ses succédanés. Aucune de ces substances n'a produit la moindre action sur le mouvement des protozoaires.

Dans une autre série d'expériences, M. Demarquay a introduit ces mêmes substances dans les liquides albumineux avant le développement des protozoaires, et il a constaté que leur présence n'empêchait pas la genèse ultérieure de ces derniers.

« Ce n'est donc point, dit M. Demarquay, dans les divers modes de pansement que l'on trouvera le moyen le plus efficace pour s'opposer à l'action de ces éléments de destruction, mais dans les forces vitales du blessé, dans le milieu salubre où il se trouve placé, circonstances bien importantes, et sur lesquelles M. Sédillot appelait l'attention de l'Académie, dans un remarquable mémoire ayant pour titre : *Des plaies du trépan et de leur pansement*. »

— M. Ch. Robin présente, au nom de M. Rabuteau, une note intitulée : *Recherches sur le suc gastrique*. Ces recherches se composent de deux séries d'expériences, pratiquées sur des chiens, dont les unes démontrent que l'acide chlorhydrique existe dans le suc gastrique normal, les autres que l'acide lactique n'y existe pas.

« La conclusion de ces expériences, dit M. Rabuteau, c'est que, conformément aux recherches de Braconnot, de Prout, de Lassaigne, de Schmidt, le suc gastrique normal doit son acidité à l'acide chlorhydrique, non à l'acide lactique. »

— M. Herman, médecin de l'hôpital Wieden, à Vienne, envoie une note *sur la nature des affections syphilitiques et sur le traitement mercuriel*. L'auteur établit ce qu'il appelle lui-même « sa doctrine » sur plus de 20,000 cas de guérison, et cette doctrine consiste : 1° à considérer la syphilis comme une maladie locale, ayant des formes consécutives qui ont, dans l'organisme, des rapports intimes avec la forme primitive;

2° A bannir le mercure du traitement de la syphilis;

3° A considérer les formes connues sous le nom de *syphilis constitutionnelle* comme des effets du traitement mercuriel;

4° A considérer l'iode comme le meilleur moyen de combattre l'*hydrargyrie*;

5° A constater l'*hydrargyrie* par l'*électrolyse*.

Les recherches statistiques de l'auteur l'ont conduit à des résultats dignes d'attention. Tandis que à l'hôpital *Allgemeine Krankenhaus* de Vienne, où les syphilitiques sont soumis au mercure, on perd 1 malade sur 89, à l'hôpital Wieden, où le mercure est exclu, on n'en perd que 1 sur 969 : 1 pour 100 dans le premier cas et environ 1 pour 1,000 dans le second.

« L'étude du cours naturel de la syphilis et de son traitement sans mercure, dit l'auteur, bannira de la science médicale les erreurs les plus navrantes et les plus nuisibles, et la nouvelle doctrine deviendra un bienfait pour toute l'humanité. L'électrolyse, l'idée ingénieuse de M. Melsens, aura une large part dans la victoire de cette vérité scientifique. » Espérons avec l'auteur; mais que cela ne nous empêche pas d'étudier et d'approfondir cette question en la soumettant à l'observation clinique. Cela se fait d'ailleurs depuis que les remarquables recherches de M. Armand Després ont éveillé l'attention sur le même sujet.

Dr Édouard FOURNIÉ.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LANNELONGUE.

Tumeur du testicule traitée et guérie par la ligature de l'artère spermatique (méthode d'Harvey).

Les revers presque constants de la méthode d'Harvey dans les tumeurs malignes éloignent peut-être trop souvent de l'esprit des chirurgiens la pensée d'y recourir dans les cas d'une moins grande malignité, dans ceux où cette malignité est surtout locale. Cependant les exemples ne manquent pas pour montrer que la suppression brusque de la source qui alimente une tumeur peut amener d'assez prompts effets pour faire entrer cette tumeur dans une voie de rétrocession, avant le rétablissement de la circulation collatérale. Qu'on veuille bien, en effet, relire les intéressantes recherches du professeur Broca sur ce point, et l'on pourra juger de la valeur du procédé, en même temps qu'on sera frappé de l'esprit d'équité

qui, en rendant hommage à son illustre inventeur, a fait accepter le nom sous lequel on désignera désormais la méthode. L'application de la ligature des artères à la guérison d'une tumeur n'était-elle pas, d'ailleurs, une de ces conséquences qui devaient naturellement se tirer de la découverte de la circulation? Mais, en même temps qu'il posait le principe, Harvey fit plus, il l'appliqua, et ce fut très-heureusement. Il guérit, dit-il, plusieurs fois des tumeurs du testicule par la ligature de l'artère spermatique. Malgré l'autorité d'Harvey, malgré l'immense vogue de ses écrits, le procédé reste dans l'oubli jusqu'au jour, qui n'est pas très-éloigné de nous, où la question de la ligature des artères passionne les chirurgiens de la fin du dernier siècle et du commencement de celui-ci. Alors on parle de nouveau de la guérison de certaines tumeurs, de quelques goîtres en particulier par la ligature de leurs artères afférentes. La méthode venait de reconquérir la place qu'elle a conservée depuis; ses indications, son but, son mode d'action seront mieux connus. Mais, en définitive, elle semble aujourd'hui ne trouver d'utiles applications que dans un nombre assez restreint de tumeurs. Celles du testicule lui ont fourni jusqu'ici ses plus beaux succès, et le fait suivant doit être ajouté à ceux que Harvey et A. Maunoir ont déjà obtenus.

Le 25 juin 1873, entrait à l'infirmerie de Bicêtre, salle Saint-Victor, nº 23, le nommé M..., Jean, âgé de quarante-neuf ans, pensionnaire de l'hospice. Cet homme, de taille ordinaire et d'un embonpoint raisonnable, est ataxique à un faible degré depuis près de deux ans; il a été soigné à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Saint-Louis.

Il porte une tumeur du testicule gauche dont il fait remonter le début à dix à douze mois. Déjà en 1872, au mois de septembre, il s'était présenté à l'infirmerie, et cette tumeur avait alors le volume d'un œuf de poule. Elle était spontanément douloureuse à de certains moments, la pression exaspérait les douleurs. M. Meunier, chef du service, lui fit prendre pendant longtemps de l'iodure de potassium et fit d'abord appliquer sur elle l'onguent napolitain; plus tard, la teinture d'iode. Aucune modification ne fut obtenue, malgré l'existence bien avérée d'une syphilis antérieure: le volume resta quelque temps à peu près stationnaire; mais, à partir du mois de mars 1873, son volume augmenta progressivement, et elle devint de plus en plus douloureuse. C'est dans ces circonstances qu'il revint à l'infirmerie le 25 juin. A cette dernière date, la tumeur a un volume considérable, égalant au moins celui d'un poing très-volumineux. Elle forme une seule masse présentant trois bosselures à sa surface. Sa consistance est ferme partout, sauf au niveau des bosselures, où elle est plus molle. Nulle part on n'y trouve une trace de fluctuation; on n'y découvre pas non plus cette élasticité que l'on remarque dans certaines tumeurs solides.

Elle est pesante au toucher, et l'éclairage à la lumière est négatif. Nulle part il n'existe de traces d'adhérences avec la peau, qui a conservé ses caractères normaux. Le cordon spermatique n'a pas augmenté de volume; et le toucher rectal ne révèle rien du côté de la prostate ou des vésicules séminales. La pression d'un point quelconque de cette tumeur réveille une douleur assez vive, et qui ne ressemble nullement à celle qu'on développe en comprimant un testicule sain.

Après avoir encore essayé un traitement antisyphilitique mixte qui n'a amené aucune amélioration, il est procédé à la ligature de l'artère spermatique, qui fut faite le 1er août par une petite incision à 2 centimètres environ au-dessous de l'anneau inguinal inférieur.

Dans les premiers jours qui suivirent la ligature, la tumeur augmenta un peu de volume, devint plus ferme et plus douloureuse au toucher. Mais, à partir du cinquième jour, ces phénomènes d'apparence un peu inflammatoire ou tout au moins congestif disparurent. Et depuis la tumeur est entrée dans une phase de résolution qui ne s'est arrêtée que lorsqu'elle a eu atteint le volume actuel. Or ce volume est aujourd'hui comparable à celui d'une grosse noix avec une forme un peu différente. On n'y peut reconnaître ni le testicule ni l'épididyme; elle a une dureté très-considérable, presque égale à celle de la pierre; elle est complétement indolente, même à une pression assez énergique. Ce retrait n'a pas eu lieu avec un régularité toujours égale, il a été très-rapide et très-frappant dans le premier mois qui a suivi la ligature, à partir du cinquième ou sixième jour. Puis elle est restée assez longtemps stationnaire pendant plusieurs mois; elle nous semblait alors acquérir une dureté plus grande, mais son volume paraissait ne pas changer. Du mois de novembre 1873 au mois de mars 1874, insensiblement la diminution du volume et le durcissement se sont produits, et c'est à cette dernière date qu'elle était parvenue aux dimensions qu'elle a encore aujourd'hui.

En présence de ce résultat, on ne peut qu'exprimer le regret de ne pouvoir s'assurer de la nature de cette tumeur. Par la rapidité de sa marche, par quelques-uns de ses caractères cliniques, elle n'est pas sans quelques rapprochements avec les tumeurs malignes; elle s'en éloigne, par l'absence de toute complication du côté du cordon spermatique, des ganglions abdominaux, ainsi que par le maintien de la bonne santé générale du sujet. Aussi n'est-ce pas à une affection cancéreuse que nous croyons devoir la rapporter. Faut-il la placer dans ce groupe encore incertain des sarcomes proprement dits, qui comprend depuis l'hypertrophie la plus simple et la plus bénigne jusqu'à ces tumeurs dites kystiques, dont la récidive est si fréquente? Mais encore je ne trouve en elle cliniquement aucun caractère assez précis pour que je puisse m'arrêter de préférence sur l'une de ces variétés où je ne vois guère que la tumeur fibro-plastique qui puisse être l'objet d'une discussion raisonnable. Dans ces hésitations je me sens davantage attiré vers la pensée d'une affection tuberculeuse ou syphilitique, et encore de ces deux hypothèses, il en est une que je suis prêt à rejeter: celle de l'affection tuberculeuse. Le gros volume de la tumeur, l'absence de toute adhérence du côté de la peau et même de tout travail qui aurait pu y conduire, sa marche assez régulière, sans poussées proprement dites, et enfin l'état parfaitement sain, du testicule droit, des vésicules séminales et de la prostate, telles sont, avec l'intégrité de la santé, des raisons que je crois suffisantes pour m'éloigner de cette idée.

Il n'en est pas de même de la seconde hypothèse. Cet homme a eu la syphilis, la chose n'est pas équivoque; car il porte les traces d'un chancre, et il a longtemps suivi un traitement.

C'est pour cela que M. Meunier, une première fois a, essayé l'iodure de potassium, et qu'à mon tour je lui ai fait suivre un traitement mixte. Pourquoi ce traitement n'a-t-il pas eu de résultat? Je l'ignore entièrement.

Quelle que soit d'ailleurs l'opinion que l'on puisse émettre sur la nature de la tumeur, après avoir inutilement essayé pendant un temps suffisant la pierre de touche qui pouvait conduire à la guérison, mis en présence d'une tumeur pour laquelle l'extirpation se présentait chaque jour comme chose plus nécessaire, j'ai cru devoir essayer d'abord un procédé plus simple, plus innocent, la méthode d'Harvey. Je ne le regrette pas.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. CHARRIER.

Tumeurs fibreuses multiples de l'utérus provoquant le travail et s'opposant à l'accouchement. — Ramollissement des tumeurs. — Accouchement spontané. — Expulsion spontanée de deux tumeurs. — Guérison.

Mme C..., âgée de vingt-six ans, était enceinte pour la quatrième fois. Toutes ses couches avaient été heureuses. Dès les premiers jours de cette quatrième grossesse, elle avait été malade. Anorexie, vomis-

sements, anémie profonde, leucorrhée énorme (la malade trempait de sept à huit serviettes par jour). Dès les premiers jours de décembre 1873, elle vint me consulter.

Je constate par le toucher : la matrice est déviée à droite ; la corne gauche est plus haute que la droite, il est évident que la matrice a subi un mouvement de bascule de gauche à droite, suivant le diamètre bis-iliaque.

L'utérus semble développé comme à trois mois et demi, quatre mois de grossesse.

Grossesse probable, compliquée de déviation. Mais quelle est la cause de la déviation.

Le 20 décembre. — Mouvements actifs du fœtus perçus par la mère. A l'auscultation, on entend les bruits du cœur. Les symptômes douloureux augmentent ; la leucorrhée aussi, et la malade a très-souvent envie de pousser comme pour accoucher. En effet, on sent au toucher une tumeur, grosse comme un œuf de dinde, qui fait saillie dans le vagin. Elle paraît être le prolongement de la lèvre antérieure du col, mais déjà il est impossible de retrouver l'orifice utérin.

Le 25 février 1874. — Hémorrhagie considérable. La tumeur augmente avec une rapidité considérable.

Le 26, au matin. — Je vais chez Mme C... et je trouve entre les lèvres de la vulve une tumeur grosse comme un gros œuf d'autruche, dure, rénitente, sans aucun point de ramollissement, qui remplit tout le vagin. Il est impossible de constater ni la base d'implantation de la tumeur, ni la position de l'orifice utérin. Envies de pousser continuelles.

A cette époque, M. le docteur Mouillon et Mme Duport, sage-femme, donnaient des soins quotidiens à la malade ; ils me prièrent de les aider de mes conseils et de me charger du traitement. J'appelai en consultation M. le docteur Félix Guyon, qui constata comme moi l'impossibilité de trouver l'orifice (1er mars 1874).

Quelle conduite à tenir devant un cas pareil ? L'utérus va-t-il se rompre? L'accouchement naturel ou provoqué peut-il avoir lieu? Non, dans l'état actuel.

M. Guyon croit qu'il faudra opérer, et il pense à l'énucléation telle que l'a pratiquée Danyau dans une circonstance pareille. Mais il fait ses réserves : peut-être la tumeur se ramollira-t-elle. Il faut attendre. Leucorrhée fétide.

Le 5 mars. — L'hémorrhagie ne s'est pas reproduite. L'état de la malade ne s'est pas empiré. On attend.

Le 6. — Douleurs expulsives. (2 grammes de chloral additionné de 20 gouttes de laudanum sont donnés en lavement matin et soir.)

Le 8. — Nous constatons un commencement de ramollissement à la base de la tumeur.

Le 9. — Douleurs expulsives. Continuation du chloral et du laudanum.

Le 12. — Hémorrhagie.

Le 18. — Hémorrhagie (glace, champagne). — Ramollissement de la tumeur. Fétidité extrême de l'écoulement. (Injections de permanganate, chloral en lavement.)

Le 20. — Frissons, ballonnement du ventre, 140 pulsations. Vomissements porracés. Haleine fétide, froide. Peau visqueuse, décomposition de la face. (Large vésicatoire sur l'abdomen. Sulfate de quinine ; 40 centigrammes matin et soir.)

Le 21. — Amélioration. Vomissements moins fréquents. La tumeur se ramollit et se laisse déprimer de moitié. Douleurs expulsives régulières. (Cessation de tout traitement antiabortif.)

Le 22. — Accouchement spontané, à trois heures du soir, d'un fœtus de sept mois vivant. L'enfant succomba à trois heures du matin, le 23. — Cessation de tout vomissement. Délivrance naturelle. Tout ce qui sort de la vulve, c'est-à-dire 12 centimètres de tumeur flétrie est réséqué d'un coup de ciseaux. (Injections désinfectantes quatre fois par jour. Pouls à 100.)

Le 23. — A notre visite avec M. Guyon, nous trouvons, entre les grandes lèvres, comme des débris de membranes ; c'est le reste de la tumeur qui, en tirant un peu, vient sans efforts.

Le 25. Une tumeur aplatie, ramollie comme un œuf de dinde, est expulsée spontanément.

Le 29 mars. — Une troisième tumeur est aussi expulsée sans efforts.

Fer, toniques. — Guérison rapide.

De cette observation, j'ai pu tirer les déductions suivantes :

1° Qu'une leucorrhée très-abondante qui persiste depuis longtemps, qui est inodore, accompagnée de douleurs lombaires et abdominales peut faire supposer l'existence d'un fibrôme utérin, surtout lorsqu'il y a grossesse.

2° Que lorsque ce fibrôme une fois développé et faisant obstacle à l'accouchement, provoque néanmoins le travail par sa présence au niveau des sphincters des orifices utérins, il faut tout faire pour suspendre le travail.

3° Que si la leucorrhée devient fétide, c'est un signe de ramollissement du fibrôme; qu'il faut redoubler d'efforts pour empêcher le travail, car le ramollissement est commencé, et il est probable que l'accouchement pourra spontanément se faire, et ainsi éviter une opération toujours dangereuse, souvent mortelle.

4° Comme dernière déduction, attendre tant que la femme n'est pas menacée d'une mort imminente, car souvent la nature fait à elle seule tous les frais de la guérison.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 décembre 1874. — Présidence de M. Perrin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de médecine de la semaine;

2° Une lettre de M. le docteur Abeille, relative à une modification de l'appareil de Baudens pour le traitement des fractures compliquées.

LECTURE

Fièvre uréthrale. — M. Paulet lit le rapport suivant sur le travail de M. Roux (de Brignoles) intitulé : *Considérations pratiques sur la fièvre uréthrale.*

Messieurs, vous avez reçu de M. le docteur Roux (de Brignoles) un mémoire intitulé : *Considérations pratiques sur la fièvre uréthrale*, mémoire intéressant à plus d'un titre, sinon par son étendue, au moins par l'importance des questions qu'il soulève, et sur lequel je vous demande la permission d'appeler pour quelques instants votre attention.

Décrire brièvement les symptômes de cette grave complication à laquelle ont été tour à tour imposés les noms de fièvre urineuse, fièvre urémique, fièvre uréthrale, fièvre uréthro-vésicale, etc., en indiquer les causes, exprimer son opinion sur le nature de la maladie, faire connaître le traitement qui lui a réussi et surtout bien établir les moyens d'en prévenir l'explosion, tel est le but que s'est proposé l'auteur. Je n'insisterai pas longuement sur l'exposé des symptômes de la fièvre urineuse. M. Roux a pris pour type l'accès de la fièvre dit de *moyenne intensité* : il en a fait une véritable étude d'après nature, et sa description, toute complète qu'elle soit, n'ajoute rien aux connaissances que chacun de nous a été à même d'acquérir tant par ses lectures que par sa pratique personnelle. Il indique tout particulièrement la grande analogie de forme, la presque similitude, déjà bien des fois notée, entre l'accès de la fièvre uréthrale et celui de la fièvre palustre dont les trois stades caractéristiques se retrouvent dans les deux cas.

Ce qui doit surtout nous arrêter, ce sont les opinions de notre confrère sur les causes et sur la nature de la fièvre urineuse. Au nombre des causes prédisposantes, nous le voyons placer la néphrite, mais sans lui donner aucune importance spéciale et en paraissant la confondre avec d'autres causes que j'appellerai volontiers banales, telles que la diarrhée, le rhumatisme, l'herpétisme. Quant aux causes déterminantes, voici, selon lui, dans quelles conditions le cathétérisme uréthral produit la fièvre : « Un homme maladif est porteur de rétré-

cissements annulaires, obliques, fibreux, etc.; si derrière la coarctation la plus forte, il n'existe pas une de ces ulcérations si communes donnant naissance à un écoulement muco-purulent, le cathétérisme dilatateur ou évacuatif pourra être effectué sans inconvénients. Mais, si le contraire arrive, si la sonde, dans son passage à travers les angusties, déchire des valvules, des brides, laboure des surfaces ulcérées, végétantes, donne naissance à une légère hémorrhagie, l'accès ne tardera pas à paraître, à la condition que les urines alcalines et fétides parcourent le canal après ce cathétérisme brutal et se mettent en contact avec la muqueuse ulcérée ou déchirée. » Ainsi donc, deux conditions sont indispensables pour la production de la fièvre uréthrale : 1° alcalinité, fétidité de l'urine; 2° déchirure, éraillure, même si légère qu'elle soit, mais dans tous les cas effraction de la muqueuse uréthrale. Laissez-moi vous dire, messieurs, pourquoi cette opinion me paraît par trop exclusive et pourtant incomplète.

Que l'on admette la nécessité d'une altération préalable de l'urine, c'est là un fait d'observation journalière qui, je le pense, ne sera contesté par aucun de vous. Nous savons tous, en effet, que l'on n'observe pas de véritables accès de fièvre uréthrale chez les gens dont la sécrétion urinaire a conservé ses caractères normaux, tandis que ces accès ne surviennent que chez les malades dont les urines sont troubles, alcalines, muco-purulentes, souvent fétides. Nous savons aussi avec quelle déplorable facilité se produit cette altération de l'urine toutes les fois qu'un obstacle quelconque rend la miction incomplète et oblige une partie du liquide à séjourner dans son réservoir ; tel est le corollaire ordinaire de la cystite, de la paralysie de la vessie, de l'hypertrophie de la prostate, des rétrécissements de l'urèthre, etc. Ce n'est donc pas sur ce point des opinions de M. Roux que porteront mes observations, mais bien sur le lieu où se fait cette absorption d'une urine préalablement altérée. Est-il possible d'admettre que ce lieu soit exclusivement, et dans tous les cas, la muqueuse uréthrale ? Je ne le pense pas. Sans doute, s'il s'agit d'un rétrécissement ancien, nous trouverons constamment, en arrière de la coarctation, une dilatation ampullaire du canal, une sorte de réservoir supplémentaire dans lequel l'urine séjourne, même après la miction la plus complète en apparence, et si nous joignons à ces conditions la décomposition ordinaire du liquide, l'altération habituelle de l'épithélium uréthral, nous n'aurons même pas besoin d'invoquer un traumatisme pour expliquer l'absorption d'éléments septiques et leur passage dans le torrent circulatoire. Mais la fréquence de ces cas n'implique pas leur universalité; il n'y a pas que les rétrécis chez lesquels on observe la fièvre urineuse, et si nous la voyons survenir dans d'autres affections des voies urinaires, alors que l'urèthre sain expulse le liquide jusqu'à la dernière goutte, pourrons-nous raisonnablement supposer que le temps très-court pendant lequel s'est opérée la miction a pu permettre l'absorption de l'urine en quantité suffisante, quelque altérée qu'elle soit. Ne convient-il pas, dans ces cas, de faire jouer un rôle important, je dirai même le rôle principal, à l'absorption qui s'opère certainement par la surface de la muqueuse vésicale? Si les expériences de Küss et de M. Jusini ont démontré que la vessie saine est revêtue d'un épithélium protecteur dont l'imperméabillié s'oppose à une absorption notable, ces mêmes expériences ont aussi fait voir que l'état alcalin de l'urine a pour action de dissoudre, de dissocier les cellules épithéliales et de dénuder le derme muqueux; celui-ci ne fût-il pas complétement mis à nu, il suffit alors du simple contact de la sonde pour produire une érosion et pour ouvrir une porte à l'empoisonnement urineux. Cette manière de voir est depuis longtemps adoptée par les chirurgiens qui placent l'origine des accidents fébriles dans l'absorption directe d'une urine altérée; citons entres autres Civiale, MM. Maisonneuve, de Saint-Germain, Reliquet, etc., Vous le voyez, messieurs, c'est bien intentionnellement et non par l'effet du hasard que M. Roux donne à ces accidents le nom de fièvre uréthrale, puisqu'il place le siége de l'absorption dans la muqueuse seule. C'est intentionnellement aussi que je voudrais voir disparaître cette dénomination pour lui substituer celle de fièvre uréthro-vésicale, ou mieux encore celle de fièvre urineuse.

Après avoir établi que les accès sont dus à l'introduction dans le sang de certains principes toxiques qui se produisent dans l'urine altérée, M. Roux se demande quels sont ces principes, et il conclut, conformément aux faits avancés par MM. Gosselin et Robin, que l'alcalinité des urines est intimement liée au développement d'organismes inférieurs, en un mot qu'il y a là une véritable fermentation. Cette fermentation, qui s'accompagne d'une remarquable production de torulacées, a, du reste, été mise hors de doute par les recherches de MM. Pasteur et Gaillon, Dumas et Van Thieghen, les premiers de ces observateurs ayant supposé que les germes pouvaient être introduits du dehors par les instruments destinés au cathétérisme. Notre confrère n'hésite pas à admettre que c'est l'absorption non point de l'urine seule, mais des ferments qu'elle contient qui cause la fièvre urineuse, de sorte qu'il considère cette fièvre comme une infection putride ou plutôt comme une infection zymotique. Cette hypothèse est parfaitement soutenable, et, s'il n'est guère possible pour le moment de l'appuyer sur des faits démontrés, il me paraît, d'autre part, bien difficile de la retorquer par des arguments irréfutables.

Quant à l'ammoniémie, « elle existe certainement, dit-il, mais le carbonate d'ammoniaque résultant de la transformation de l'urée est, à coup sûr, résorbé en trop minime quantité pour amener la fièvre ; il s'y joint évidemment un élément zymotique, le ferment putride qui a déterminé la transformation de l'urée et qui pénètre par effraction à travers la muqueuse uréthrale. »

Jusqu'ici, je ne vous ai point parlé des lésions rénales, et vous avez sans doute été surpris de cette omission, car vous savez la fréquence, j'allais dire la constance des affections concomitantes du rein, telles que la néphrite parenchymateuse et la pyélo-néphrite, dans les maladies un peu anciennes des voies urinaires. C'est qu'en effet l'auteur ne les mentionne pour ainsi dire qu'incidemment; non pas qu'il en méconnaisse l'existence et qu'il oublie la gravité des accidents urémiques qui surviennent lorsque la sécrétion rénale est troublée, mais, pour lui, les symptômes de l'urémie sont tellement tranchés qu'il est impossible de s'y méprendre et de les confondre avec ceux de la fière urineuse.

Eh bien, messieurs, voilà encore une proposition que je ne saurais admettre. Sans doute, si vous prenez un cas d'urémie convulsive type et que vous le compariez à un accès médiocrement intense de fièvre urineuse, vous trouverez, de part et d'autre, des caractères si nettement accusés que la confusion sera impossible. Mais, à côté de la forme convulsive des accidents urémiques, n'a-t-on pas décrit les formes comateuse, délirante, cholérique, dyspnéique et peut-être d'autres encore dont les noms m'échappent. Prenez maintenant ces différentes manifestations de l'empoisonnement urémique, comparez-les à un des accès exceptionnellement graves auxquels on a justement donné l'épithète de pernicieux, et dites-moi s'il est bien facile de dire : ceci est de l'urémie, ceci est de la fièvre urineuse. Pour vous prouver que la distinction n'est pas aussi aisée à établir que M. Roux semble le croire, je n'irai pas bien loin, il me suffira de prendre un fait dans le mémoire que j'ai sous les yeux. Ce fait, le voici : « Un médecin d'un âge avancé avait l'habitude de se sonder lui-même. Un jour, après un cathétérisme un peu pénible, il se mit au bain, y fut pris d'un accès violent et mourut peu d'instants après, dans un état d'algidité cholérique ». L'auteur nous cite ce fait comme un exemple d'accès pernicieux. Pour moi, je n'y vois autre chose qu'un cas d'urémie à forme cholérique, et peut-être partagerez-vous ma façon de penser; en tout cas, la confusion était possible. Cette réserve faite, je m'empresse de reconnaître que, la plupart du temps, la dissemblance des symptômes empêchera l'équivoque.

Si je regrette que M. Roux ait fait, dans son travail, une part si restreinte aux affections du rein, je ne crois pas, d'un autre côté, que l'on doive faire table rase de l'absorption par la muqueuse uréthro-vésicale pour rapporter uniquement aux lésions rénales et la fièvre urineuse et les accidents urémiques. Vous savez que cette théorie, admise par Barrier et par Bron, a été développée par M. Malherbe, qui la formule à peu près en ces termes : « Il y a deux parties à considérer dans les symptômes de la fièvre urémique ou fièvre urineuse, des symptômes réactionnels, dus à l'inflammation du rein, et des symptômes d'intoxication, dus à la rétention des matériaux de l'urine dans le sang. Les grands accès, analogues à ceux des fièvres palustres, correspondent aux congestions rénales intenses. La forme à type continu rémittent est due à la néphrite interstitielle. » On a

attribué cette opinion à M. Guyon, mais je me crois autorisé à dire qu'il ne la partage en aucune façon. On l'attribue encore à MM. Verneuil et Dolbeau; je ne serais pas étonné de voir nos deux collègues protester contre ce qu'elle a de trop exclusif. S'il m'était permis de compléter ici le mémoire de M. Roux, comme je suis certain qu'il le ferait lui-même, je dirais, en transcrivant quelques lignes de l'excellent travail de M. Girard : Les accidents décrits sous le nom de fièvre uréthro-vésicale, intoxication urineuse, peuvent être attribués à deux causes : 1° l'accumulation dans le sang des matériaux de l'urine, par suite des lésions des acinis qui gênent ou abolissent la fonction : symptômes identiques à ceux de l'urémie dans la maladie de Bright; 2° la résorption d'une urine malade : symptômes analogues à ceux d'un empoisonnement putride.

Mais, messieurs, votre rapporteur semble oublier qu'il a moins pour mission de vous exposer ses opinions personnelles que de vous rendre compte des opinions d'autrui. Je reviens donc au texte de M. Roux dont la dernière partie est consacrée au traitement tant curatif que prophylactique de la fièvre urineuse. Quelques mots me suffiront, d'ailleurs, pour vous en indiquer les points principaux, car les préceptes posés par l'auteur rentrent dans les règles de la pratique ordinaire.

Pour prévenir autant que possible l'apparition des accès, il recommande le traitement préalable du catarrhe vésical s'il en existe, l'emploi du bromure de potassium pour obtenir l'anesthésie temporaire de la muqueuse uréthrale, l'extrême propreté des instruments de cathétérisme, la plus grande douceur dans les manœuvres chirurgicales, enfin l'usage du sulfate de quinine. A propos de ce dernier moyen, peut-être y aurait-il lieu de porter la question à votre tribune et de vous demander ce que vous pensez du sulfate de quinine comme agent préventif des accès de fièvre urineuse, car les avis sont encore singulièrement partagés à ce sujet, les uns considérant le sel quinique comme un préservatif presque infaillible, les autres ne lui accordant aucune valeur et le plaçant au rang des nullités thérapeutiques. Est-il besoin de vous dire que M. Roux doit être classé parmi les enthousiastes de ce médicament.

Des expériences encore trop peu nombreuses, mais qu'il se propose de continuer, semblent aussi lui avoir démontré que l'ergot de seigle, administré à la dose de 2 grammes avant le cathétérisme, constituerait un moyen préventif d'une efficacité réelle.

L'accès est-il survenu? Notre confrère a encore recours au sulfate de quinine et surtout à l'alcool, dont l'heureuse influence ne lui paraît pas contestable.

Telle est, en résumé, la substance du mémoire de M. Roux. Si j'avais voulu me borner à le louer, ma tâche eût été des plus faciles; il m'eût suffi de relever, à chaque page, maint passage prouvant que, si l'auteur a beaucoup appris, il sait aussi bien observer et judicieusement conclure. Mais l'éloge de M. Roux n'est point à faire auprès de vous.

J'ai préféré, à propos de ce travail, appeler votre attention sur un des points certainement les plus intéressants de la pathologie des voies urinaires et provoquer ici une discussion qui, je l'espère, ne sera pas sans profit pour la thérapeutique chirurgicale.

Enfin, messieurs, et comme il faut une conclusion à tout, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° De déposer très-honorablement dans vos archives le mémoire dont je viens de vous donner un aperçu;

2° D'adresser des remercîments à l'auteur et de lui tenir grand compte de ce travail, qui, ajouté aux observations qu'il vous a déjà communiquées, ainsi qu'à ses nombreuses publications, lui constituent des titres sérieux à l'une de vos places de membre correspondant national.

DISCUSSION

M. VERNEUIL. Il serait à désirer qu'on en terminât, au sein de la société, avec la fièvre dite uréthrale. Puisque la société désire que cette question soit ajournée à une prochaine séance pour être traitée à fond, je me borne à déclarer aujourd'hui que, bien que partisan absolu de la théorie de la néphrite, je ne voudrais pas qu'on m'attribuât une paternité quelconque pour cette théorie que je n'ai fait absolument que vérifier.

M. Verneuil, M. Duplay, M. Demarquay demandent à être inscrits à l'avance comme devant prendre part à cette discussion.

(Les conclusions de M. Paulet sont adoptées.)

RAPPORT

De la ponction dans la réduction des hernies. — M. LABBÉ. Chargé d'un rapport verbal sur un travail de M. Ollivier (de Rouen), composé de deux observations relatives à la ponction appliquée à la réduction des hernies, je commence par constater le grand intérêt que présentent ces deux faits. Le premier nous montre une hernie étranglée depuis vingt-quatre heures. Le chloroforme est administré, et le taxis tenté. La réduction ne se fait pas, et le chloroforme vient à manquer.

D'un commun accord, M. Ollivier et son confrère remettent au lendemain une nouvelle intervention. A ce propos, je ferai observer qu'une règle absolue devrait être posée pour le traitement des hernies étranglées, règle que je formulerai ainsi : Le chirurgien ne doit pas quitter le malade que, par un moyen quelconque, la hernie ne soit réduite. Si cette pratique avait été suivie dans le cas actuel, et si la kélotomie avait été faite après vingt-quatre heures au lieu de quarante-huit heures, la mort ne serait peut-être pas survenue.

Quoi qu'il en soit, le lendemain, de nouvelles tentatives infructueuses sont faites. Une ponction permet d'obtenir quelques cuillerées à bouche d'un liquide brunâtre. Après quoi, on essaye de nouveau la réduction; et comme celle-ci ne peut être réalisée, la kélotomie est pratiquée. On trouve l'intestin enflammé, couvert de fausses membranes, et le mésentère tordu sur lui-même, circonstance très-favorable, comme on sait, à la production de la gangrène. La mort survient sept à huit heures après.

Qu'on se range ou qu'on ne se range pas à l'opinion de M. Ollivier qui, discutant les causes de cette mort rapide, conclut à la non-existence de la péritonite, on ne peut nier que ce fait ne soit défavorable à la ponction, laquelle a cependant donné dans d'autres cas d'excellents résultats, mais à la condition expresse d'être pratiquée de bonne heure, c'est-à-dire lorsque les tuniques intestinales peuvent revenir sur elles-mêmes, et obturer, par cela même, les ouvertures qu'a créées l'aiguille ou le trocart.

La deuxième observation a trait à une hernie ombilicale volumineuse étranglée depuis quinze à dix-huit heures.

Le malade ayant une maladie organique du cœur, M. Ollivier ne voulut pas employer le chloroforme. Considérant que la tumeur herniaire se divisait en deux lobes, l'un rouge, l'autre de coloration normale, il eut l'idée de chercher la transparence, et la trouva très-nettement dans le lobe sain. Il fit la ponction du sac, obtint ainsi un grand verre à bordeaux de liquide, et réduisit avec une grande facilité. Cette manière de procéder est assez rare; je me souviens pourtant, étant de passage à Rennes, en 1865, avoir vu M. Dayot opérer de la sorte une tumeur inguinale étranglée. Je propose d'adresser des remercîments à l'auteur, de publier au *Bulletin* la deuxième observation et de l'inscrire en rang honorable au nombre des candidats à la place de membre correspondant.

DISCUSSION

M. DESPRÈS. Je voudrais qu'on publiât surtout l'observation n° 1, laquelle est féconde en enseignements. Il est bon, en effet, de compter les cas dans lesquels la ponction échoue. Je me suis élevé contre cette pratique en me plaignant de ce que les observations ne fussent pas intégralement communiquées; je crois qu'en effet il faut opérer la hernie étranglée le plus tôt possible, et qu'au-delà de douze heures pour les petites hernies, on perd absolument son temps à faire autre chose que la kélotomie.

M. LABBÉ. Le temps véritablement perdu serait celui que nous pourrions consacrer avec M. Després à une discussion stérile. Je répète que, pour moi, la règle immuable est qu'il ne faut quitter le malade qu'après la réduction de la hernie. Quant à tenter immédiatement la kélotomie, c'est un droit que l'on n'a pas; et l'on est parfaitement autorisé à faire la ponction, surtout quand on songe à l'ouverture insignifiante que laisse la canule n° 1 de l'appareil Dieulafoy ou Potain dans un intestin étranglé depuis quelques heures et revenant parfaitement sur lui-même.

M. LE FORT. Je ne puis laisser passer sans protester contre elle la règle énoncée par M. Labbé. Ce serait vouloir obliger, dans certains cas, le chirurgien à élire domicile chez son client durant trois ou quatre jours.

M. DESPRÉS. J'insiste sur ce fait que lorsqu'on fait la ponction du sac, c'est dans le but de faire le taxis: or, comme dans certains cas, cette réduction est impossible, je maintiens que l'on perd absolument son temps, et qu'en malaxant ainsi un intestin, on aggrave le pronostic de la kélotomie. C'est ainsi que la statistique des kélotomies dans les hôpitaux est devenue aussi déplorable.

M. LABBÉ. Un pareil système nous amène à proscrire le simple taxis; je conviens que, pour les cas de hernies très-volumineuses, on peut attendre quelque temps; mais pour les hernies étranglées types, on devra toujours commencer par le taxis simple d'abord prolongé, et ensuite aidé de l'administration du chloroforme.

M. LE FORT. J'accepterais volontiers la règle posée par M. Labbé pour ce qui a trait à la hernie crurale. Dans ces conditions, je la crois excellente; mais je ne puis l'accepter pour les hernies inguinales.

Les conclusions de M. le rapporteur sont adoptées, à savoir le renvoi aux archives de la première observation et l'insertion au *Bulletin* de la deuxième. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 novembre 1874. — Présidence de M. PETER.

M. ANTONIN MARTIN, à propos des chorées sans lésions cérébrales, cite le fait d'un épileptique qui mourut subitement en buvant, asphyxié par l'introduction de liquides dans les voies aériennes, et chez lequel il ne trouva aucune lésion dans le cerveau, mais une anomalie de l'apophyse crista galli qui, au lieu d'être verticale, était inclinée à 45 degrés à droite. M. Martin se demande s'il n'y aurait pas quelque relation entre cette anomalie et l'épilepsie, ou toute autre névrose, la chorée par exemple, et pense qu'il serait bon, dans tous les cas, d'examiner la boîte crânienne.

M. DUROZIEZ doute que la mort, chez le malade observé par M. Martin, ait pu être occasionnée par l'introduction de liquides dans les voies respiratoires; il y avait probablement des matières solides, car chez les chevaux on a pu injecter jusqu'à trente litres de liquide dans les poumons sans déterminer la mort.

M. ANTONIN MARTIN. Le malade fut pris en buvant, d'un accès de suffocation, qui entraîna rapidement la mort.

M. GILLETTE. Normalement, l'apophyse crista galli ne présente pas toujours la même forme, tantôt elle est droite, tantôt inclinée, soit à gauche, soit à droite, tantôt bifide, et il ne faudrait donc pas, dans le cas de M. Martin, induire qu'il y a anomalie.

LECTURE

M. CHARRIER lit un mémoire sur un cas de tumeurs fibreuses multiples de l'utérus provoquant le travail et s'opposant à l'accouchement; ramollissement des tumeurs; accouchement spontané; expulsion spontanée de deux tumeurs. Guérison. (Voir plus haut.)

DISCUSSION

M. POLAILLON. Il y a une grande discussion à établir entre les corps fibreux qui s'insèrent dans le voisinage du col et ceux qui s'insèrent dans le corps de la matrice. Pour les premiers, je partage l'avis de M. Charrier, il faut attendre, car il arrive souvent que, lorsque la grossesse est à son terme et que la dilatation du col survient, ces tumeurs, si elles sont sessiles, peuvent se déplacer, et permettre au fœtus de passer. J'en ai observé un exemple remarquable dans un cas où une sage-femme sentant une partie molle, crut reconnaître une fesse et diagnostiqua une présentation pelvienne. Deux médecins appelés rompirent la poche des eaux; l'enfant mourut, et deux jours plus tard, cette femme, entrée à la Maternité, accouchait naturellement, par le sommet, d'un enfant mort putréfié. L'accouchée eut des lochies très-fétides et mourut rapidement. A l'autopsie, on trouva un corps fibreux, du volume d'une orange, inséré sur une des lèvres du col, à gauche et en arrière. Ce corps fibreux avait, pendant la vie, été pris pour une fesse, puis au moment de la dilatation du col, il s'était logé dans une des fosses iliaques, permettant ainsi le passage du fœtus. Donc ces tumeurs insérées sur le col ne sont pas un obstacle à l'accouchement, et il est prudent d'attendre.

Il n'en est plus de même lorsque le corps fibreux siége dans le fond de l'utérus, car alors il augmente pendant la grossesse, n'est pas susceptible de se déplacer pour se loger dans une des fosses iliaques; ou bien s'il se pédiculise, il bouche l'orifice utérin. C'est dans ces cas là que l'avortement est indiqué, soit par la ponction de l'œuf, soit par le ballon dilatateur, soit par tout autre moyen.

En terminant, je citerai l'exemple d'une femme présentant, pendant sa grossesse, un corps fibreux très-volumineux. Au cinquième mois, un avortement spontané eut lieu, et à partir de ce moment, la tumeur disparut peu à peu.

M. CHARRIER. J'ai bien eu soin de faire la distinction entre les tumeurs pédiculées et les tumeurs sessiles, immobiles, et faisant saillie dans l'orifice. La tumeur observée par M. Polaillon était grosse comme une orange, la mienne comme un œuf d'autruche, et elle dilatait la vulve au point de pouvoir être prise pour la poche des eaux.

M. POLAILLON. Dans mon observation, l'accouchement eut lieu à terme; l'enfant était vivant, et ne mourut que par suite des attouchements faits pour rompre la poche des eaux. *(A suivre.)*

NÉCROLOGIE

Boys de Loury.

M. le docteur Gillette, secrétaire général de la Société de médecine de Paris, a prononcé, au nom de cette société, le discours suivant, aux obsèques du regretté confrère dont nous avons annoncé la mort et les funérailles dans notre dernier numéro.

Messieurs, interprète des regrets unanimes de la Société de médecine de Paris, je viens, en son nom, adresser un dernier adieu au collègue savant et modeste, à l'un des hommes dont elle s'honore le plus et qu'elle s'enorgueillit avec juste raison, d'avoir eu pour président et pendant dix-sept années pour secrétaire général.

Né en 1802, Boys de Loury reçut le diplôme de docteur en médecine en 1831. Quelques années plus tard, il était nommé chirurgien en chef de Saint-Lazare, fonctions qu'il exerça pendant quarante ans avec une ardeur infatigable qui depuis longtemps lui avait attiré l'affection de ses élèves et mérité l'estime de l'administration hospitalière à laquelle il était attaché; il inspirait même, par sa dignité personnelle, un profond respect à ces femmes sans retenue qui, malgré elles, étaient dominées par la présence d'un chef de service dont elles savaient ainsi apprécier la bienfaisance.

En 1842 eut lieu le terrible accident du chemin de fer de la rive gauche : Boys de Loury fut choisi par le préfet, qui l'envoya immédiatement prodiguer ses soins aux nombreuses victimes, et sa conduite, en cette occasion, lui valut la croix de la Légion d'honneur.

Six ans après, pendant la révolution de 1848, l'hospice de Saint-Lazare ayant été transformé en ambulance, Boys de Loury ne recula, pour faire son devoir, ni devant les fatigues, ni devant les dangers; il reçut les félicitations des représentants du peuple délégués près de l'ambulance qui venaient lui offrir une médaille honorifique.

Il était alors chirurgien-major de la garde nationale, et, dans une circonstance qu'il faut rappeler, il dut la vie à son sang-froid et à son habileté chirurgicale.

Tombé entre les mains des insurgés, l'un d'eux le mit en joue en lui déclarant que c'en était fait de lui, s'il n'avait, dans quelques instants, retiré la balle qu'un de ses camarades venait de recevoir dans la main. Le projectile fut extrait, et le prisonnier s'en alla sain et sauf.

Durant les deux siéges de Paris, Boys de Loury ne quitta pas son poste un seul instant, malgré son âge avancé, malgré les atteintes

d'un mal qui devait bientôt l'enlever à ses nombreux amis, et pendant les cruelles journées de la Commune, sans se préoccuper du danger qui le menaçait, et, n'écoutant que son cœur, il se prodiguait pour protéger les prêtres poursuivis, parmi lesquels nous nommerons M. Lamazou, vicaire à la Madeleine.

Il s'est principalement distingué comme médecin légiste, fut désigné pour faire les rapports dans plusieurs affaires judiciaires du plus haut intérêt, et dès sa fondation, la Société de médecine légale, l'accueillait dans son sein.

Mais ce que je veux rappeler surtout ici, messieurs, ce sont les liens intimes qui unissaient étroitement Boys de Loury à la Société de médecine de Paris. Déjà l'un de ses membres depuis quelques années, il fut nommé secrétaire général en 1849, et vous savez bien mieux que moi avec quel zèle, quelle aménité pour tous, quel succès, quelle modestie il a rempli ses fonctions jusqu'en 1866, époque à laquelle la société ne crut mieux faire, pour récompenser ses services, que de l'appeler à la vice-présidence.

Sans insister ici (nous réservant de le faire plus tard) sur tous les travaux, les communications diverses et les nombreuses réformes administratives dont il a doté la société, je ne dois pas passer sous silence un de ses titres de gloire, celui d'avoir établi l'excellent usage, adopté depuis par toutes les réunions savantes et par l'Académie de médecine, qui consiste à rendre un compte sommaire des travaux de la société, pendant l'année qui vient de s'écouler.

Écrivain anonyme d'excellents articles scientifiques, il a publié, entre autres, un mémoire sur la *Syphilis infantile*, en collaboration avec M. Devergie; une étude sur les *Chancres du col*, avec planches dessinées par lui, qui a reçu une récompense académique ; une autre étude sur *les Ulcérations du col de l'utérus*, en collaboration avec M. le docteur Costilhes; enfin un mémoire sur les *Accidents produits par la rétention des matières fécales*, qui fut favorablement accueilli de plusieurs sociétés savantes d'Amérique avec lesquelles notre collègue se plaisait à entretenir des relations : ce dernier travail fut presque en entier traduit en anglais.

Depuis quelques années, une affection grave et douloureuse le tenait éloigné de nos séances : souffrant et affaibli, il n'a pris conseil que du sentiment du devoir qui, chez lui, suppléait à ses forces défaillantes et jusqu'à sa dernière heure, il remplit la mission que, plus jeune il avait reçu de l'administration, en ne manquant pas un seul jour de se rendre à son service d'hôpital.

Une opération, suivie de succès, avait permis à Boys de Loury, d'espérer qu'il serait encore conservé à nos sympathies, mais hélas! le mal fit de nouveaux et rapides progrès et cette fois devint fatal : Boys de Loury ne l'ignorait pas, et avec le calme du sage et de l'homme de bien, il en envisageait l'issue prochaine et attendait avec résignation.

Adieu, cher et regretté collègue, votre nom s'attachera désormais aux destinées d'une société que vous avez tant aimée et votre souvenir restera à jamais gravé dans nos cœurs !

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un de nos confrères les plus aimés et les plus estimés, M. le docteur Auguste Belin, ancien interne des hôpitaux, ancien médecin des bureaux de bienfaisance et de la Société philanthropique, praticien très-répandu, et qui s'était acquis, surtout dans ces dernières années, une réputation très-justifiée comme accoucheur. M. Belin avait fait longtemps un enseignement très-suivi sur la pratique des accouchements. Il est regrettable que ses occupations de praticien ne lui aient pas laissé le temps de rédiger les notes et de recueillir les souvenirs de sa grande pratique et de sa profonde expérience en matière d'accouchements.

M. Belin succombe, à un âge peu avancé, aux fatigues excessives de sa profession, qu'il exerçait avec un zèle et un dévouement au-dessus de tout éloge. Il sera vivement regretté du corps médical de Paris, dans lequel il comptait beaucoup d'amis très-sincères.

Les obsèques auront lieu demain mardi, 12 janvier, à midi précis, à l'église Saint-Sulpice. On se réunira à la maison mortuaire, rue du Four, 25.

— Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Auguste Cavasse, ancien interne des hôpitaux de Paris. Notre regretté confrère, dont le nom a été attaché à la création de l'*Année médicale*, est mort, au Cannet, près de Cannes, à l'âge de quarante-et un ans.

— La séance annuelle de la Société de chirurgie aura lieu le mercredi 13 janvier, à trois heures et demie.

Ordre du jour : 1° allocution de M. Perrin, président. — 2° Compte rendu des travaux de l'année 1874, par M. de Saint-Germain, secrétaire annuel. — 3° Éloge d'Huguier, par M. F. Guyon, secrétaire général. — 4° Proclamation des prix pour l'année 1874.

— M. le docteur Desmarres recommencera ses leçons cliniques sur les maladies des yeux le mercredi 13 courant. Les leçons seront continuées les mercredis et vendredis suivants de une heure et demie à deux heures et demie, rue Hautefeuille, n° 8.

Traité de thérapeutique médicale, par M. A. Ferrand, médecin des hôpitaux de Paris. — 1 vol. in-12 de 848 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, 1875, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 5. — JEUDI 14 JANVIER 1875. 48e ANNÉE. JEUDI 14 JANVIER 1875. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il est des académiciens qui feraient bien de charger quelque obligeant confrère du soin de lire, en leur nom, leurs travaux, car ils ont la voix si peu distincte, lorsqu'ils font eux-mêmes une lecture, qu'à vrai dire c'est du temps perdu pour tout le monde : on n'entend rien. A peine a-t-on pu saisir le titre d'un mémoire communiqué à la tribune par M. Giraldès, et dont il n'a pas laissé le texte dans le bureau du secrétariat.

Depuis longtemps déjà, M. Davaine a trouvé dans M. Colin un adversaire redoutable, qui veut exercer son contrôle sur ses expériences et ses explications. Cette fois il s'agit de l'iode, considéré par M. Davaine comme un agent thérapeutique capable d'enrayer une septicémie.

Voici sur quel fait cette théorie était basée. Lorsqu'on a recueilli au fond d'un verre de montre une gouttelette de sang septicémique, si l'on y ajoute un peu d'iode, ce sang, qui sans iode aurait tué les animaux auxquels on l'eût inoculé, devient bientôt inoffensif.

Mais est-ce par suite d'une action qui puisse s'exercer sur l'animal vivant? M. Colin s'attache à prouver le contraire.

Suivant lui, l'iode, en pareil cas, au fond du verre de montre, agit tout simplement comme un destructeur, en vertu de ses affinités chimiques. S'il décompose les virus, c'est parce qu'il peut décomposer tous les éléments organiques, en se combinant avec eux. Il n'a pas d'action élective. Il faudrait donc, pour qu'il atteignît tous les éléments septicémiques dans les système circulatoire d'un animal infecté, l'y introduire en quantité suffisante pour y tuer tout ce qui peut y avoir vie.

Ce n'est pas là certainement ce qu'on peut nommer un agent thérapeutique. Dr Victor REVILLOUT.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. SAPPEY.

Du système lymphatique (1).

(Leçons recueillies par M. le docteur A. BROCHIN.)

II.

Messieurs, dans la précédente leçon, je vous ai décrit les origines réelles des vaisseaux lymphatiques ; nous allons maintenant étudier leurs connexions avec le système vasculaire sanguin.

2° *Connexions du système lymphatique avec le système vasculaire sanguin.* — Pour démontrer l'existence de la communication de ces deux systèmes, je m'appuierai sur des faits empruntés à l'anatomie, à la physiologie, à l'anatomie pathologique, et enfin à la pathologie elle-même. Nous aurons donc quatre ordres de faits à passer en revue.

Faits empruntés à l'anatomie. — 1° En examinant les papilles du derme sur la patte d'un chien ou sur le derme sous-unguéal du cheval, on aperçoit sur le contour des capillaires sanguins des saillies qui se détachent comme des épines ; ces épines, dont le diamètre ne dépasse pas 2 millimètres, ne sont autre chose que les capillicules lymphatiques que je vous ai précédemment décrits.

2° Une solution concentrée de carmin injectée assez rapidement dans le système artériel passe aussitôt dans le réseau des lacunes et des capillicules, et donne aux granulations qui y sont contenues une teinte rouge foncé. Le carmin pénètre aussi dans le tronc central des papilles et dans ses affluents. Lorsque l'injection est bien faite, le liquide passe exclusivement dans les capillicules lymphatiques. Autour du réseau des lacunes et des capillicules, des capillaires et des troncs, on n'observe pas la moindre coloration, ce qui prouve qu'il n'y a pas eu de transsudation. Celle-ci ne se produit que lorsque le liquide est injecté en trop grande quantité.

Faits empruntés à la physiologie. — 1° Tous les chimistes ont été frappés de l'analogie, je dirai même de l'identité de constitution du plasma de la lymphe et du plasma du sang. Les deux plasma présentent la même composition, les mêmes propriétés, la même fluidité et la même coagulabilité. Tous les deux se coagulent sous l'influence de la chaleur ; leur coagulation est due alors à l'albumine qu'ils contiennent. L'un et l'autre aussi se coagulent à l'air libre et sont redevables de ce mode de coagulation à la fibrine.

Le caillot de la lymphe est constitué par la fibrine, englobant dans ses mailles les cellules lymphatiques, et le caillot du sang par la fibrine à laquelle se mêlent les globules rouges. Cette analogie de constitution ne prouve-t-elle pas de la façon la plus évidente que le plasma de la lymphe et celui du sang ne sont qu'un seul et même liquide? Si l'on considère comme indépendants les capillaires lymphatiques et sanguins, il est difficile de se rendre compte d'une si remarquable analogie de composition et de propriétés. Dès que

(1) Voir le numéro du 31 décembre 1874.

leur communication est démontrée et admise, on comprend sans peine la presque identité des deux liquides.

2° Le cours de la lymphe est presque aussi rapide que celui du sang veineux. Comment peut-on expliquer cette rapidité du cours de la lymphe avec la théorie qui veut que le système lymphatique soit fermé à son origine? Elle s'explique, au contraire, tout naturellement si l'on admet la communication des deux systèmes. La lymphe étant soumise aux mêmes influences que le sang veineux, c'est-à-dire à la contraction du ventricule gauche, à l'élasticité et à la contractilité des artères; elle chemine comme le sang, dans les capillaires et les troncs, sous l'influence de la *vis a tergo*.

Si les faits que je viens d'invoquer ne suffisent pas à eux seuls pour démontrer l'opinion que je défends, on conviendra du moins qu'ils plaident fortement en sa faveur.

Faits empruntés à l'anatomie pathologique. — Parmi les faits de cet ordre, j'en mentionnerai seulement trois :

Le premier a trait à un malade qui fut opéré, en 1864, par Nélaton. Cet homme était atteint d'une affection du scrotum, caractérisée par une énorme dilatation des vaisseaux lymphatiques.

Je pus examiner le scrotum et soumettre à l'examen microscopique la lymphe que contenaient les vaisseaux dilatés; elle renfermait une grande quantité de globules rouges. L'énorme dilatation de tout le réseau lymphatique de la peau avait eu pour résultat la dilatation consécutive des orifices par lesquels les capillicules s'ouvrent dans les vaisseaux sanguins; et à la suite de l'élargissement progressif de ceux-ci, les globules rouges avaient passé sans difficulté d'un ordre de capillaires dans l'autre.

Le second fait a été publié par M. Camille Desjardins. Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, qui présentait, dans la région inguinale, une dilatation variqueuse du réseau lymphatique.

Au-dessous du pli de l'aine se trouvaient quatre vésicules analogues rappelant l'aspect des phlyctènes. Lorsque la malade piquait une de ces vésicules, il s'établissait un écoulement continuel de lymphe qui, après un certain temps, devenait sanguin. Un jour même, dans le but de se faire une saignée, elle piqua la plus grosse de ces vésicules et détermina ainsi une véritable hémorrhagie qui ne dura pas moins de quarante-huit heures, et dont on eut quelque peine à se rendre maître; elle ne perdit pas moins de cinq kilogrammes de lymphe et de sang.

La malade renouvela ces piqûres un grand nombre de fois devant des médecins, et chaque fois l'écoulement lymphatique fut suivi d'écoulement sanguin.

J'examinai cette lymphe; elle renfermait une certaine quantité de globules rouges dont M. Gubler et M. Robin ont pu aussi constater la présence.

Le troisième fait est relatif à un homme de quarante ans qui était atteint d'une affection chronique du scrotum à la suite de laquelle les vaisseaux lymphatiques de cette région s'étaient aussi dilatés. En explorant le réseau lymphatique de l'enveloppe scrotale, j'y rencontrais un très-grand nombre de globules sanguins normaux et des cellules lymphatiques de deux ordres, les unes offrant leurs dimensions et tous leurs attributs ordinaires, les autres présentant un diamètre considérable (10 à 12 millimètres). Ces grosses cellules contenaient, indépendamment de leur noyau, une notable quantité de liquide, auquel elles empruntaient la prédominance de leur volume, plus considérable que celui des globules rouges. Sur une foule de points elles se rangeaient en série linéaire; ce sont elles qui semblent avoir présidé à la dilatation des orifices de communication.

Faits empruntés à la pathologie. — Les faits de ce quatrième ordre ont une extrême importance au point de vue de la question qui nous occupe.

Vous voyez, représentée sur ce dessin, une papille du dos de la main. Les papilles sont toujours peu développées dans cette région. Mais ici, à la suite d'un panaris qui avait donné lieu à un gonflement considérable de la main et de l'avant-bras, elles avaient acquis des dimensions telles que leur volume était décuplé; la peau, par places, n'avait pas moins de 5 à 6 millimètres d'épaisseur. L'anse vasculaire sanguine de chaque papille était formée par un capillaire dilaté et rempli de globules rouges juxtaposés et superposés. Les globules blancs mêlés à ceux-ci n'étaient pas plus nombreux qu'à l'état normal, c'est-à-dire qu'il y en avait un pour trois à quatre cents globules rouges; le tronc lymphatique central de chaque papille était aussi très-dilaté et contenait une grande quantité de cellules lymphatiques. Les capillaires lymphatiques et le réseau des lacunes et des capillaires présentaient la même augmentation de volume et se trouvaient remplis aussi d'innombrables cellules. Dans toutes les inflammations légères ou intenses superficielles ou profondes, aiguës ou chroniques, le système lymphatique des papilles et tout le réseau lymphatique du derme subissent des modifications semblables ou analogues; ce réseau est plus ou moins apparent, plus ou moins dilaté, mais revêt toujours le même aspect. Sous l'influence de l'inflammation, le réseau des lacunes et des capillicules se modifie; il n'est plus formé de cavités tour à tour plus étroites et plus larges; il représente alors un plexus extrêmement compliqué dont toutes les parties sont régulièrement calibrées.

Les auteurs modernes admettent, avec Cohnheim, que dans l'inflammation on voit les globules blancs se collecter un grand nombre dans les capillaires sanguins, et d'autres se déposer autour de ceux-ci. Ils admettent en outre que ces derniers étaient d'abord intra-valvulaires, et qu'ils ne sont arrivés au dehors qu'après avoir traversé les parois des vaisseaux. C'est à cette migration des globules blancs à travers les parois des capillaires sanguins qu'on a donné le nom de *diapédèse*. Cette théorie est admise par MM. Charcot, Vulpian et Hayem; elle a été très-fortement combattue par M. Duval. Tous les faits pathologiques que j'ai observés viennent aussi la démentir. M. Renaut, qui a étudié les ulcérations des vaisseaux de la peau dans l'érysipèle, et qui admet également la théorie de la diapédèse, insiste sur ce fait que les globules blancs extra-vasculaires sont toujours en rapport avec les vaisseaux sanguins. Ce langage est celui d'un bon observateur, mais d'un observateur qui n'a vu qu'une partie de la vérité. Les globules blancs qu'il a vus sur le pourtour des capillaires sanguins ne provenaient pas de la cavité de ces vaisseaux. Dans leur cavité il n'y a que des globules rouges; les leucocytes sont tous extra-vasculaires par rapport aux vaisseaux sanguins; mais ils ne sont pas libres; ils sont contenus dans l'intérieur des vaisseaux lymphatiques. Le système lymphatique de la papille, extrêmement dilaté dans toutes ses parties, en est complétement rempli. Les globules blancs qu'on a cru voir autour des capillaires sanguins, et qu'on a considérés comme provenant de ceux-ci, n'en provenaient donc nullement; ils avaient pris naissance dans les vaisseaux lymphatiques et avaient conservé leur siége habituel.

Mais, dira-t-on, si l'on admet comme démontrée cette communication entre les deux systèmes sanguin et lymphatique, ce dernier ne sera donc plus qu'une dépendance du premier? et

que devient alors la propriété absorbante qui lui est généralement attribuée? Sans nier cette propriété, je la considère comme un attribut secondaire des vaisseaux lymphatiques; ceux-ci ont pour fonction principale de produire les éléments solides du sang. Il y a trois ordres de capillaires: les capillaires lymphatiques, dans lesquels se forment ces éléments solides; les capillaires pulmonaires, dans lesquels s'achève leur évolution et où ils changent d'aspect en s'appropriant l'hématosine ou matière colorante du sang, et enfin les capillaires généraux, dans lesquels ils cheminent pendant un certain temps jusqu'au moment où ils s'y détruisent près du lieu qui les a vu naître.

Il nous reste maintenant à parler des organes qui sont dépourvus de vaisseaux lymphatiques.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Jules SIMON.

Suppression prématurée du drain dans deux cas de pleurésie suppurée. — Guérison.

A quelle époque doit-on enlever le drain d'une fistule pleurale?

Doit-on attendre indéfiniment la diminution de l'écoulement, son changement d'aspect, son apparence plus aqueuse? N'y a-t-il pas avantage, au contraire, dans les cas à marche essentiellement chronique, à retirer le drain au bout de un à deux mois, même avant les indications classiques? C'est cette dernière proposition que je vais chercher à démontrer. Deux observations vont me fournir les éléments du procès.

OBS. I. — M... (Alphonse), entre le 1er décembre 1873, salle Saint-Ferdinand, nº 14, pour une fistule spontanément formée au côté gauche de la poitrine vers le tiers antérieur du cinquième espace intercostal. Il était alors âgé de trois ans et demi, avait le teint pâle, l'air souffreteux. La première pensée qui nous vint à l'esprit fut qu'il était atteint d'ostéopériostite des côtes du voisinage. Mais un examen plus attentif nous permit de constater qu'il s'agissait, au contraire, d'une pleurésie suppurée, dont le pus s'était fait jour à travers le cinquième espace intercostal gauche. Jusqu'ici les renseignements nous manquaient. Les parents, appelés à nous en donner, nous mirent au courant de l'évolution de la maladie, et notre diagnostic se trouva confirmé de point en point.

L'enfant, d'après leur dire, avait été atteint, chez eux, de point de côté, de fièvre et de difficulté de respirer, à la date du 29 mars 1873. On l'avait soigné pour une affection de poitrine, et deux mois après une voussure se formait et s'ouvrait au-dessous du mamelon gauche en donnant issue à un bol de pus. L'enfant, bien soulagé, demandait à se lever et ne gardait plus le lit depuis cette époque. Pendant les six mois qui précédèrent son entrée, l'enfant, tout en restant pâle et très-affaibli, se levait et mangeait. Mais, comme il perdait une grande quantité du pus, il portait l'empreinte de la plus profonde anémie. C'est donc dans ces conditions qu'il nous fut confié. Tous les faits antérieurs nous sont étrangers, et nous ne les connaissons que par la narration de la famille. Quoi qu'il en soit d'ailleurs, à la date d'admission à l'hôpital, le 1er décembre 1873, l'enfant était bel et bien atteint d'une fistule pleurale qui laissait écouler une assez grande quantité de pus d'assez bonne nature et sans odeur de fétidité. La sortie naturelle du pus se faisait irrégulièrement. Un jour elle était abondante, le lendemain elle l'était beaucoup moins, par suite de la fermeture à peu près complète du trajet fistuleux. Inutile d'ajouter que les signes des épanchements pleuraux augmentaient ou diminuaient avec ces variations de l'écoulement purulent. Il était indiqué d'intervenir. C'est ce que nous fîmes. A l'aide d'un drain introduit et fixé à demeure dans la fistule, qui avait été préalablement dilatée au moyen de laminaire arrondie, nous instituâmes un traitement classique par les lavages alcooliques, iodés, mitigés, gradués ou simples suivant les indications.

Le drain n'avait qu'une ouverture externe, et une interne dans l'abcès. Il ne traversait pas la paroi en deux points. Ces pansements furent exactement faits à la visite du matin et du soir; on modifia, bien entendu, les doses d'alcool et d'iode comme il paraissait le plus convenable. La suppuration continua, mais elle changea d'aspect, devint moins crémeuse. L'enfant prit de l'embonpoint et de la gaieté. En un mot, on vit apparaître les symptômes les plus favorables. Il était permis d'espérer la guérison en quelques mois. La matité baissait, diminuait d'étendue; l'abcès pleural se circonscrivait dans le rayon le plus rapproché de l'ouverture fistulaire; tout semblait présager une solution dans un délai relativement assez court, deux ou trois mois, par exemple. Il n'en fut rien. L'enfant passa ainsi tout l'hiver de 1874, atteignit l'été sans notables changements. Il était, certes, beaucoup moins délicat. Ses joues se coloraient, son appétit et son sommeil étaient excellents, mais il était tourmenté de temps à autre par un peu d'abattement, un léger mouvement fébrile nocturne, puis on voyait le pus augmenter et sortir avec violence comme s'il avait été de nouveau accumulé derrière l'ouverture fistulaire. J'ajoute que le drain, long de 5 à 6 centimètres, était lavé, débouché, matin et soir, par le courant des injections, et que ces recrudescences dans la suppuration et ces retours fébriles ne trouvaient leur explication dans aucune circonstance appréciable. Inutile de dire que l'enfant était soumis à un régime fortifiant, qu'on lui administrait simultanément de l'huile de foie de morue, du vin de quinquina, du phosphate de chaux. Pendant la saison d'été, juillet et août, considérant cette affection ancienne déjà comme un abcès enkysté de la plèvre, j'y ajoutai des bains sulfureux, un à deux par semaine.

Eh bien, le croira-t-on, malgré les injections, la belle saison, le traitement tonique et tous les soins dont nous l'entourions, il restait toujours dans le *statu quo*. L'état général était excellent, mais le pus ne cessait point. On pouvait en évaluer la quantité à 100 grammes environ par jour.

Nous en étions là les premiers jours de septembre dernier, quand nous eûmes l'idée, inspirée par un autre fait clinique, que nous publions plus loin, de supprimer le drain, de ne plus faire d'injections, et de laisser seulement une petite mèche dans la fistule. Nous nous étions livrés à des recherches minutieuses dans le trajet fistuleux en vue de constater l'état des côtes du voisinage dont l'altération aurait pu entretenir cette suppuration. Les résultats furent négatifs. Les côtes nous parurent saines. Aussi l'enfant se leva-t-il comme d'habitude, et sa fistule fut recouverte par un pansement simple.

En trois semaines la suppuration diminua d'une manière régulière, et un mois après cette décision l'enfant était complétement guéri. Aujourd'hui, 8 décembre 1874, la guérison ne s'est pas démentie un seul instant. La fistule est sèche, bien fermée, déprimée, solide, résistante. La poitrine, revenue sur elle-même, offre de la submatité dans le voisinage de la fistule vers le côté externe et la paroi postérieure. Mais, à la façon dont on entend le murmure respiratoire, il est clair que l'épanchement a disparu et que des fausses membranes seules en voilent un peu les caractères normaux.

L'enseignement à tirer, ce me semble, de cette observation, c'est que nous aurions pu continuer nos lavages indéfiniment, et que la suppuration aurait été entretenue par le drain et par le décollement que nous produisions à chaque pansement. Nous cherchions un guide, un indicateur dans la suppuration, et nous en étions la cause involontaire. Pour supprimer le drain et les lavages, nous voulions y être autorisé par une diminution de l'écoulement purulent, et surtout par un aspect plus aqueux de ce liquide. Aucun de ces caractères ne se présentait d'une même manière continue et engageante. Pendant un à deux jours, le pus paraissait moins abondant, puis, sans cause connue, on le voyait augmenter de nouveau, s'épaissir comme si une cause qui nous échappait en entretenait la source. C'est pour ces motifs que, l'enfant étant préalablement endormi au chloroforme, nous explorâmes le trajet fistuleux avec le plus grand soin. Quand il nous fut démontré que les côtes étaient saines, nous nous décidâmes à laisser les

choses en l'état sans intervenir, sans nous en occuper pour ainsi dire. Bien nous prit, comme cette observation le prouve. Aurions-nous mieux agi en retirant plus tôt le drain du trajet fistuleux? Je n'hésite pas aujourd'hui à l'affirmer, par l'expérience que j'ai acquise sur ce point, et comme le démontrera l'observation qui va suivre.

Dans les mêmes circonstances, je tenterai une autre fois de supprimer le drain au bout d'un mois ou deux au plus. En ayant soin, comme j'ai eu la précaution de le faire, de laisser une petite mèche dans la plaie, on ne s'expose, en somme, à aucune complication. Si la matité remonte, si l'épanchement pleural paraît s'étendre, c'est que l'issue du pus est incomplète, alors on revient à la dilatation de la fistule par la laminaire, et à une nouvelle introduction d'un tube en caoutchouc. Puis on en est quitte pour recommencer au bout de quinze jours, trois semaines, à tenter la suppression du drain. Il y a, enfin, une affaire d'observation et de tâtonnement, bien plus qu'un plan bien arrêté par les données exactes de la science.

La deuxième observation que je rapporte ici dans les termes les plus brefs en fournit une éclatante confirmation.

Obs. II. — Le 9 juin 1874, je fus appelé à donner des soins à un jeune homme d'origine anglaise, âgé de seize ans, maigre et d'une physionomie fort peu rassurante pour son avenir.

Il me raconte que, en dépit des médecins qui le traitèrent, il ne voulut point se soumettre il y a six mois à une opération proposée pour retirer de sa plèvre le liquide purulent qu'elle contenait, et que, par peur de cette ponction ou par tout autre motif, il se rendit dans le midi de la France où il passa l'hiver dernier. Peu de jours après son arrivée à Nice, une voussure se produit au côté gauche de la poitrine, un flot de pus jaillit plus tard à travers la peau amincie. Cette fistule persista pendant trois mois, puis elle se ferma à peu près complétement.

Trois semaines après, une nouvelle fistule se formait de la même façon, un peu plus haut, suppurait pendant deux mois environ, donnant, comme la première, de 150 à 200 grammes de liquide par vingt-quatre heures, puis se fermait spontanément.

Le 9 juin 1874, quand je le vis pour la première fois, ce jeune homme avait la poitrine tout aplatie à gauche, du côté des fistules, qui étaient sèches, taries et résistantes. A la percussion, il existait une matité absolue, qui occupait une hauteur périphérique de 12 à 15 centimètres, et, à ce niveau, la respiration faisait défaut, pendant que l'expiration était soufflante, prolongée, douce, et qu'une broncho-ægophonie complétait le tableau. D'ailleurs, point de vibration thoracique. Les sommets étaient sains et le poumon droit indemne. Le cœur battait sous le sternum et dans le côté droit de la poitrine. En outre, et c'était là le sujet de préoccupation de mon jeune Anglais, une troisième voussure venait d'apparaître depuis six jours dans le troisième espace intercostal gauche (les autres s'étaient formées dans le sixième et le cinquième). Cette tumeur arrondie, fluctuante, lisse, réductible, augmentant et diminuant avec le jeu de la cage thoracique, longeait le sternum et présentait le volume d'une pomme d'api. Il était clair qu'il s'agissait d'un nouvel abcès pleural. Je proposai l'ouverture immédiate. On s'y refusa.

J'appliquai, le lendemain, de la pâte de Vienne. Grâce à ce subterfuge, une ouverture large et bien égale donna issue, le lendemain, à 400 grammes de pus. Je dilatai le canal avec un morceau de laminaire, puis deux jours après, je fis introduire une bougie élastique dans la profondeur de 16 centimètres, mais comme le chemin était tortueux, je ne pus aussi facilement faire pénétrer un tube en caoutchouc de cette longueur. Il était toujours arrêté à 4 centimètres de l'orifice fistulaire par des brides, qui saignaient volontiers. Dès lors, je tournai la difficulté. J'introduisis une bougie filiforme, puis je m'en servis comme d'un conducteur en glissant le drain, préalablement traversé par le bout resté libre de la bougie. J'arrivai ainsi dans les profondeurs de la plèvre; je la lavai deux fois par jour avec de l'eau chaude chargée au quinzième d'alcool camphré.

Le pus changea d'aspect, devint moins épais, moins abondant, la fièvre tomba, et peu à peu on vit renaître l'embonpoint. Le cœur se rapprocha de la ligne médiane, occupa moins d'espace dans le côté droit de la poitrine.

Commencés le 12 juin, les lavages ne présentèrent aucune particularité jusqu'au 18 du même mois. Ce jour-là, vers dix heures du matin, je lui fis moi-même l'inspection, et grande fut ma frayeur quand, le liquide étant poussé, je vis le malade perdre connaissance, tomber de la chaise sur laquelle il était assis, et s'agiter comme un épileptique, avec cette différence pourtant que les mouvements convulsifs n'avaient point été précédés de contracture. Cette convulsion, généralisée à tous les muscles, était néanmoins plus prononcée à gauche, du côté malade. Au bout de trois minutes, le jeune homme reprit ses sens et tout fut terminé. On continua le même traitement, et le drain resta toujours dans la fistule.

En quinze jours, les forces reviennent d'une manière surprenante, le pus diminue, mais enfin la source n'en est point tarie. La matité de la poitrine se circonscrit, le cœur est moins éloigné. Comme la longueur de la fistule est considérable, je n'ose enlever le drain. En vue de m'assurer de l'état des choses, je fais des explorations qui me semblent indiquer un resserrement de la région parcourue; mais enfin, je n'ai point de guide certain qui me permette de laisser la fistule se fermer en l'abandonnant à elle-même, en la débarrassant du drain.

J'en étais là le 21 juillet, un mois et demi après le début de mon traitement actif, quand je voulus me servir d'un autre procédé pour la mensuration de l'abcès pleural.

Je fis, à l'aide d'une seringue graduée, une injection d'eau tiède, qui me permit de constater que je pouvais encore introduire près de 200 grammes de liquide. Au moment où je terminai cet examen, et où le liquide injecté sortait avec force par l'ouverture du drain, mon malade fut pris des mêmes accidents alarmant que le 18 juin : perte de connaissance, convulsions surtout à gauche, puis résolution, le tout pendant trois minutes environ. Il reprit connaissance comme la première fois; mais à partir de cette seconde alarme, il ne voulut plus faire d'injection.

Je résolus alors de lui ôter son drain. Je le fis progressivement. 1 centimètre par jour était coupé tous les matins, malgré la suppuration persistante, évaluée encore à 60, 80 et 100 grammes par vingt-quatre heures, ce qui ne me rassurait guère sur les résultats de ma décision un peu forcée. Je continuai néanmoins à couper le tube jusqu'au bout, et en quinze jours, le malade voyait la suppuration se limiter à 30 grammes à peu près, puis à une à deux cuillerées à café, puis le tube étant définitivement enlevé, le 7 août suivant, la fistule se fermait, et une belle et bonne cicatrice déprimée adhérente marquait le point où elle avait existé.

Depuis ce 7 août, je n'ai cessé de voir ce malade à des intervalles plus ou moins éloignés.

Le 29 novembre dernier, c'est-à-dire quatre mois après la cessation de tout traitement, je l'ai examiné avec le plus grand soin. Les cicatrices ne se sont plus ouvertes. La poitrine vibre sous la main, la respiration reste un peu voilée dans la région autrefois atteinte, la percussion permet de constater de la submatité. Le timbre de la voix n'est plus altéré. En somme, l'épanchement ne s'est point reproduit.

Ici, j'ai retiré le drain, contre mon gré, plus tôt que je ne l'aurais voulu. L'impatience du malade m'a forcé la main. Bien que les événements aient prouvé qne j'avais été trop timoré, je pense qu'il valait mieux encore, dans un cas semblable, redoubler de prudence. Cependant j'ignorais l'époque à laquelle je me serais décidé à enlever le tube, puisque la suppuration, tout en diminuant, me paraissait nécessiter des lavages simples ou stimulants. Voilà l'écueil. Il arrive un moment où le décollement des parois pleurales par les lavages répétés, où la présence du drain continuent à donner le change en entretenant la suppuration qu'on veut tarir.

Comment décider qu'on a atteint ce résultat? Je pense, comme je l'ai déjà dit plus haut, qu'au bout de deux mois on est auto-

risé à s'abstenir. Il faut, après avoir relevé le drain, se ménager l'entrée de la fistule par une petite mèche.

La suppuration continue-t-elle avec une grande abondance; l'épanchement pleural reprend-il ses dimensions, eh bien, on revient aux premières manœuvres, à la dilatation, au drain et aux lavages. Puis on tente de nouveau la bonne fortune au bout de deux à trois semaines.

Je ne parle pas ici des cas favorables dans lesquels on voit la suppuration diminuer graduellement, pendant que la percussion et l'auscultation permettent de suivre le retrait de l'abcès pleural. Le problème alors ne souffre aucune difficulté, L'indication est formelle. Il faut enlever le drain. C'est même le phénomène qu'on attend toujours, à tort selon moi, pour arriver à la suppression du tube et des injections. Fort de mes deux observations précédentes, je pense que les lavages doivent être suspendus beaucoup plus tôt, même au moment où la suppuration reste encore assez abondante. Au bout de un à deux mois, s'il n'existe plus ou point de fétidité dans le liquide purulent, il faut cesser ces pratiques, qui retardent la formation des adhérences pleurales.

Personne, je le pense, ne peut se méprendre sur la portée de mes réflexions. Je n'entends point donner une époque fixe déterminée par avance. Je veux seulement attirer l'attention des praticiens sur un fait qui me paraît avoir de l'importance, à savoir : qu'on peut retirer le drain et cesser les injections dans un abcès pleural beaucoup plus tôt qu'on ne semble le croire; qu'en tout cas, il n'y a nul danger, aucun inconvénient même à faire ces tentatives, et qu'on peut, au contraire, attendre ainsi un résultat favorable dont l'échéance se trouvait, selon toutes probabilités, encore fort éloignée.

Tel est le point de vue pratique que je me suis efforcé de mettre en relief dans les deux observations précédentes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 janvier 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département des Basses-Pyrénées pendant l'année 1873.

2° Le rapport final de M. le docteur Prevost, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Hazebrouck sur une épidémie d'angine couenneuse et de croup qui a régné dans la commune de Vallon (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Félix Guyon, secrétaire général de la Société de chirurgie, qui informe l'Académie que la société tiendra sa séance annuelle le mercredi 13 du courant, à trois heures et demie.

2° Une lettre de M. le docteur Bertillon, qui se porte comme candidat pour la section d'hygiène.

3° Une lettre de M. le docteur Chéreau, qui se porte candidat au titre de membre associé de l'Académie.

4° Une lettre de M. le docteur Mandon, professeur suppléant à l'École secondaire de Limoges, qui se porte candidat au titre de correspondant national.

5° Une lettre de M. le docteur Rousseau, d'Auxerre, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté, dont le dépôt est accepté.

6° Un mémoire de M. le docteur Cazenave, de la Roche, intitulé : *Du rôle des vents océaniens dans la région sud-ouest du bassin sous-pyrénéen.*

PRÉSENTATIONS

M. Pasteur offre en hommage à l'Académie les études publiées par lui *sur la maladie des vers à soie, sur le vinaigre et sur le vin.*

M. Dumas, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, adresse l'éloge historique d'Arthur-Auguste de la Rive, lu par lui dans la séance du 23 décembre 1874.

M. Le Roy de Méricourt présente, de la part de M. E. Maher, directeur du service de santé de la marine, un ouvrage intitulé : *Statistique médicale de Rochefort.*

M. Henri Roger présente, de la part de M. Ernest Besnier, l'article *Rate* extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. Bouley présente, de la part de M. Meignin, un mémoire manuscrit sur les *Mouches inoculatrices d'humeurs virulentes.*

LECTURE

M. Giraldès donne lecture d'une note intitulée : *De la périostite phlegmoneuse diffuse.*

ÉLECTIONS

L'Académie, par la voie du scrutin, procède à la nomination d'une commission de sept membres, chargée de dresser une liste de présentations pour la place d'académicien libre devenue vacante par la mort de M. Coste.

Sont nommés : MM. Legouest, Henri Roger, Sappey, Béhier, Pasteur, Gavarret et Le Roy de Méricourt.

COMMUNICATION

M. Colin communique à l'Académie le résultat des expériences qu'il a instituées pour répondre à cette question : *L'iode est-il un agent anti-virulent ?*

Il résulte de cinq expériences faites sur des lapins que l'iode introduit dans le sang n'a nullement empêché le développement de la septicémie et ne l'a pas même retardé.

M. Bouley demande la parole, mais l'ordre du jour étant très-chargé, la discussion est remise à la séance prochaine.

RAPPORT

M. Woillez commence la lecture du rapport général sur les épidémies qui ont régné en France pendant l'année 1873. Cette lecture sera continuée dans la séance prochaine.

DISCUSSION

M. Boudet, à propos d'une épidémie qui a sévi sur la caserne de Courbevoie, et dont le rapport fait mention, demande que l'on recommande expressément aux conseils d'hygiène de province des mesures analogues à celles qui ont été adoptées par le conseil municipal de Paris, en ce qui touche les eaux d'égout et les divers résidus d'usines et de fabriques. Au lieu de les déverser directement dans le cours d'eau le plus prochain, il serait utile de les répandre sur des terrains préalablement drainés où ils se désinfecteraient et pourraient servir à l'agriculture.

M. Larrey propose d'adresser à M. le ministre de la guerre un exemplaire du rapport de M. Woillez, en appelant son attention sur l'état de la caserne de Courbevoie.

M. Depaul pense qu'avant de donner suite à ces propositions, il serait bon d'établir, par une discussion académique, l'influence, plus ou moins grande, des miasmes provenant d'égouts sur la production de maladies telles que la fièvre typhoïde. Cette influence a été niée par Andral, Rostan, etc. Rien ne prouve encore qu'elle existe. La fièvre typhoïde est une maladie très-bien déterminée qui a dans l'intestin une place spéciale, et qui ne se produit guère qu'une fois dans la vie. Il n'est pas probable qu'elle puisse être le résultat de causes banales, capables de produire également, soit des dysentéries, soit même encore d'autres affections, comme le rapport semble l'indiquer.

M. Woillez est parfaitement d'accord avec M. Depaul, sur la nécessité d'un miasme spécifique pour la genèse de la fièvre typhoïde ;

mais il pense que le fait de Courbevoie prouve l'influence des émanations des égouts sur la propagation de cette maladie.

M. LARREY fait remarquer que plusieurs autres épidémies ont été observées dans cette même caserne.

M. HUZARD, en 1832, lors du choléra, a constaté lui-même que l'épidémie avait débuté dans cette caserne dès l'instant où l'on avait ouvert les fenêtres donnant sur l'égout en question.

M. WOILLEZ ajoute que, dans la dernière épidémie, la proportion des malades décroissait à mesure qu'on montait d'étage en étage dans la partie des bâtiments faisant face à l'égout.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 novembre 1874 (1). — Présidence de M. PETER.

M. GALLARD. La question des corps fibreux implantés dans l'utérus est une question complexe au point de vue de l'accouchement. Les observations lues par M. Charrier prouvent que l'on peut attendre deux choses, le ramollissement ou bien l'expulsion de la tumeur, quand elle est implantée sur le col. Lorsqu'au contraire ces tumeurs sont situées plus haut et interstitielles, on leur attribue généralement l'inconvénient d'empêcher la grossesse d'arriver à son terme. Mais il existe une variété de tumeurs haut situées, et qui cependant sont presque indifférentes pour l'accouchement; c'est lorsqu'elles sont pédiculées du côté du péritoine, ainsi que j'en ai vu plusieurs cas. Entre ces deux points extrêmes, extrémité inférieure et corps de la matrice, les corps fibreux peuvent occuper des situations intermédiaires, qui exercent une influence différente de celle étudiée par M. Charrier.

J'ai vu à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Huguier, une tumeur fibreuse implantée au niveau de la jonction du col et du corps de l'utérus, et qui se prolongeait du côté du péritoine, entre le vagin et le rectum. Nous connaissions l'existence de cette tumeur avant la conception. M. Huguier se demanda s'il ne devait pas arrêter la grossesse. Il y eut une consultation avec des accoucheurs, qui ne donnèrent leur avis qu'avec beaucoup de réticence. En somme, on empêcha d'agir, sous prétexte de ramollissement possible. On ne pouvait compter ni sur l'expulsion comme dans le cas de M. Charrier, ni sur le déplacement de la tumeur du côté du détroit supérieur. Le ramollissement que l'on espérait ne se produisit pas, et au neuvième mois, on n'eut plus d'autre ressource que de pratiquer l'opération césarienne. A ce moment, l'enfant ne vivait déjà plus, et la malade succomba aux suites de l'opération. Si l'on avait agi au quatrième mois, le résultat ne pouvait qu'être plus favorable.

Ce fait complète l'étude présentée par M. Charrier, et les observations de M. Polaillon.

M. PETER. Une chose m'a frappé dans l'observation de M. Charrier, c'est l'abondance de l'écoulement, et surtout sa fétidité, indiquant évidemment le sphacèle, et donnant l'espoir d'une expulsion spontanée.

Certains corps fibreux donnent lieu parfois à des écoulements très-abondants. J'ai observé chez une dame créole une énorme tumeur fibreuse utérine, remontant au-dessus de l'ombilic, et présentant le volume d'un utérus, contenant deux fœtus. Il y avait un écoulement blanc extrêmement abondant, mais absolument inodore. Cette tumeur n'a point rétrocédé.

M. Polaillon a dit que les fibromes interstitiels, situés sur les parties supérieures, peuvent être l'occasion d'accidents et empêchent généralement la grossesse de suivre son évolution normale.

J'ai eu occasion de voir un fibrome utérin qui, ayant passé inaperçu avant la conception, prit en peu de temps, sous l'influence de la grossesse, un développement considérable.

A trois mois, survinrent des douleurs et une hémorrhagie annonçant une fausse couche probable. Je constatai, à ce moment là, que le corps de l'utérus dépassait de quatre travers de doigt la symphyse pubienne, plus volumineux par conséquent, qu'il ne l'est à trois mois de grossesse. Il y avait une partie dure, que je pris pour le muscle utérin contracté, et une autre partie plus molle. M. Gosselin, appelé en consultation, diagnostiqua un fibrome considérable du corps de la matrice : c'était la partie dure; la partie molle n'était autre que la matrice.

La fausse couche était imminente; le repos, les applications fraîches et le laudanum furent ordonnés. L'hémorrhagie s'arrêta, et dans la suite, les choses se passèrent bien.

A six mois, nouvelle hémorrhagie, qui s'arrêta, et enfin, l'accouchement eut lieu à terme, l'enfant vivant. Le fibrome, qui avait le volume de deux têtes de fœtus, rétrocéda rapidement; en moins d'un mois il n'avait plus que le volume d'une petite pomme, et il finit par disparaître complétement.

M. POLAILLON. Lorsque j'ai dit que les fibromes du corps utérin empêchaient la grossesse d'arriver à terme, je n'ai pas dit que cela avait lieu toujours. Dans le cas de M. Peter, il y a eu à deux reprises des menaces d'avortement, qui n'ont été conjurées que par le repos, le laudanum et les applications froides.

Malgré les suites heureuses de la grossesse, ce fait vient donc à l'appui de ce que j'ai dit sur la prédisposition aux avortements par le fait d'un fibrome utérin.

M. FORGET rappelle qu'il a publié, en 1847, dans le *Bulletin de thérapeutique*, un mémoire intitulé : *Recherches sur les corps fibreux et polypes de l'utérus considérés pendant la grossesse et pendant l'accouchement*, mémoire dans lequel ont été discutées toutes les questions relatives au siége, à la marche de ces tumeurs et à l'influence qu'elles exercent sur l'accouchement et ses suites. M. Forget se réserve de revenir sur cette question dans la prochaine séance.

M. PETER dit, à propos des chorées mortelles, qu'il a en ce moment, dans son service, une jeune fille atteinte d'une chorée grave devant probablement entraîner la mort. Le chloral, administré à la dose de 4 grammes, n'apporte qu'un soulagement momentané. M. Peter tiendra la société au courant de ce fait intéressant.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES INJECTIONS HYPODERMIQUES

M. PETER. Je dirai quelques mots sur la tolérance, les accidents possibles, et enfin les indications des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine.

Chez un malade de mon service, atteint de troubles des fonctions digestives accompagnés de troubles de la vision et de douleurs lancinantes dans les membres inférieurs, et chez lequel j'avais diagnostiqué une ataxie locomotrice commençant par la forme viscéralgique, j'administrai la morphine à haute dose, à la fois en potion et en injections sous-cutanées. Les douleurs persistant avec intensité et le malade présentant une grande tolérance pour la morphine, j'arrivai rapidement à lui en faire prendre en potion 5 centigrammes, puis 15, puis 20, indépendamment des injections. Ce malade, sachant combien la morphine le calmait, mettait ses potions en réserve pour les jours où il souffrait davantage, et arriva un jour à en prendre plus de 1 gramme par l'estomac, plus 15 à 20 centigrammes par la peau. Il n'en éprouva d'autre inconvénient que de la contracture des pupilles. Voilà pour la tolérance, qui est proportionnelle à l'intensité de la douleur.

Un de nos confrères, tourmenté par une névralgie intercostale très-vive, se faisait des injections de morphine d'une façon démesurée. A la suite d'une injection, il survint un jour un petit furoncle, autour duquel il se déclara un érysipèle, puis un phlegmon diffus, qu'il fallut inciser largement; une pleurésie purulente se déclara, et la mort survint, ayant ainsi pour point de départ des piqûres trop souvent répétées. Voilà pour les accidents.

Il y a indication, dans les cas de cancer de l'estomac, surtout s'il siége au niveau du pylore. Chez un malade atteint d'un cancer du pylore, vomissant tout, et arrivé au dernier degré de l'émaciation, j'injectai 1 centigramme de chlorhydrate de morphine; il put garder une partie de son lait. A partir de ce moment, il cessa de vomir, il put aller à la garde-robe, ce qu'il n'avait pas fait depuis quatre

(1) Fin. — Voir le numéro du 12 janvier.

semaines. Bientôt il digéra de la soupe, reprit un embonpoint relatif et demanda à quitter l'hôpital dans un état assez satisfaisant. J'avais combattu la douleur pour combattre le spasme et arrêter ainsi les vomissements. Le raisonnement était basé sur la physiologie.

Il y a encore indication, dans les cas de parésie des tuniques musculaires de l'intestin, dans la péritonite, le ballonnement post-puerpéral. Dans un de ces cas-là, je donnai un jour de la strychnine pour combattre la parésie intestinale, la substance fut vomie. Je fis alors de l'empirisme; j'injectai 1 centigramme de chlorhydrate de morphine, et, le soir, les vomissements étaient moindres. Bientôt tout cessa, et, au bout de deux jours, le ballonnement avait disparu sous l'influence d'une substance stupéfiante. Bien que cela paraisse contradictoire, le fait n'en est pas moins vrai, et M. Hervieux, à la Maternité, agit comme je l'ai fait dans le cas que je viens de citer.

Il y a encore une indication formelle chez les phthisiques qui ont une toux incessante, avec vomissements sous l'influence de la toux. Contre cette intolérance, cette sorte de révolte du pneumo-gastrique, j'ai donné avec succès la morphine soit par l'estomac, soit en injections hypodermiques. J'ai fait cesser en même temps les palpitations désordonnées qu'ont souvent ces malades.

M. AIMÉ MARTIN cite un cas analogue à ceux dont parle M. Peter. Chez un malade en proie à des accès de toux continuels avec vomissements, une injection de morphine faite le soir calmait ces symptômes pendant quarante-huit heures. Au point de vue de la tolérance, M. Martin cite le mémoire de M. Voisin sur le *Traitement de la folie par le chlorhydrate de morphine*, où on lit des observations de malades à qui 30 et 40 centigrammes de chlorhydrate de morphine ont été injectés sans provoquer d'accidents. La terminaison funeste chez un confrère, rapportée par M. Peter, doit être considérée comme un fait isolé qui ne préjuge en rien contre les injections de morphine.

M. DE RANSE demande s'il n'y aurait pas quelque danger à associer la morphine à d'autres médicaments chez une dame atteinte de névralgie lombo-abdominale accompagnée d'accès intermittents, et à qui l'on avait donné du sulfate de quinine, puis du chloral, et n'a pas voulu faire une injection, dans la crainte de mêler le quinine, le chloral et la morphine.

M. AIMÉ MARTIN croit cette timidité un peu exagérée ; pour lui il n'a jamais eu d'accidents, surtout depuis qu'il fait usage de la solution au vingt-cinquième.

M. DE RANSE demande s'il y a plus de danger lorsqu'on associe le chlorhydrate de morphine à un autre agent stupéfiant ?

M. MOTET. Le travail est fait à propos du chloral, par Reinhert, qui associe les deux médicaments, mais il n'a jamais dépassé la dose de 15 centigrammes. M. Voisin cherche à amener une perturbation, et à provoquer la stupeur Reinhert au contraire, les fuit. Le chloral a pour avantage de calmer les vomissements.

M. LOLLIOT. A propos des accidents locaux consécutifs aux injections sous-cutanées, pense qu'ils reconnaissent souvent pour cause l'acide chlorhydrique que certains pharmaciens ajoutent pour rendre la solution plus facile. Cette addition est tout à fait inutile; le chlorhydrate de morphine étant parfaitement soluble.

M. MOTET. Oui, mais à la condition de filtrer souvent, autrement la solution se trouble promptement. On peut aussi ajouter de l'alcool ou de la glycérine qui conservent la pureté de la solution.

M. DUROZIEZ cite l'observation d'un malade atteint d'une angine, et à qui il fit une injection de chlorhydrate de morphine. Les phénomènes soporifiques furent très-intenses, mais le lendemain matin le malade était mort. M. Duroziez se demande si la morphine ne serait pas pour quelque chose dans cette terminaison funeste.

M. A. MARTIN emploie souvent dans l'asthme les injections de morphine, qui font rapidement cesser les crises. Il n'a jamais eu d'accidents.

M. DUROZIEZ. Il est bien admis aussi que la susceptibilité est très-variable suivant les individus.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : LOLLIOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 7 janvier 1875, M. Roux, pharmacien en chef, a été promu au grade d'inspecteur adjoint.

—*Faculté de médecine de Paris.*—Sont nommés aides d'anatomie à l'école pratique, pour entrer en exercice à dater du 1er novembre 1874 : MM. Reclus, en remplacement de M. Humbert, appelé à d'autres fonctions ; Peyrot, en remplacement de M. Berger, appelé à d'autres fonctions.

— M. Pozzi, aide d'anatomie à ladite école, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 1er novembre 1875.

— M. Testard, instituteur communal à Montreuil (Seine), est nommé commis au secrétariat, en remplacement de M. Bellamy.

M. Gautier, employé au secrétariat de la faculté de médecine de Paris, est nommé chef du matériel de l'école pratique annexée à ladite faculté, en remplacement de M. Becher.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Mabille est nommé aide-bibliothécaire à la faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Biéchy, démissionnaire.

Sont nommés aides de clinique à la même faculté : MM. Deubel et Hussenet, en remplacement de MM. Hergott et Chabert, démissionnaires.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Tesson est institué, par suite du concours ouvert le 16 novembre, suppléant des chaires de chimie et de pharmacie, pour une période de six années.

— *École de médecine de Caen.* — M. Delouey est maintenu, pour une période de trois années, dans ses fonctions de chef des travaux anatomiques.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 6. — SAMEDI 16 JANVIER 1875. 48e ANNÉE. SAMEDI 16 JANVIER 1875. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'aliénation mentale consécutive.

Les faits d'aliénation mentale consécutive à la fièvre typhoïde que nous avons rapportés dans la Revue précédente ne sont point des faits isolés. Il en existe même, dans les annales de la science, d'assez nombreux exemples pour qu'on ait pu y distinguer des formes diverses. La fièvre typhoïde n'est d'ailleurs pas la seule affection fébrile qui y donne lieu.

Voici sur ce sujet quelques autres exemples empruntés aux auteurs et quelques-unes des considérations générales que M. le professeur Béhier a présentées à cette occasion.

On a vu, dans les faits précédents, des exemples de la forme dépressive lypémaniaque, de l'imbécillité et des formes mêlées en quelque sorte de dépression hypochondriaque et d'agitation maniaque, avec hallucinations.

L'une des formes qui ont été observées quelquefois à la suite de la fièvre typhoïde est la forme dipsomaniaque.

Une femme du service, appartenant à une famille dans laquelle les habitudes alcooliques étaient, paraît-il, héréditaires, ayant été prise de fièvre typhoïde, fut en proie, à la suite, à des troubles de l'intelligence qui se traduisaient par des excès de tous genres et, en particulier, par de la dypsomanie ; il n'y avait point de délire spécial des idées, mais un délire d'actes instinctifs et bestiaux, avec perte de la sensibilité et des facultés affectives.

D'autres malades sont plus particulièrement sujets à des hallucinations. Témoin les faits rapportés par Abercrombie, par Thore, par Marcé, etc.

Voici un relevé statistique qui peut donner une idée de la variété et de la proportion de ces diverses formes :

Affaiblissement avec ou sans hallucination (démence aiguë).	12
Mélancolie hypochondriaque.	3
Monomanie ambitieuse	5
Hallucinations..	2

La femme C..., dont nous avons rapporté l'histoire dans la précédente Revue, présentait un exemple curieux pour ses troubles variés de la sensibilité cutanée et organique liés à une inanition prolongée. Son état semble démentir le fait général de la diminution de la sensibilité chez les aliénés. Il faut bien savoir, du reste, que, même en aliénation mentale, la distinction des formes n'a rien de rigoureux. On se sert des troubles prédominants pour la caractériser.

Est-il nécessaire, pour que l'aliénation mentale se produise, qu'il y ait un état de prédisposition antérieure? L'aliénation mentale s'observe à la suite d'autres affections aiguës que la fièvre typhoïde ; mais c'est après la fièvre typhoïde qu'on la voit survenir le plus souvent.

Un relevé de 43 cas d'aliénation mentale consécutive, se décompose ainsi :

Fièvre typhoïde.	22
Pneumonie.	8
Choléra et typhus.	5
Rhumatisme.	3
Érysipèle.	2
Rougeole et varioloïde.	2
Angine aiguë.	1

Il n'est pas nécessaire pour que l'aliénation consécutive se manifeste qu'il y ait eu du délire pendant le cours même de la maladie. La première malade dont il a été question dans la Revue précédente en avait eu; mais la deuxième ainsi que la femme C... n'en avaient point présenté de signes.

Il n'est pas toujours besoin, non plus qu'il y ait eu des secousses intellectuelles spéciales pour amener les troubles dont il s'agit. Plusieurs des malades qui en ont présenté des exemples n'avaient point éprouvé de secousses morales. Mais elles peuvent amener des récidives quand elles ont lieu pendant la convalescence de cet état morbide secondaire.

Dans l'aliénation mentale ordinaire avec forme dépressive, le pronostic est toujours très-défavorable. Les affaiblis restent affaiblis et deviennent déments. Les monomanes vont en s'affaissant de plus en plus et deviennent également déments avec des rémissions courtes. La démence est l'aboutissant général de presque toutes les formes.

Il n'en est pas de même dans l'aliénation mentale consécutive dont il s'agit ici. Sur 12 cas d'affaiblissement intellectuel avec hallucination à la suite de fièvre typhoïde, on a relevé 10 guérisons. L'issue de l'un des deux autres cas est resté indéterminée, le malade étant parti. Un est mort à la suite d'une escharre.

Sur 11 cas consécutifs à des pneumonies, à des rhumatismes ou à des fièvres éruptives, on compte 11 guérisons.

Les formes de monomanie ambitieuse, habituellement in-

curables dans l'aliénation ordinaire, ont donné 7 guérisons sur 8 cas. La huitième observation est restée incomplète, l'issue en est inconnue.

Des trois malades dont il a été question, qui ont présenté cette forme, on a vu que la première a guéri, ainsi que la femme V. S., guérie depuis dix ans. Quant à la femme C., qui serait peut-être restée dans la catégorie des issues incertaines, sans le hasard qui l'a fait rencontrer et qui a permis de constater la guérison, elle montre par ce résultat que les cas considérés comme indéterminés dans leur issue peuvent très-bien s'être terminés par la guérison. En admettant même qu'il n'en ait pas été ainsi, et que la maladie se soit perpétuée chez quelques-uns des malades de cette catégorie, on voit que les guérisons seraient encore dans des proportions insolites en fait d'aliénation mentale.

On doit en conclure que l'on a affaire dans ces cas à un état anatomique différent de celui qui existe dans l'aliénation mentale commune, simple, et qui a été si bien décrit par Marcé. Au lieu de cet état de prolifération protéique envahissante qui caractérise la démence acquise comme la démence sénile, il est extrêmement probable que l'on n'a affaire ici qu'à ces congestions momentanées signalées par M. Baillarger et qu'il a désignées sous le nom de folies congestives. Ce sont des troubles circulatoires locaux comme on en voit dans l'anémie, des congestions désordonnées, liées à une dépression générale de l'économie et à un état d'ischémie du cerveau, ce que n'exclut pas du tout l'excitation passagère par laquelle elles se traduisent.

C'est là un fait d'une très-grande importance à prendre en considération pour le traitement et pour les conséquences qu'il peut avoir au point de vue médico-légal de la responsabilité des actes commis sous son influence.

Pour le traitement, il est évident que la connaissance des conditions pathologiques et anatomiques de cette aliénation consécutive et passagère doit exclure l'emploi des émissions sanguines et des antiphlogistiques en général. Le traitement doit être, au contraire, tonique. On doit recourir à l'usage du quinquina, du fer, du vin, d'une alimentation reconstituante, des douches, aidés de quelques révulsifs. La curabilité par les toniques ressort manifestement des faits ci-dessus rapportés et, en particulier, de l'histoire de la femme C...

Quant aux conséquences à tirer de ces faits au point de vue de la responsabilité, nous en dirons quelques mots à l'occasion de faits d'aliénation mentale des nouvelles accouchées dont nous entretiendrons nos lecteurs dans l'une des prochaines Revues, ces deux ordres de faits donnant lieu à des considérations médico-légales communes.

De l'apomorphine et de ses propriétés physiologiques et thérapeutiques.

Il a été beaucoup question, depuis quelque temps, de l'apomorphine et de ses propriétés physiologiques et thérapeutiques. L'apomorphine, comme tout le monde le sait maintenant, ou plutôt le chlorhydrate d'apomorphine, a pour propriété principale une action vomitive. Des nombreuses expériences qui ont été faites, d'abord en Allemagne et en Angleterre, et tout récemment en France, il résulte que l'apomorphine fait vomir par quelque voie qu'elle pénètre dans l'organisme ; mais c'est surtout quand elle est introduite directement dans le sang par injection intra-veineuse ou sous-cutanée que ses effets sont le plus prompts et le plus certains. Par l'estomac, les doses doivent être plus élevées et les effets sont moins sûrs.

De l'ensemble des faits connus jusqu'à présent, il paraîtrait résulter que l'apomorphine peut être employée en injection sous-cutanée sans produire d'accidents locaux (inflammation du derme et abcès consécutifs, etc.). D'un autre côté, l'injection ne semble pas très-douloureuse.

Voici, d'après les médecins qui y ont eu recours et qui sont d'accord entre eux sur les points principaux, quels sont les effets obtenus. Pendant les deux ou trois premières minutes qui suivent l'injection, le malade n'éprouve absolument rien. Bientôt il survient une sensation de pesanteur à la région épigastrique, qui est suivie d'une légère douleur de tête ; puis la salivation devient abondante, le corps se couvre de sueur ; un ou deux efforts de vomissement ont lieu, sans aucun résultat ; au troisième, ou plus rarement au quatrième effort, le malade vomit trois ou quatre fois de suite, puis survient une période de calme. Les vomissements reprennent après une interruption de cinq à six minutes, suivis d'un nouveau calme, et la même scène se reproduit à cinq ou six reprises différentes, pour cesser définitivement au bout d'une demi-heure environ et faire place à un sommeil très-calme de une demi-heure à une heure de durée.

Tel est, en raccourci, le tableau ordinaire des effets produits par le chlorhydrate d'apomorphine, dont nous empruntons les principaux traits à un travail de M. le docteur H. Chouppe, inséré dans la *Gazette hebdomadaire* (décembre 1874).

Disons, pour compléter les renseignements que nous trouvons dans ce travail, qui résume parfaitement l'état actuel de nos connaissances sur ce nouvel agent thérapeutique, que le chlorhydrate d'apomorphine a été injecté aux doses de 6 à 12 milligrammes, suivant les cas. Quelques expérimentateurs (entre autres M. Bourgeois, thèse inaugurale, 1874) ont fixé la dose à 10 milligrammes pour l'homme adulte, à 8 milligrammes pour la femme et 6 milligrammes pour l'enfant. Un centigramme, d'après M. le docteur Chouppe, devrait être regardé comme la dose moyenne chez l'adulte. Ajoutons toutefois, qu'on a déjà signalé chez quelques malades un état de syncope imminente de nature à inspirer des craintes sérieuses.

Nous passons sur une foule d'autres détails, sur lesquels il y aura lieu de revenir certainement plus tard. Notre but, pour le moment, est de prémunir les praticiens sur l'un des dangers possibles de cette nouvelle médication. Nous n'avons encore, pour notre part, aucune expérience personnelle de cet agent. Nous trouvant, tout récemment, en présence d'un cas dans lequel ce moyen nous avait paru indiqué, les vomitifs ordinaires étant restés sans effet et ne pouvant être continués sans dangers, nous allions le mettre en usage, lorsque nous avons été arrêté par le fait suivant, que la *Gazette hebdomadaire* venait à l'instant même de nous faire connaître. L'impression que ce fait a produite sur notre esprit nous fait un devoir de le soumettre à la méditation de nos lecteurs.

« Une femme de quarante ans, entrée à l'hôpital de Genève le 22 octobre dernier, dans le service de M. le docteur Provost, se plaignant d'embarras gastrique, sans fièvre, éprouve, après sept à huit jours de séjour à l'hôpital, du mal de gorge et une anorexie complète. Les amygdales sont rouges et tuméfiées, la langue très-saburrale. On lui fait une injection hypodermique de 3 à 4 milligrammes de chlorhydrate d'apomorphine, sur la région sternale, le 31 octobre, à neuf heures quarante-cinq minutes ; le pouls était plein et marquait 100 pulsations. A neuf heures quarante-neuf minutes, la malade éprouve un peu de malaise et du vertige ; elle dit qu'elle sent sa tête tourner et s'en aller ; elle pâlit, s'affaisse ; le pouls devient très-faible, intermittent, puis imperceptible, les pupilles se dilatent, la

respiration semble se suspendre complétement. De petites convulsions toniques se manifestent dans l'angle gauche de la bouche et à la joue gauche. La malade est inerte et ne répond pas aux questions qu'on lui adresse.

En présence de ces symptômes alarmants, M. Provost et son interne M. David, qui rapporte le fait, eurent recours à tous les moyens d'exciter des mouvements réflexes qu'ils avaient sous la main : aspersions d'eau froide, inhalations d'ammoniaque, frictions énergiques sur la peau, sinapismes, etc.

A neuf heures cinquante-deux minutes la malade revint un peu à elle et eut deux vomissements ; presque aussitôt après l'état syncopal reparut; le pouls, qui avait légèrement reparu, manqua de nouveau; la pâleur de la face redevint extrême, et les pupilles offrirent des alternatives de dilatation et de contraction. On continue à provoquer des excitations, on pratique des électrisations avec un courant d'induction sur la partie antérieure de la poitrine. Un mieux survient, qui s'accentue peu à peu, et à dix heures vingt minutes le pouls s'est relevé, est redevenu plein et bat 88; la malade parle et se trouve mieux.

A dix heures vingt-cinq minutes, nouveaux vomissements accompagnés d'une nouvelle syncope. On fait prendre du cognac et du vin.

A dix heures trente-cinq minutes, les accidents paraissent terminés, et la malade est prise d'un profond sommeil d'environ une demi-heure. Au réveil, elle se sent mieux, mais elle présente encore à plusieurs reprises, jusqu'à midi, une pâleur subite qui ne va pas jusqu'à la syncope. A dater de ce moment, le mieux se prononce de plus en plus, et les accidents n'ont plus reparu. La malade est sortie peu de jours après de l'hôpital, guérie de son embarras gastrique. »

Dans ce fait, comme on peut le voir, on en a été quitte pour la peur. Mais que l'on suppose un de ces cas où une syncope aurait été certainement mortelle, comme était celui auquel nous faisions allusion tout à l'heure, et l'on comprendra aisément notre hésitation et les appréhensions que nous désirons faire entrer dans l'esprit de nos lecteurs.

Accidents apoplectiformes transitoires.

Le fait d'accidents apoplectiformes transitoires liés à un état hystérique que nous avons rapporté dans la Revue du 13 décembre dernier, a éveillé les souvenirs d'un de nos confrères, M. le docteur Bernède, sur une observation analogue dont il nous transmet la relation.

En janvier 1872, M. Bernède fut appelé chez un sieur D., qu'il avait déjà soigné et qui était sujet à des embarras gastriques biliaires. Il était pris d'un de ces accès gastriques habituels, mais avec une plus grande intensité que de coutume. Il avait une fièvre intense, des vomissements bilieux, avec épuisement des forces. Des vomitifs énergiques et répétés n'apportèrent qu'une médiocre amélioration à cet état. Vers le quatrième jour, D. fut frappé d'hémiplégie gauche, avec perte de connaissance pendant plusieurs heures. Effrayé de cette situation, M. Bernède demanda conseil à un de ses confrères... Mais l'hémiplégie fut transitoire comme chez l'hystérique de M. Sée, et le malade ne tarda pas à se rétablir.

Le sulfate de quinine et son action sur l'utérus.

M. le docteur Émile Taillard, de Maiche (Doubs), nous communique, comme document pour l'enquête ouverte sur la question de l'action du sulfate de quinine sur l'utérus, le fait suivant :

« Dans le mois d'octobre dernier, nous dit-il, j'ai soigné une femme multipare âgée de vingt-huit ans, enceinte de six mois et demi et atteinte d'une fièvre typhoïde grave. Tous les jours, pendant près d'un mois, je lui ai administré 25 centigrammes de sulfate de quinine. Malgré l'emploi quotidien de cette médication, il n'est survenu aucune contraction, aucune douleur du côté de l'utérus, et la femme, qui est sur le point d'accoucher, se porte actuellement fort bien. »

Dr Brochin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle du 13 janvier 1875. — Présidence de M. Perrin.

M. le Président prononce une allocution dans laquelle il fait ressortir l'importance des travaux accomplis pendant l'année qui vient de s'écouler. Il annonce ensuite que, grâce à la libéralité de M. Huguier, la société pourra dorénavant publier par fascicules mensuels ses bulletins et mémoires.

Après avoir signalé la perte que la société a faite en la personne de M. Cullerier, membre fondateur, M. Perrin rappelle que MM. Dolbeau, Chassaignac et Boinet sont devenus titulaires. Aujourd'hui, la société compte trente-deux membres titulaires et quatre-vingt-quatorze correspondants nationaux. Trois places de titulaires et six places de correspondants sont actuellement vacantes.

Si la situation morale de la société est prospère, elle doit au trésorier une situation financière non moins heureuse.

Des raisons toutes personnelles ont empêché M. Guéniot d'accepter de nouveau les fonctions de trésorier. M. Nicaise, qui lui succède, fera tous ses efforts pour le remplacer dignement.

RAPPORT

M. le secrétaire annuel présente le rapport sur les travaux de la société pendant l'année 1874.

ÉLOGE

M. Guyon prononce l'éloge d'Huguier.

PRIX

M. le secrétaire annuel proclame le nom des lauréats de la Société de chirurgie pour 1874.

Prix Duval. — M. le docteur Raoul Hervé, pour sa thèse intitulée : Application de l'ouate à la conservation des membres blessés.

Mentions. — M. Cauchois (Sur la pathogénie des hémorrhagies traumatiques secondaires). — M. Thorens (Documents pour servir à l'histoire du pied-bot varus congénital).

Prix Laborie. — M. le docteur Chauvel, professeur agrégé au Val-de-Grâce, pour son travail intitulé : Recherches sur la compression élastique comme méthode d'ischémie dans les opérations.

Un encouragement de 500 francs est accordé à M. Ancelet, ainsi qu'à M. Paturot.

PRIX DE 1875.

La société décernera pour l'année 1875 :

1° Le *prix Duval*, à la meilleur thèse de chirurgie publiée dans le courant de l'année.

2° Le *prix Laborie*, au meilleur travail sur le sujet suivant : Établir à l'aide d'observations la valeur thérapeutique de l'uréthrotomie interne.

3° Le *prix Gerdy*. — La question à traiter est la suivante : Exposé dogmatique et historique de l'action de l'air sur les plaies.

La séance est levée.

Séance du 9 décembre 1874 (1). — Présidence de M. Perrin.

Hernie ombilicale intestinale étranglée; ponction du sac; réduction, par M. Ollivier (de Rouen). — L'étranglement des her-

(1) Fin. — Voir le numéro du 12 janvier.

nies ombilicales, rare, suivant M. Gosselin, présente aussi une plus grande gravité que l'étranglement des hernies des autres régions, parce que les lésions de l'intestin marchent plus vite, et que l'opération est beaucoup plus rarement suivie de succès que dans les hernies inguinales et crurales. (*Leç. sur les hernies*, rec. par M. L. Labbé, Paris, 1865, p. 452 et suiv.) Aussi, sans nous ranger à l'opinion de M. Huguier qui proposait d'abandonner la maladie à elle-même, pensons-nous qu'il faut, avant d'en venir au débridement, essayer d'abord le taxis suivant les règles qu'a formulées M. Gosselin. Si le taxis est insuffisant ou dangereux, comme dans l'observation que j'ai l'honneur de vous présenter, la ponction capillaire du sac ou même de l'intestin qui a réussi à M. Demarquay dans un cas de hernie congénitale étranglée (*Académie de médecine*, 21 mai 1872), devra être faite avant d'en arriver à la ressource ultime, la kélotomie. Voici, du reste, mon observation, dans laquelle il m'a suffi d'évacuer avec un trocart explorateur ordinaire la sérosité accumulée dans le sac pour réussir alors avec le taxis prolongé pendant vingt-cinq minutes à réduire une hernie ombilicale intestinale étranglée depuis trente-quatre-heures.

C'était chez une femme H..., âgée de soixante et un ans, atteinte depuis un temps indéterminé d'une affection du cœur caractérisée par le pouls petit, irrégulier, intermittent, avec irrégularités et intermittences au cœur, sans souffle véritable, et une anasarque pour laquelle elle avait été soignée à plusieurs reprises par M. le docteur Bedoin.

Elle porte depuis six mois environ, à ce que nous dit son mari, une hernie ombilicale facilement réductible, et dans la cavité de laquelle s'accumulait souvent la sérosité de l'ascite. Le 17 octobre 1872, au matin, dans un effort, elle sort tout à coup plus grosse que d'habitude et ne peut être réduite par la malade. Il survient en même temps des vomissements qui se continuent tout le jour et la nuit suivante, vomissements bilieux, non stercoraux. A partir de ce moment, les selles sont supprimées; M. Bedoin, appelé le soir, prescrit une dose d'huile de ricin, et de la glace sur la tumeur, et en présence de la tension et de l'aspect violacé de la peau qui la recouvre, ne pratique pas le taxis. L'huile de ricin et tout ce que prend la malade est rejeté par le vomissement, et la constipation persiste.

Je vois la malade avec M. Bedoin, le 18 octobre, à quatre heures du soir. Le facies n'est pas altéré, la constipation persiste, il y a du hoquet, des envies de vomir à peu près continuelles, sans que la malade vomisse devant nous. T. A. 36 2/5, P. 84 irrégulier et présentant tous les caractères de l'affection cardiaque reconnue par M. Bedoin. Dans le ventre ascite très-appréciable; un peu d'œdème aux malléoles.

Au niveau de l'ombilic, tumeur du volume d'une petite orange à peu près, aplatie et présentant un pédicule de 3 centimètres de diamètre environ, séparée à sa face libre en deux portions par un sillon superficiel, curviligne, oblique en bas et à gauche.

La peau est violacée dans une grande étendue de la tumeur, surtout à gauche de ce sillon, très-tendue, luisante, prête à se rompre et le siége de plusieurs petites ulcérations grandes comme une tête d'épingle, laissant suinter de la sérosité sanguinolente. Elle est moins altérée dans la portion de la tumeur située à droite du sillon. Mate dans toute son étendue à peu près également, elle nous présente, par l'examen à la bougie, une transparence très-appréciable à gauche, nulle à droite. Essayer le taxis dans de pareilles conditions, c'était rompre à coup sûr la peau sans chance de réduire la tumeur.

Il fut, après examen minutieux, décidé entre nous qu'avant d'en arriver au débridement, une ponction serait faite pour évacuer le liquide qui nous paraissait nettement circonscrit dans la portion gauche de la tumeur, diminuer par là la tension de la peau, et alors pratiquer le taxis, sans chloroforme.

J'enfonçai un trocart explorateur dans une portion parfaitement saine de la peau à gauche du sillon, et j'obtins ainsi un verre à madère de sérosité légèrement sanguinolente, surtout dans ses dernières portions.

La partie gauche de la tumeur s'affaissa, mais la partie droite resta dans le même état. J'essayai alors le taxis très-doucement, et, dès les premières tentatives, je sentis une petite portion d'intestin rentrer dans le ventre; en même temps la peau devint moins tendue. Les manœuvres de taxis reprises aussitôt restèrent quelque temps sans résultat nouveau, puis amenèrent, après vingt-cinq minutes de pressions, doucement d'abord, puis assez énergiquement soutenues, la réduction de la tumeur tout entière. Je sentis au commencement un peu de gargouillement, puis la tumeur se réduisit peu à peu en donnant lieu à une sorte de frottement, produit, m'a-t-il semblé, par le passage lent du contenu de l'intestin et de l'intestin lui-même à travers un orifice arrondi et qui pouvait après la réduction, admettre l'extrémité de l'index. Pendant le taxis, la tumeur resta élastique et ne présenta à aucun moment la consistance pâteuse que donne l'épiploon quand il existe dans une hernie. La malade rendit un peu de matières pendant que nous étions encore près d'elle. Un lavement purgatif amena plusieurs selles abondantes dans la nuit. Il n'y eut plus de vomissements, mais le hoquet continua pendant la nuit; elle garda des bouillons et de l'eau de Seltz.

Comme bandage, nous lui appliquâmes sur l'orifice un bouchon de cire blanche qui fut maintenu avec une plaque de diachylon recouvert de quelques mouchoirs pliés en quatre, et enfin par-dessus un bandage de corps.

19 *à 4 heures*. T. 37 2/3 P. 88. La malade se sent bien, elle a dormi dans la journée. Nous ôtons le bandage, qui est remplacé par un tampon de ouate, soutenu par un bandage de corps.

A dater de ce moment, la malade va de mieux en mieux, et le mari, que je vois le 28 octobre, me dit qu'elle se lève et se trouve maintenant dans l'état où elle était avant son accident.

En résumé, nous nous sommes trouvé en présence d'une hernie ombilicale habituellement contenue, sortant tout à coup plus volumineuse que d'habitude et donnant lieu, dès le moment de son apparition, à une constipation complète et à des vomissements qui se prolongent pendant trente-quatre heures, sans avoir présenté l'aspect stercoral. Nous avions évidemment affaire à un étranglement contre lequel le taxis ne pouvait être employé immédiatement au moins, la peau était tendue à se rompre, violacée et le siége de plusieurs petites ulcérations. De plus, la maladie du cœur très-avancée de la malade nous défendait l'emploi du chloroforme, il fallait donc ou débrider immédiatement ou aviser à rendre le taxis praticable. Comme l'examen nous démontrait dans la tumeur une quantité de liquide assez notable, nous pensâmes à soustraire ce liquide par une ponction, à diminuer ainsi la tension de la peau et, par suite, les dangers du taxis. Nos efforts ont été couronnés de succès; et nous croyons avoir été de cette façon grandement utile à la malade, en lui épargnant la télotomie ou même la ponction de l'intestin.

Le liquide soustrait était légèrement sanguinolent; il ne se coagula pas spontanément, mais se prit en masse par la chaleur. Ce liquide était-il dans la poche au moment où l'intestin s'y est précipité? Il est probable au moins qu'il y en avait une certaine quantité, comme cela arrivait souvent, d'après le dire de la malade; de plus il est difficile d'admettre qu'en trente-quatre heures la tension eût pu devenir aussi grande, si le liquide n'y eût été exhalé qu'après coup, cette tension s'opposant elle-même à l'accumulation d'une plus grande quantité de liquide; enfin le caractère purement albumineux du liquide vient encore à l'appui de cette opinion. Quant à la portion d'intestin étranglée, il nous a paru, à cause du ballonnement uniforme du ventre et de quelques bosselures existant à la surface de la tumeur, que c'était une anse du colon transverse.

COMMUNICATION

M. LANNELONGUE fait une communication relative à une observation adressée par M. le docteur Fredet (de Clermont-Ferrand).

DISCUSSION

M. DUBRUEIL. Je tiens à faire ressortir tout l'intérêt de cette communication, qui confirme la luxation médio-tarsienne. Déjà M. Chassaignac en a présenté une à peu près analogue, mais avec un délabrement considérable. M. Richet également et moi-même avons montré à l'École pratique la production de cette luxation, à laquelle j'avais donné le nom de pré-astragalienne.

M. DESPRÈS. M. Lannelongue a omis un fait que j'ai présenté il y a environ deux ans. Il aurait vu, dans l'exposé de cette observation,

qu'il y a une cause d'irréductibilité considérable dans l'interposition des tendons extenseurs entre les surfaces articulaires. Cette pièce, déposée au musée Dupuytren, est aussi concluante que possible, puisque la réduction même sur le cadavre était absolument impraticable.

M. SÉE. Les lésions analogues à celles que nous présente la pièce de M. Fredet ne sont pas extrêmement rares. Pour ma part, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'en observer de semblables, et chez un de mes malades elles donnèrent lieu à des accidents très-graves, la peau soulevée par la tête de l'astragale s'étant mortifiée, ce qui entraîna la suppuration des articulations tarsiennes. De grands efforts de réduction faits sous l'influence du chloroforme étaient restés infructueux, et, comme M. Lannelongue, j'avais exercé une forte traction sur l'avant-pied, en même temps que je refoulais directement la tête de l'astragale. La guérison fut excessivement longue à obtenir, et il resta une déformation du pied et de la claudication.

Un point qui me paraît devoir être mis en relief est celui qui est relatif à l'étiologie de ce genre de luxations. Le pied représentant une voûte, et les principaux ligaments du torse se trouvant à la face plantaire, toute pression agissant de haut en bas produit une tension de ces ligaments, et tend à écraser ou à disjoindre les diverses pièces de la voûte, qui ne peuvent que s'échapper par en haut. La mobilité de l'articulation astragalo-scaphoïdienne et la faiblesse de ses ligaments dorsaux expliquent pourquoi cette articulation est plus souvent le siége du déplacement auquel s'oppose efficacement, à l'état normal, le puissant ligament interrosseux qui unit l'astragale au calcanéum.

Ce mécanisme de la production des luxations présente cette particularité singulière qu'une force agissant de haut en bas, telle qu'une chute sur la plante des pieds, tend à produire un déplacement de l'astragale en sens inverse, c'est-à-dire de bas en haut.

M. LANNELONGUE. M. Sée me permettra de lui faire observer que le mécanisme qu'il vient de nous décrire est loin d'être adopté par tout le monde. M. Broca ne veut pas d'autre mécanisme qu'une rotation de l'avant-pied de dehors en dedans. M. Sée veut que l'élément principal soit fondé sur le ligament plantaire. Mais ce ligament n'est pas seul, il est, de plus, trop mince pour le rôle qu'il lui attribue et que remplirait beaucoup mieux l'énorme corde tendineuse appelée ligament calcanéo-cuboïdien considérée comme la clef de la jointure médio-tarsienne. D'ailleurs, M. Sée ne nous explique pas pourquoi la luxation produite par le mécanisme décrit par lui ne se réduit pas. Je dirai à M. Desprès que je n'ai pas eu connaissance de son fait; mais il s'agissait, dans tous les cas, d'une luxation complète, et comme il s'agissait d'une luxation récente, je ne comprends pas comment les tendons extenseurs pouvaient, par leur interposition, faire obstacle à la réduction. Dans le cas de M. Fredet, les tendons étaient à leur place et ne gênaient en quoique ce fût les manœuvres.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. VERNEUIL. Je tiens à présenter un malade que j'ai montré à la société il y a quelque temps. Il avait, comme plusieurs membres de la société peuvent s'en souvenir, une énorme tumeur recouvrant la voûte palatine et présentant l'aspect d'une tumeur érectile. Je l'ai traité par le fer rouge, et j'ai réussi à détruire une grande partie de la masse. Je continuais ce système de traitement, quand je me trouvai un jour en face d'une petite masse arrondie, rougeâtre, paraissant plongée dans une cavité. Cette petite tumeur une fois réséquée, je pénétrai dans le sinus sphénoïdal, je ne parle que pour mémoire d'une petite hémorrhagie qui s'ensuivit. Je pus alors déterminer facilement les insertions de ce polype. L'apophyse basilaire était parfaitement libre, et l'insertion se faisait nettement sur la face inférieure du sphénoïde et sur une portion de l'apophyse pterygoïde gauche; de là, le polype pénétrait dans le tissu sphénoïdal. Aussi, dans la crainte de pénétrer dans la cavité crânienne, suis-je d'avis de laisser le malade tranquille. Il arrive à un âge où la diminution de ces sortes de tumeur est fréquente, et la paroi du sinus sphénoïdal ne m'inspire pas une grande confiance. Aussi dans la crainte de provoquer une méningite traumatique, proposerai-je tout au plus le fer rouge en cas de repullulation.

M. GUYON. Je rappellerai à la société que j'ai eu l'occasion de lui donner l'observation de trois malades chez lesquels un coussinet épais était resté sur l'apophyse basilaire sans le moindre inconvénient. Aussi, puisque M. Verneuil demande l'avis de ses collègues, lui donnerai-je le conseil de rester dans le *statu quo*.

M. CRUVEILHIER fait observer très-incidemment qu'il a dans son service deux polypes naso-pharyngiens, et que l'un d'eux, opéré par le galvano-cautère, a donné lieu à une forte hémorrhagie.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. CRUVEILHIER présente une seringue à injections hypodermiques, dont le tube non calibré permet un remplacement facile et peu coûteux.

LECTURE

M. ABEILLE donne lecture du mémoire dont il est question dans la correspondance.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

Séance du 16 décembre 1874. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine ;

2° Le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique* et les *Mémoires de l'Académie royale de Belgique*.

3° Une lettre par laquelle la société est informée de la mort de M. Bardinet (de Limoges), membre correspondant.

M. RIZZOLI, membre correspondant, adresse un mémoire imprimé ayant pour titre : *De l'anus vulvaire et de quelques fistules recto-vulvaires et recto-vaginales et de leur traitement*.

RAPPORT

M. BLOT lit un rapport sur une observation de M. Calmeille (de Guindon), relative à une tumeur du col utérin :

Messieurs, le 28 octobre 1874, vous avez chargé une commission, composée de MM. Horteloup, Verneuil et Blot, de vous faire un rapport sur une observation de tumeur utérine adressée à la société par M. le docteur Calmeille (de Guindon).

Je viens aujourd'hui, en qualité de rapporteur de cette commission, vous rendre compte de cette observation.

Je commencerai par en donner une analyse substantielle, quoique abrégée ; j'y joindrai ensuite les quelques réflexions qu'elle m'a suggérées.

Tumeur pédiculée faisant saillie à la vulve au moment de l'accouchement. — *Femme multipare de quarante-quatre ans* (*quatrième accouchement*). — Jamais aucune affection utérine; ses quatre grossesses n'ont rien présenté d'anormal, et les suites de couches ont toujours été régulières.

Le travail durait depuis vingt-sept heures quand la sage-femme arriva auprès de la malade.

Au lieu d'une partie fœtale, la sage-femme constate, à la vulve, une *tumeur charnue*, d'un *rouge livide, consistante* et cependant *dépressible*.

Au dessus de la tumeur, une tête en O. J. G. P.

La tumeur est refoulée sur le côté du vagin, et la tête finit par se dégager. Ce dégagement fut assez rapide, grâce à de fortes contractions utérines. Quelques légères tractions suffirent à extraire le fœtus tout entier vivant.

La délivrance était opérée quand le docteur Calmeille arriva auprès de la malade.

Entre les cuisses pend une tumeur piriforme du volume d'une tête fœtale et *ayant l'aspect du placenta vu par sa face interne. Un pédicule volumineux*. L'indicateur, introduit derrière ce pédicule, ne peut atteindre le col utérin. Par la face antérieure du pédicule, M. Calmeille ne peut pas déterminer le point précis d'implantation.

Cependant il lui semble qu'il a pour origine la lèvre antérieure du col. Il diagnostique un *polype vasculaire*.

Le placenta, examiné, n'offre rien de particulier ; il est entier.

L'état de la malade était bon. Pouls à 90. Quelques tranchées. Utérus bien rétracté.

Une exploration nouvelle, faite par notre confrère et un autre médecin, ne put permettre de constater rien autre chose que la continuation avec la lèvre antérieure du col utérin.

Une sonde, introduite dans l'urèthre, pénètre assez facilement dans la vessie, dont on voit s'écouler un peu d'urine.

On résolut d'extirper la tumeur. Un fil ciré fut placé autour du pédicule, on le serra au moyen d'un bâtonnet. Le tout ainsi disposé, on serra, chaque jour, un peu plus fortement les fils. Des linges imbibés d'acide phénique furent placés sur la tumeur.

Alimentation : vin vieux, ergotine à l'intérieur. Écoulement lochial régulier. Nouveaux mouvements de torsion. Quelques douleurs se prolongeant dans le flanc gauche. Établissement de la sécrétion laiteuse le quatrième jour.

Le cinquième jour, l'état général étant excellent, le pédicule n'offrant plus qu'un volume égal à celui du petit doigt, le fil constricteur est détordu et remplacé par un fil de laiton, qui est tordu au moyen d'un petit étau. Bientôt le fil de laiton se contourna sur lui-même sans opérer de nouvelle constriction sur le pédicule de la tumeur.

Comme la femme était très-fatiguée, on enleva le fil de laiton, et l'on replaça la malade dans son lit, où elle dormit pendant trois heures.

Après ce repos, une ficelle solide de fouet, passée dans deux pièces de cinquante centimes et deux rondelles de cuir, préalablement percées de trous, fut placée sur le pédicule ainsi réduit, les deux chefs introduits dans une canule du trocard, et, avec l'étau, on fit de nouvelles torsions. La ficelle se rompit. Une deuxième fut appliquée de la même façon, et, cette fois, la section complète fut opérée.

Cette dernière séance dura une vingtaine de minutes : il n'y eut pas la moindre hémorrhagie.

La tumeur, incisée longitudinalement, était solide et pleine, une membrane muqueuse en tapissait la surface extérieure. Cette membrane était fortement adhérente au tissu sous-jacent formé de fibres entre-croisées, très-denses, très-résistantes, sillonnées par de nombreux vaisseaux.

La nuit et la journée qui suivirent furent très-bonnes. Il n'y eut aucune réaction fébrile. (Potion avec 2 grammes d'ergotine.)

Le quinzième jour de l'accouchement. — Frissons, pouls à 104.

Le seizième jour. — Douleur vive dans le mollet, un peu d'œdème du membre douloureux (onguent napolitain, bi-carbonate de soude dans de la tisane de chiendent), purgatif. L'œdème augmente pendant les trois jours suivants, puis il diminue et disparaît complétement. L'appétit revient, mais bientôt l'œdème reparaît.

Au vingt-deuxième jour, tout a disparu.

Examen au spéculum : le vagin est libre ; la paroi antérieure du col présente une excavation au-dessus de laquelle existe les restes du pédicule.

Au trente-deuxième jour, col refermé, consistant, avec tuméfaction de toute la lèvre antérieure. Réflexions.

Notre confrère pense qu'il existait avant la conception une tumeur pédiculée qui a pénétré dans la matrice et s'y est développée en même temps que l'œuf.

Notre confrère s'étonne que la grossesse n'ait point été interrompue par la présence de cette tumeur dans le col, et que l'accouchement prématuré n'en ait point été la conséquence.

Nous croyons, d'après les faits analogues qui existent dans la science, que notre confrère a eu affaire là à un de ces cas d'*hypertrophie de la lèvre antérieure du col utérin* avec œdème volumineux et vascularisation.

La tumeur, plongée dans l'acide phénique étendue, pesait à peu près 700 grammes. Elle avait pris une couleur rougeâtre due à sa macération dans le liquide conservateur fortement chargé de sang que la tumeur y avait lentement dégorgé.

De consistance molle, elle offrait une texture très-lâche, et lorsqu'on venait à la regarder de près, elle présentait un grand nombre d'orifices vasculaires.

Un morceau très-mince a été placé dans de l'alcool absolu. Des coupes traitées par le carminate d'ammoniaque ont nettement démontré tous les caractères d'un fibrome mou vasculaire ; nombreux faisceaux de fibrilles de tissu conjonctif très-lâches, faciles à dissocier, très-peu de fibres élastiques, orifices veineux très-larges et très-multipliés.

Tels sont, dans leur ensemble, les principales parties constituantes de la tumeur.

Cette dernière interprétation rend très-simple et très-facile à comprendre la marche naturelle de la grossesse jusqu'au terme. Elle s'accorde, d'ailleurs, aussi avec les phénomènes qui ont été observés pendant l'accouchement.

L'examen histologique de la tumeur confirme, d'ailleurs, cette opinion.

En effet, un fait presque semblable a été observé par nous chez une jeune femme de Paris, il y a une quinzaine d'années.

Quand nous fûmes appelés pour terminer l'accouchement, qui languissait depuis de longues heures, nous trouvâmes à la vulve une tumeur entièrement semblable à celle observée par M. Calmeille ; une application de forceps permit d'extraire la tête sans de trop grandes difficultés. Après la naissance de l'enfant, la tumeur, qui faisait corps avec la lèvre antérieure, rentra dans le vagin, où elle s'atrophia spontanément, au point que, un mois après l'accouchement, elle ne pouvait plus être reconnue qu'au volume un peu plus considérable de la lèvre antérieure.

Aucune opération chirurgicale ne fut pratiquée, et le travail naturel d'atrophie qui suit la délivrance suffit à la faire disparaître presque complétement.

Une erreur qui a été commise dans des cas analogues a consisté à prendre cette hypertrophie œdémateuse avec vascularisation pour une portion de placenta, sur lequel on a fait des tentatives infructueuses d'extraction qui, dans certains cas, ont été suivies d'accidents inflammatoires du côté de l'utérus et du péritoine.

En résumé, l'observation de M. Calmeille nous paraît devoir se rapporter à un cas d'œdème de la lèvre antérieure plus ou moins hypertrophiée. La conduite de notre confrère a été très-sage et très-prudente ; mais peut-être aurait-il pu se dispenser d'enlever la tumeur. En général, il nous paraît plus sage, dans ces cas, d'attendre que le travail de régression nutritive qui se fait dans l'utérus après l'accouchement, ait produit tout ce qu'il peut produire.

Le plus souvent, il suffirait à amener la guérison complète, et si, contrairement au fait que j'ai observé moi-même, la lèvre antérieure conservait un volume capable de gêner et de troubler les fonctions, on serait toujours à même d'en pratiquer l'ablation, alors que son tissu aurait subi des modifications importantes, grâce auxquelles l'opération serait rendue, sinon toutefois bénigne, au moins beaucoup moins dangereuses, tant au point de vue des accidents immédiats (hémorrhagie) qu'au point de vue des accidents consécutifs (résorption purulente, phlébite, etc.).

Quoiqu'il en soit, l'observation de M. Calmeille nous semble intéressante, et nous croyons devoir proposer : 1° d'en insérer un résumé dans nos *Bulletins*; 2° d'adresser à notre honorable confrère une lettre de remercîments pour son intéressante communication.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Besançon. — M. Bornier, professeur adjoint, est nommé professeur titulaire de physiologie à ladite école.

M. Faivre, suppléant, est nommé professeur adjoint à ladite école. M. Faivre est chargé, en cette qualité, de l'enseignement de la matière médicale et thérapeutique, en remplacement de M. Grenier, admis à la retraite.

— *École de médecine de Lille.* — L'ouverture du concours pour un emploi de suppléant de pathologie externe, précédemment fixée au 17 février 1875, est reportée du 20 mai suivant.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Boudet, ancien chef des travaux anatomiques, est chargé du cours complémentaire de physique à ladite école. (Création nouvelle.)

— *École de médecine de Nantes.* — Sont maintenus dans leurs fonctions, pour une période de cinq années : M. Malherbe, chef des travaux anatomiques ; — M. Kirchberg, suppléant des chaires de pathologie et de clinique interne.

— *Corps de santé militaire.* — Par divers décrets en date des 6 et 24 décembre 1874 et 4 janvier 1875, sont nommés :

1° Médecins-majors de première classe : MM. Avice, Goguel, Buffé, Thomas et Chambé.

2° Médecins-majors de deuxième classe : MM. Millet, Defos, du Rau, Desmonceaux, Bachelet et Bressy.

3° Médecins aides-majors de première classe : MM. Coustan, Bussard, Fournié, Belleau, Noquet, Mathelin, Bédel, Rullier, Mendeville, Cabanié, Franck, Camus, Benech, Malinas, Romain, Blanc, Henne, Weil, Chupin, Maria.

Laval, Morin, Auban, Colnenne, Petit, Klein, Chatain, Carayon, Robuchon, Dufour, Audet, Ucciani, Boiland, Gerbault, Moser, Pouchet, Salivas, Lesbros, Gremion-Menuau, Benoît.

Sanrey, Brochard, de Ferré, Alban, Ebstein, Pilliard, Apostoli, Ga dit Gentil, Duc, Langlois, Salvetat, Hoingue, Ferrandi, Passabosc, Reverchon, Isambert, Maire, Siffert, Agut, Daymard, Oppermann, Jourdan, Grouille.

4° Pharmacien-major de première classe, M. Commaille.

5° Pharmacien-major de deuxième classe, M. Burcker.

6° Pharmaciens aides-majors de première classe classe : MM. Worms, Karcher, Brouant, Trapet, Prestat, Forestier, Jehl, Beunat, Troupeau, Marteaud, Déchaud, Marby.

— MM. Thiébaut et Durand, médecins-majors de première classe, viennent de prendre leur retraite.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Combes, médecin-major de première classe, et de M. Beylier, pharmacien-major de première classe.

— Parmi les donateurs de la Bibliothèque nationale pendant l'année 1874, nous relevons le nom de M. le docteur Leclerc, qui a donné à cet établissement la copie du manuscrit arabe de Munich. Ce manuscrit renferme les *Septennaires* d'Hippocrate avec les commentaires de Galien.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La deuxième série des cours supplémentaires s'ouvrira à partir du lundi 18 janvier 1875, à huit heures du soir, dans le grand amphithéâtre.

M. Brouardel. — La température dans les maladies, les mercredis et samedis.— M. Cornil. Les lésions anatomiques du foie, les lundis et jeudis.— M. Dubrueil. Orthopédie. Maladies chroniques, de l'appareil locomoteur, les mardis et vendredis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques des tissus et des organes du corps humain, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger. 2e édition entièrement refondue, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 551 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Leçons d'histoire naturelle médicale, par L. Boursin, répétiteur spécial pour le baccalauréat ès sciences restreint. 2e partie : Botanique médicale, racines, tiges, fleurs, feuilles, fruits, graines. — 1 vol. avec figures dans le texte, cours lithographié (pour le premier examen de fin d'année ou le troisième de doctorat). — Prix : 8 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Traitement de l'angine couenneuse par les balsamiques. Mémoire présenté au conseil général de la Mayenne, par M. H. Trideau, médecin à Andouillé. — Paris, 1874, 1 vol. gr. in-8° de 150 pages. Prix : 2 francs. — J. B. Baillière et fils.

Études de biologie. Théories nouvelles, par MM. C. Paquelin, docteur en médecine, et L. Jolly, pharmacien de 1re classe. — In-32 de 170 pages. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Du traitement méthodique des hypotrophies et des atrophies, par le docteur P. Dally. — In-8° de 54 pages. Prix : 2 francs. — Paris, 1874, G. Masson.

Note sur les myélites d'après les travaux français récents, par le docteur Clément, médecin des hôpitaux. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Recherches cliniques sur la nosographie du purpura-hemorrhagica et des affections pétéchiales, par le docteur Humbert Mollière. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine. — Chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, 7, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —.
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

DE L'ORGANISATION DE L'ASSISTANCE MÉDICALE DANS LES CAMPAGNES

Un projet de loi sur l'assistance médicale vient d'être soumis à l'Assemblée nationale, qui l'a admis déjà à une deuxième lecture, et qui aura prochainement à délibérer sur son adoption définitive. Ce projet intéresse de trop près le corps médical dont il requiert les services, pour que nous ne croyions pas devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs les principales dispositions du projet et les considérations qui l'appuient. Le rapport très-remarquable de M. Tallon porte sur les diverses propositions qui ont été faites par plusieurs membres de l'Assemblée, soit collectivement, soit individuellement, et sur les résultats d'une enquête parlementaire, à laquelle ont coopéré un grand nombre de membres des corps électifs des départements, des commissions administratives des institutions de bienfaisance, des sociétés d'agriculture et des associations médicales.

Le résultat le plus frappant de cette enquête est l'unité d'entente et de vues et l'ensemble d'affirmations sur l'extension à donner à l'institution des bureaux de bienfaisance et sur l'organisation générale des secours médicaux.

Entre les deux modes d'assistance, l'assistance hospitalière et l'assistance à domicile, la commission n'a pas eu longtemps à hésiter. L'hospice, à ses yeux, sera toujours l'indispensable moyen de secourir des malades graves, le suprême refuge du malade qui fait appel aux ressources de l'art chirurgical. Encore aurions-nous quelques réserves à faire à cet égard. Quoi qu'il en soit, le système hospitalier qui a reçu, par la loi de 1851 et par la loi sur les enfants assistés et sur les vieillards les développements et quelques-uns des perfectionnements dont il était susceptible, est, pour le moment, hors de cause.

Mais, en regard de ces institutions, il restait encore une grande lacune à combler pour le besoin le plus fréquent, pour la maladie temporaire et pour celui à qui la maladie est doublement funeste et par la privation du travail qui en résulte et par l'absence des soins nécessaires, ou tout au moins par l'extrême difficulté de se les procurer, La commission a été unanime pour reconnaître que cette lacune ne pouvait être comblée que par l'assistance à domicile.

Mais c'est justement là où elle est le plus nécessaire que l'assistance à domicile est le plus difficile à organiser. C'est cette œuvre si utile, si souvent projetée, si souvent commencée et jamais terminée, que la commission de l'Assemblée a tenu à honneur d'accomplir.

Déjà, en effet, à plusieurs époques, des enquêtes instructives ont été faites, des efforts ont été tentés dans ce sens et ont donné quelques résultats importants, mais insuffisants. Il serait superflu de rappeler ici à nos confrères, qui en ont tous certainement conservé le souvenir, les travaux du congrès médical de 1847, le projet du ministre de Salvandy, la discussion de la chambre des pairs en 1848 et les nombreuses publications que cette question a suggérées.

Pour résumer la situation actuelle, il nous suffira d'évoquer le tableau relevé par le ministre de l'intérieur sur l'état de la médecine gratuite en France, pendant l'année 1873, et duquel il résulte que l'assistance médicale a été plus ou moins régulièrement appliquée pendant cette année dans 43 départements, représentant 17,977 communes (1). Le nombre des indigents ayant reçu des soins médicaux est de 141,396 sur 671,283 indigents inscrits. Le nombre des médecins qui ont concouru à se service est de 3,307. Ce chiffre dernier se répartit d'une manière très-inégale dans les divers départements. Tel d'entre eux ne compte que 15 médecins ayant coopéré à ce service, tandis que d'autres en comptent de 200 à 260. Dans 6 départements que nous nous plaisons à signaler pour l'honneur de leur corps médical, *tous* les médecins ont concouru au service. Ce sont les départements de la Gironde, de l'Indre, d'Indre-et-Loire, des Landes, du Loiret, de l'Oise. La dépense faite par indigent soigné varie entre 17 fr. 41 maximum et 1 fr. 14 minimum, soit en moyenne 8 francs. Le chiffre des traitements et indemnités des médecins s'est élevé à 593,708 fr. 75.

Telle était, à la fin de 1873, la situation de l'assistance médicale à domicile dans les départements. Telle elle est probablement, à très-peu de chose près, au moment où l'Assemblée nationale va être appelée à se prononcer sur le projet de loi.

Voyons maintenant ce que nous promet ce nouveau projet.

Le projet repose sur trois bases principales : 1° l'extension donné au système des bureaux de bienfaisance généralisé pour

(1) Dans un rapport du ministre de l'intérieur en 1865, il était dit que quarante-huit départements possédaient des institutions d'assistance médicale à domicile, à quelques différences près dans leur organisation et leur mode de fonctionnement, suivant les besoins et les habitudes des populations. En tenant compte de la déduction à faire sur ce chiffre pour les départements d'Alsace-Lorraine, on voit qu'il n'y a eu guère progrès sous ce rapport de 1865 à 1873.

toutes les communes comme agents d'organisation de secours; 2° l'organisation générale de l'assistance médicale dans les départements, suivant le mode qu'appréciera le conseil général; 3° la création de ressources spéciales pour l'assistance médicale en cas d'insuffisance des ressources ordinaires des communes et des départements.

De ces trois points, qu'examine et étudie successivement le rapport, un seul nous intéresse spécialement, c'est celui qui concerne l'organisation générale de l'assistance médicale, pour la part contributive et le concours qui sont demandés au corps médical.

Il est bon toutefois, avant d'entrer dans l'examen de cette partie du projet, de dire qu'elle est, en réalité, l'aboutissant de tout le projet lui-même; car les considérations dans lesquelles entre le rapport sur le premier point, l'organisation des bureaux de bienfaisance, peuvent se résumer dans cette proposition, savoir : que, dans l'esprit du projet, le caractère essentiel des bureaux de bienfaisance est celui d'intermédiaire des secours médicaux.

« C'est, dit le rapport, faute d'avoir envisagé les bureaux de bienfaisance sous ce point de vue et pour ne s'être préoccupé de leur organisation qu'au point de vue des secours alimentaires, que l'ancienne administration a été conduite à cette anomalie, d'entraver plutôt que de favoriser le développement de cette institution, en vue des dangers que pouvait faire naître l'imprévoyance; tandis qu'en réalité, en donnant aux bureaux de bienfaisance pour principale attribution le secours à l'indigent malade, on s'adresse à une catégorie qui n'est point extensible comme celle de l'indigent valide, les secours médicaux étant précisément destinés à le réduire de plus en plus et à en prévenir l'accroissement. »

Cela dit, arrivons au point spécial, qui doit seul nous occuper ici.

La première préoccupation de la commission est de rechercher quelles facilités existent actuellement pour se procurer les secours de la médecine dans les communes rurales.

Le dévouement charitable des médecins est mis en première ligne. Mais, en y regardant de près et en se plaçant au point de vue vrai et pratique des choses, et non pas seulement au point de vue sentimental, la commission n'a pas tardé à se convaincre qu'avec la meilleure opinion possible du désintéressement du corps médical, on pourrait avoir des mécomptes, et que son dévouement pourrait ne pas suffire aux maux de l'indigent. « Il ne faut pas dépasser la mesure des dévouements humains, dit le rapport, ni imposer à une profession le sacrifice de tous ses avantages. » D'où la nécessité d'admettre le principe d'une rémunération ou plutôt d'une indemnisation pour les déplacements et le temps que réclamera ce service.

Ce principe admis, le second point était de s'enquérir si le nombre des médecins est suffisant dans les campagnes pour les besoins des populations.

Il résulte des relevés contenus dans le rapport de M. Bert sur les facultés de médecine, qui a passé tout entier sous les yeux de nos lecteurs, que, dans l'état actuel, non-seulement le nombre absolu des médecins en France serait insuffisant pour faire face aux besoins d'un service médical ainsi généralisé, mais que la répartition des praticiens des deux ordres, docteurs et officiers de santé, est telle que là où affluent les premiers affluent également les seconds, et là où les premiers manquent, manquent aussi les seconds. C'est donc à une augmentation et surtout à une meilleure répartition des praticiens que devraient tendre d'abord les réformes et les améliorations que l'on se propose d'introduire dans l'administration des secours médicaux. C'est le but que se sont proposé d'atteindre les pouvoirs publics par la création de nouvelles facultés de médecine et d'écoles préparatoires de plein exercice.

La commission espère, en outre, que son projet de loi concourra aussi pour sa part à ce résultat. La solution de la question de l'augmentation du nombre des praticiens, ainsi que le fait remarquer le rapporteur, se rattache par un lien intime à l'étude du projet de loi sur l'assistance médicale. « Faites, en effet, dit-il, par une organisation sérieuse et rémunératrice de l'assistance médicale, une position acceptable aux médecins des campagnes, et vous verrez le nombre s'en accroître. »

« Le problème, envisagé à ce point de vue, ajoute le rapporteur, n'est pas seulement une question d'assistance, il devient une question d'économie politique et sociale. Le travail national, la richesse du pays sont intéressés à ce que l'art médical répare les forces de l'ouvrier quand elles sont atteintes... La population riche elle-même est intéressée à ce que le médecin s'établisse à sa portée, là où il manque. C'est donc, on peut le dire, la France tout entière, la nation, la société, dont les intérêts les plus manifestes sont en jeu dans l'organisation de l'assistance médicale des campagnes. »

Nous venons d'exposer l'esprit et la portée du projet de loi soumis aux délibérations de l'Assemblée. Il nous resterait à faire connaître et apprécier le système d'organisation qui y est proposé et à examiner la part faite au corps médical. C'est ce que nous ferons dans un deuxième article. Dr BROCHIN.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. de Quatrefages présente, en son nom et au nom de M. Hamy, la troisième livraison d'un ouvrage *Sur les crânes des races humaines*. Cette livraison est consacrée à l'étude des races chez lesquelles le diamètre antéro-postérieur du crâne se raccourcit sensiblement, relativement au diamètre transversal. En d'autres termes, les auteurs se sont occupés des formes crâniennes fossiles qui appartiennent aux types mésaticéphale, sous-brachycéphale et brachycéphale. L'intérêt de cette communication réside dans la richesse des matériaux que les auteurs fournissent à une histoire qui est encore à écrire.

— M. Gosselin lit un rapport sur le travail de M. Guérin, intitulé : *Du rôle pathogénique des ferments dans les maladies chirurgicales; nouvelle méthode de traitement des amputés.* Comme académicien et comme rapporteur, M. Gosselin ne pouvait pas être plus heureux dans ses débuts. Science, méthode, clarté, mesure, tact, rien ne manque dans son rapport. Après avoir souligné que le travail de M. Guérin n'a pas l'extension que son titre pourrait faire supposer, puisque l'auteur ne s'est occupé que des amputations et du pansement ouaté qu'il applique aux opérés, M. Gosselin examine deux points : 1° si le pansement ouaté est bon; 2° s'il doit son efficacité à ce qu'il empêcherait les germes d'arriver jusqu'à la plaie.

Sur le premier point l'éminent rapporteur est tout à fait favorable à M. Guérin, et il s'appuie sur sa propre expérience, ainsi que sur celle de MM. Tillaux et Labbé, pour signaler, comme résultats du pansement ouaté : 1° l'absence ou l'existence à un faible degré de la fièvre traumatique; 2° la continuation du sommeil et de l'appétit; 3° l'absence ou l'intensité très-modérée de la douleur; 4° la présence d'une plaie vermeille recouverte d'un pus de bonne nature au moment où l'on enlève l'appareil (le vingtième ou le vingt-deuxième jour);

5° la soustraction à peu près constante de l'opéré aux dangers de l'infection purulente.

Sur le second point, qui a trait à la théorie de l'auteur, M. Gosselin a été moins favorable, et nous devons reconnaître que toutes les bonnes raisons sont de son côté. Après avoir mis hors de cause les théories de M. Pasteur, en disant fort judicieusement qu'on ne saurait assimiler les expériences qui se font avec des tubes à parois rigides et incompressibles et les pansements qui se font sur des parties rétractiles et capables de laisser ainsi pénétrer les ferments, M. Gosselin déclare que, si M. Guérin n'a jamais trouvé des vibrions et des bactéries à la surface des plaies qui avaient été recouvertes du pansement ouaté, c'est que, probablement, il n'a pas employé dans son examen des instruments suffisamment grossissants. Quant à lui, il a trouvé ces proto-organismes dans la plupart des plaies qu'il avait pansées de la même manière, et sans que leur présence fût en rien nuisible à l'état de la plaie et à la santé de l'opéré. Partant de ce fait. M. Gosselin attribue les avantages du pansement ouaté non à la propriété qu'on lui attribue d'empêcher les ferments d'arriver jusqu'à la plaie, mais à la chaleur uniforme, à l'immobilité, modératrices de l'inflammation; en second lieu, à la compression qui modère l'afflux sanguin et favorise la résorption des premiers matériaux exsudés, et enfin à la rareté du pansement. M. Gosselin rappelle que cette dernière condition a été proposée depuis longtemps par César Magatus, mais il ajoute que M. Guérin a eu le mérite de la formuler dans des termes qui la rendent essentiellement pratique.

« En résumé, dit M. Gosselin, tout en rejetant, pour un certain nombre de cas, la théorie donnée d'une façon trop exclusive par M. A. Guérin, tout en ajoutant une explication à celle qu'il a donnée, votre commission pense que le bandage ouaté a réalisé un progrès utile dans la thérapeutique des plaies, et elle conclut en vous disant que ce progrès mérite d'être signalé à toute l'attention des chirurgiens. »

M. Ollier, membre correspondant, a présenté quelques remarques qui viennent à l'appui des termes du rapport de M. Gosselin.

M. Bouillaud, lui, se place sur un tout autre terrain. L'illustre académicien regrette que le rapporteur n'ait pas été suffisamment explicite sur ce fait, à savoir que le pansement ouaté n'est pas, comme le prétendait M. Guérin, un moyen de prévenir la putridité. Réduit, dit-il, aux proportions d'un simple mode nouveau de pansement des plaies, le travail de M. Guérin ne présente, sous ce rapport, aucun caractère de grande importance.

M. Bouillaud regrette encore que le rapport ait complétement passé sous silence la question de savoir si le ferment *pyohémique*, le ferment *traumatique* constituent des ferments spéciaux, ou s'ils ne sont, au contraire, que des variétés du ferment *putride*. C'eût été, en effet, fort intéressant; mais, pour le moment, ces regrets exprimés publiquement sous forme de questions peuvent paraître quelque peu indiscrets.

M. Pasteur approuve aussi complétement que possible les conclusions si autorisées du savant rapporteur de la commission, mais il saisit cette occasion pour communiquer à l'Académie quelques faits au sujet des ferments. Il s'agit d'abord du ferment que M. Musculus avait retiré de l'urine ammoniacale, sorte de poussière impalpable, et qui, dix mois après, avait conservé la faculté de provoquer la fermentation ammoniacale de l'urine. Ce fait explique, d'après l'honorable académicien, le développement possible des urines ammoniacales par la pénétration du ferment dans la vessie. D'ailleurs M. Pasteur se montre éminemment physiologiste en ajoutant que, dans l'état de santé, notre corps oppose naturellement une résistance au développement et à la vie des infiniment petits : la vie arrête la vie qui lui est étrangère. A ce propos, M. Pasteur rappelle qu'un moyen d'éprouver la qualité d'une semence consiste à mettre les graines entre deux morceaux de flanelle humide : au bout de quelques jours, le nombre des mauvaises graines s'accuse parce qu'elle se recouvrent de moisissures, tandis que les graines saines se gonflent et se préparent à entrer en germination.

Cette différence tient évidemment à ce que, sur les graines incapables d'entrer en germination, rien ne gêne la vie des spores qui les recouvrent, tandis que sur les graines que l'air et l'humidité peuvent pénétrer, il y a lutte pour la vie entre la semence et la spore qui la recouvre.

Après avoir cité d'autres faits qui démontrent la nécessité, dans toute fermentation, de la présence de l'air et d'un germe, M. Pasteur revient au rapport de M. Gosselin, et il exprime le désir que l'on fasse des expériences concluantes, et dont il détermine les conditions pour décider si oui ou non, l'ouate empêche l'arrivée des germes fermentescibles à la surface des plaies.

Après M. Pasteur, on ne sera pas étonné de voir arriver M. Trécul. M. Trécul trouve que M. Pasteur n'a envisagé qu'un seul côté de la question en ne parlant que des *germes*. Il conviendrait, dit-il, de se demander si les bactéries et les vibrions développés ne proviennent pas de la modification des matières albuminoïdes ou organisées, sous l'influence de l'air tamisé par le coton; car il est évident aujourd'hui pour le chirurgien que les plaies guérissent en présence des petits êtres dont il est question. L'honorable académicien ajoute qu'il a annoncé que des *amylobacters* peuvent se développer dans les tissus végétaux, et que des résultats analogues ont été obtenus par divers observateurs dans l'intérieur des tissus animaux. Ceci, comme on le voit, nous ramène tout droit à la lutte pour ou contre les générations spontanées. Mais M. Trécul n'insiste pas, et la discussion sur le rapport de M. Gosselin est ainsi terminée.

De cette discussion, nous relèverons deux faits essentiels :

1° Un nouveau mode de pansement de plaies jugé favorablement par les chirurgiens les plus éminents;

2° L'innocuité des proto-organismes à la surface des plaies.

Cette dernière proposition, que les expériences de M. Demarquay ont parfaitement mise en lumière, a pour nous une importance de premier ordre. Peu nous importe, en effet, que ces organismes se développent dans les liquides exsudés sous l'influence de germes, ou sous l'influence d'une évolution spontanée de la matière. L'essentiel pour nous médecins est de savoir que ces *éléments mouvants* ne sont pas des produits de la vie, et qu'ils ne font que se développer dans des produits provenant des tissus. Leur présence n'exerçant aucune influence sur l'état des plaies, c'est partout ailleurs que dans ces infiniment petits qu'il faut rechercher la cause de la putridité; c'est dans les conditions générales du corps malade qu'il faut les chercher, et si nos topiques et nos modes de pansement modifient avantageusement les surfaces traumatiques, c'est par leur action directe sur la matière vivante et non par leur action spécifique sur les produits de la vie. Cette manière de voir et d'apprécier les faits de l'expérience est tout à fait personnelle et ne nous empêche pas de faire connaître celle qui est diamétralement opposée et que professe M. Bouloumié dans une note que M. Pasteur a présentée dans la même séance.

M. Bouloumié a étudié très-attentivement la forme et le dé-

veloppement des divers micro-organismes qui peuvent se développer à la surface des plaies : granulations, chapelets, bâtonnets, etc., etc., et il conclut en ces termes :

1° Des micro-organismes peuvent exister dans les suppurations sans empêcher les cicatrisations et altérer la santé du blessé :

2° Les micro-organismes envahissent les parties voisines de la plaie et donnent lieu à des abcès de voisinage.

3° Les micro-organismes envahissent, par le système lymphatique ou le système veineux, un organisme sain, sans provoquer autre chose qu'une réaction et des déjections éliminatrices.

4° Les micro-organismes envahissent un organisme déjà profondément affecté et y développent la septicémie par leur action toxique d'abord, puis par l'action virulente des éléments désorganisés par eux.

Parmi les agents destinés aux pansements, il faut choisir ceux qui ont une action favorable sur la cicatrisation et qui, en même temps, sont opposés à la vie et à la prolifération des micro-organismes. A ce point de vue, l'alcool et la glycérine doivent avoir la préférence. Ils enrayent la vie des vibrioniens très-avides d'eau en les privant de leur eau de constitution.

C'est par un bon pansement qu'on peut empêcher souvent la première étape de l'infection, et c'est par une hygiène bien entendue qu'on peut diminuer les chances de généralisation des ferments morbigènes, s'ils ont franchi les limites de la plaie.

Dr Édouard FOURNIÉ.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT

Des maladies du cœur chez les enfants (1).

TRAITEMENT DE L'ENDOCARDITE VÉGÉTANTE DES MALADIES AIGUES FÉBRILES.

L'endocardite végétante aiguë se développant presque toujours comme complication à peine appréciable des maladies fébriles, et ne produisant que par exception des symptômes sérieux, n'exige pas de traitement spécial. Elle n'est généralement pas assez violente pour détourner l'attention de la maladie primitive et principale. Toutefois quand avec le rhumatisme aigu, la pleurésie, la pneumonie, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, l'érythème noueux, la diphthérite, etc., il y a un souffle assez fort de la région cardiaque et qu'il existe de la dyspnée pouvant faire craindre une forte altération valvulaire, il y a lieu d'intervenir. C'est surtout quand avec l'endocardite végétante et ses différents souffles, il y a obscurité des battements, défaut de claquement valvulaire et respiration fréquente faisant pressentir de la thrombose cardiaque que le danger commande d'agir pour prévenir cette mort par le cœur qu'ont si bien signalée Meigs et Robinson Everley.

Aussi dans l'endocardite simple, peu ou point d'intervention médicale, mais s'il y a cardite ou thrombose, une médication est nécessaire.

Malgré l'état causé par l'affection primitive, quand on juge l'endocardite végétante assez forte pour devoir être l'origine d'une lésion sérieuse dans l'avenir, il faut mettre au cœur un ou plusieurs vésicatoires volants successifs de 5 à 6 centimètres.

Ensuite, si la maladie primitive le permet, il faut donner de la poudre de digitale 5 à 10 centigrammes par jour, — de la teinture de digitale quinze à vingt gouttes dans un julep ; — un granule de la digitaline Nativelle. Souvent la chose est possible, car la digitale employée pour modérer le frottement du sang sur les valvules agit également comme antipyrétique et diminue l'état fébrile engendré par la maladie primitive. Toutefois il faut observer avec soin l'action du remède, car chez les enfants il peut se produire des troubles gastriques et des vomissements qui obligent de supprimer la digitale.

Au lieu de digitale, on peut employer la *vératrine* à la dose de 10, 15 et 25 milligrammes. C'est un médicament cardiaque qui est également antipyrétique et qui modère la circulation, tant que la fibre du cœur est normale. Malheureusement, lors qu'il y a de la cardite, la vératrine agit beaucoup moins et ne ralentit que très-peu la circulation. Toutefois, lorsque l'endocardite survient dans une maladie aiguë de l'intestin, il faut se garder de mettre la vératrine en usage, car elle est irritante et plus nuisible qu'utile.

Le *sulfate de quinine* à petite dose longtemps continué peut être employé dans le même but. Mais ici encore l'action hyposthénisante du cœur cesse de se faire sentir lorsque l'endocardite est accompagnée de cardite.

L'*émétique* à petite dose administré d'une façon continue et sans modifier l'alimentation m'a paru avoir une action contro-stimulante sérieuse sur l'affection cardiaque.

L'eau de laurier-cerise à 1 ou 2 grammes n'a d'action que sur la dyspnée et non sur la lésion valvulaire. Le régime enfin doit être réglé avec le plus grand soin, et la chose est souvent difficile en raison de la maladie principale qui peut imposer de grandes réserves à cet égard. Pendant le cours de la maladie aiguë et de sa complication d'endocardite végétante, les bouillons, les potages et l'eau vineuse peuvent continuer à être prescrits. Si, au contraire, la maladie principale est guérie, il n'y a pas trop lieu de se préoccuper de l'état du cœur et il faut nourrir les malades avec ménagement, sans trop craindre les effets de la nourriture. Celui qui ne sait pas nourrir ses malades ne saura jamais les guérir.

Dans ce cas, lorsque les enfants sont sur pied, et qu'ils peuvent sortir, il faut les nourrir à l'aide d'un régime exclusif de lait, deux litres par jour, de légumes verts et féculents au gras, de fruits, de pain et de beurre avec de l'eau vineuse.

Si ce régime ne réussit pas ou devient intolérable, malgré ses avantages, il faut le modifier et introduire l'usage des viandes blanches, mais on obtiendra de bien meilleurs résultats par la diète lactée.

Enfin, en supposant que la lésion valvulaire persiste, et qu'il n'y ait plus de doute à avoir sur l'existence d'une affection organique sérieuse, dont les conséquences ne se montreront peut-être qu'au bout de quinze ou vingt ans, et même davantage, comme j'en ai vu des exemples, il faut essayer de prévenir les accidents ultérieurs et de maintenir la lésion à l'*état latent*. Cela est possible, car l'on voit souvent s'établir chez les enfants, entre les rétrécissements ou les insuffisances valvulaires et la contractilité cardiaque un équilibre exact qui rend la lésion inaperçue pour le malade. Ce n'est que plus tard, souvent après bien des années, que sous l'influence des fatigues de la vie et des passions, de maladies nouvelles, de la maternité ou de causes nocives accidentelles, que la lésion cardiaque se fait sentir et entraîne les accidents graves que chacun connaît. C'est pour maintenir aussi longtemps que possible à l'état latent, les lésions vasculaires de l'enfance, que le médecin doit agir. Pour moi, je n'hésite jamais et, dans ces circonstances, je fais appliquer deux cautères à la région précordiale

(1) Suite. — Voir les numéros des 17, 24 novembre 3, 10, 17 et 24 décembre 1874.

dont j'entretiens la suppuration pendant quelques mois. Dès qu'ils se sèchent et se ferment, j'en fais appliquer d'autres, et après avoir entretenu ces exutoires pendant six mois ou un an, je suis parvenu à faire rétrograder des lésions que d'habitude l'on considère comme devant s'accroître de jour en jour. C'est ce qui m'a fait dire que chez les enfants les maladies du cœur sont infiniment moins graves que chez l'adulte.

(*A suivre.*)

HOTEL-DIEU DE LYON

Observation de luxation sous-épineuse complète de l'épaule droite

Par Daniel Mollière, chirurgien en chef désigné.

Les luxations complètes de l'épaule en arrière, c'est-à-dire dans la fosse sous-épineuse, étant exceptionnellement rares, j'ai cru devoir publier le fait suivant, qui me paraît se rapporter à cette variété. L'observation a été recueillie par M. Vincent, interne du service.

Il s'agit d'une femme de soixante et un ans, la nommée Anne A..., habitant aux environs de Lyon, et exerçant la profession de maraîchère. Le 10 septembre, en descendant de sa charrette du côté gauche, se tenant de la main droite, son pied droit glissa, et sa main droite eut à soutenir tout le poids du corps. C'est dans cette série de mouvements d'adduction, de circumduction et d'abduction que le déplacement s'est produit. Il n'y a donc eu ni choc, ni chute. Quand la malade vient se présenter à l'Hôtel-Dieu, on pouvait observer les symptômes suivants :

1° *A la vue.* L'épaule droite semblait plus volumineuse, la saillie deltoïdienne plutôt exagérée qu'effacée. L'extrémité externe de la clavicule faisait cependant saillie. Abaissement du bord antérieur de l'aisselle. Coude rapproché du tronc et porté en avant.

2° *A la palpation.* On sent au-dessous de la saillie formée par l'extrémité externe de la clavicule le bec de l'apophyse coracoïde et une dépression profonde qui correspond à la cavité glénoïde. Immédiatement en arrière et *en dedans* de l'angle postérieur de l'acromion ; on sent sous la peau une saillie rouge, sphérique, formée par la tête humérale. Elle efface en grande partie la fosse sous-épineuse.

3° *Mensurations.* Ni allongement ni raccourcissement appréciable; mais tandis que le diamètre antéro-postérieur de l'épaule saine n'a que 5 centimètres, celui du côté droit n'en a pas moins de 10.

4° *Mouvements.* Mouvements actifs de flexion en avant peu étendus, mouvements d'extension, en arrière impossibles. Les mouvements passifs sont un peu plus étendus, mais on ne peut produire l'abduction qu'en entraînant l'omoplate. Mouvements de rotation impossibles.

Pas de douleur, pas de gonflement, pas de crépitation.

On avait donc affaire bien évidemment à un déplacement de la tête humérale, et la tumeur que l'on voyait faire saillie dans la fosse sous-épineuse n'était autre que cette tête humérale elle-même. Et comme, d'autre part, toute la tumeur était située au dedans de l'angle postérieur de l'acromion, il s'agissait donc d'une luxation complète de l'épaule en arrière, d'une réduction dans la fosse sous-épineuse.

La réduction fut extrêmement facile. Il me suffit de faire exercer une légère traction sur le membre, tandis que, les doigts dans l'aisselle et les pouces sur la tête humérale, je la repoussais dans la cavité. J'appliquai, aussitôt après la réduction, un appareil ouaté, et, le huitième jour, la malade quitta l'hôpital parfaitement guérie, et il n'y avait même plus de gonflement.

Telle est, en termes aussi concis que possible, l'observation de ma malade. Je crois inutile d'entrer ici dans de longues considérations à son sujet. Je me borne à indiquer le fait parce qu'il appartient à une espèce extrêmement rare, et que je crois qu'au point de vue du diagnostic, il ne peut y avoir aucun doute.

Le mécanisme par lequel le déplacement s'est produit mérite aussi d'attirer l'attention, car en suivant le récit de la malade, il paraît infiniment probable que c'est par une contraction brusque d'un groupe musculaire isolé que la tête humérale a été entraînée en arrière. Quant à la réduction, elle a été tellement facile que c'est à ce même procédé que j'engage à recourir tous ceux qui pourraient se trouver en présence d'un pareil déplacement. Cette facilité de réduction a, du reste, été notée dans les deux ou trois observations de luxations complètes sous-épineuses de l'épaule que possède déjà la science.

THÉRAPEUTIQUE

Le camphre monobromé.

Le camphre monobromé a été découvert en 1861 par M. Swartz, professeur de chimie à l'université de Gand et décrit par lui dans deux mémoires publiés dans le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique* (1). Depuis, cette substance a été étudiée par M. Perkin (2).

C'est l'auteur de la découverte, M. Swartz, qui a donné à ce produit sa dénomination exacte. Quant aux noms de bromure de camphre ou de monobromure de camphre, introduit par MM. Maisch et W. A. Hammond, ils ne sont pas heureusement choisis.

On connaît un véritable bromure de camphre, résultant de la combinaison du camphre et du brome, et tout à fait différent du camphre monobromé. Les plus grandes difficultés de préparation, dont ces savants disent avoir dû triompher, n'ont point été rencontrées par M. Swartz. Le camphre monobromé, dit l'éminent chimiste de Gand, est d'une préparation, d'une cristallisation et, par suite, d'une purification extrêmement faciles.

Les premières expériences physiques sur le camphre bromé ont été faites par M. Swartz. Il reconnut que ce corps faisait disparaître tout appétit vénérien chez les chiens, même quand on les mettait en présence de chiennes en chaleur. Il observa un jour un accès de tétanos chez un chien à qui il avait administré quatre grammes de ce produit.

C'est sur ses instances que le docteur Deneffe, qui nous adresse cette note, a essayé l'emploi thérapeutique du camphre bromé, et l'observation, comme on le sait, a pleinement justifié les espérances de son savant collègue.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 décembre 1874. — Présidence de M. Peter.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une lettre de M. Gallard, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

ÉLECTIONS

L'ordre du jour appelle l'ouverture du scrutin pour le renouvellement du bureau.

M. Gallard est nommé président par 35 voix sur 43 votants; 5 voix pour M. Richelot ; 3 bulletins blancs.

M. Richelot est nommé vice-président par 27 voix sur 47 votants; 15 voix pour M. Mercier; 1 voix à M. Dechambre; 4 bulletins blancs.

(1) *Bull. de l'Académie royale de Belgique*, XII, n° 11 ; *ibid.*, XXI, n° 4. — Institut, 1862-1863, 1866, 287.

(2) *Ann. Chem. Pharm.*, suppl. IV, 124.

M. Gillette est nommé secrétaire général par 29 voix sur 50 votants; 21 voix pour M. Charrier.

Sont nommés secrétaires annuels : MM. Lemoine par 45 voix et Gillebert d'Hercourt 44 voix.

Sont nommés membres du conseil d'administration : M. Peter 29 voix, M. Mercier 24.

MM. Charrier 28 voix, de Saint-Germain 27, Polaillon 26, et Colineau 20, sont nommés membres du comité de publication.

MM. Voisin, par 40 voix, et Perrin, par 35, sont maintenus, le premier comme archiviste, le second comme trésorier.

Sur la proposition de M. Leudet, des remercîments sont votés à M. Charrier comme secrétaire général à l'unanimité moins une voix.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr GILLETTE.

Séance du 26 décembre. — Présidence de M. PETER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION

M. GALLARD présente à la société deux tumeurs fibreuses de l'utérus qu'il a enlevées successivement à la même femme.

DISCUSSION

M. GILLETTE. On remarque que ces tumeurs sont enveloppées par une membrane contenant des vaisseaux destinés à leur nutrition. En outre, cette enveloppe permet de pratiquer facilement l'énucléation.

En ce qui concerne particulièrement la seconde tumeur, les vaisseaux s'y montrent non-seulement dans l'enveloppe, mais aussi dans le pédoncule; de plus, c'est une sorte de polype multiple, ce qui empêchait l'énucléation.

M. GALLARD. M. Gillette a raison d'insister sur la disposition vasculaire de ces tumeurs. Cette forme présente des dangers au point de vue opératoire, car les vaisseaux qui rampent dans les cloisons rendent faciles les hémorrhagies. Après l'opération, le sang continua quelque temps à suinter de la tumeur par la surface de section ; il était donc logique de penser que pareille chose avait lieu par la plaie qui restait à l'utérus. C'est d'ailleurs pour cela que je préférerais le galvano-cautère. J'ajouterai un mot sur l'énucléation telle qu'elle a été pratiquée par quelques chirurgiens, entre autres par MM. Amussat, Boyer et Maisonneuve. C'est une méthode dans laquelle il y a un peu à prendre et beaucoup à laisser. Je préfère un procédé qui m'avait été indiqué par Nélaton pour une malade que nous voyons ensemble en 1855. Il s'agissait d'une tumeur enfermée dans la lèvre postérieure du col.

Nélaton me proposa de faciliter le travail, par lequel la pédiculisation aurait pu se faire naturellement; et, pour ce faire, il s'agissait d'inciser l'enveloppe et la couche fibro-musculaire du polype et d'attendre que celui-ci, repoussé, devint vaginal, d'intra-utérin qu'il était. L'énucléation devenait alors facile. Des retards furent apportés, et la malade succomba avant d'avoir été opérée.

Depuis, il a été question d'une opération semblable pour une malade atteinte de polype utérin, mais de polype faisant saillie du côté du péritoine, ce qui diminuait singulièrement les chances de succès et qui fait d'ailleurs que l'on a renoncé à l'opération. La malade vit encore.

M. DOLBEAU. Je suis surpris d'entendre M. Gallard exprimer le regret de n'avoir pu se servir de l'anse galvano-cautère. La section par un fil mécanique placé à froid et rougi au moyen d'un courant électrique peut-elle garantir contre les hémorrhagies? Les faits ne le prouvent pas. De plus, il s'agit là de myomes qui ont évolué après avoir repoussé devant eux une muqueuse considérablement amincie et allongée; c'est de cette façon qu'il ont fini par se pédiculiser. Or ces tumeurs ne contiennent pas de vaisseaux, la membrane enveloppante seule pourrait donner du sang, mais elle est amincie au point qu'il ne faut pas se préoccuper des hémorrhagies qui auraient lieu, au contraire, s'il fallait aller chercher la tumeur dans les parois mêmes de l'utérus. Nélaton et Velpeau se contentaient d'opérer des tractions et ne détruisaient le pédicule par la section que lorsque la résistance était sérieuse; et pour cela, Velpeau se servait de pinces plates, Dubois employait un couteau courbé en forme de crochet. On peut aussi serrer le pédicule au moyen d'une simple ficelle, mais cette manœuvre a l'inconvénient de laisser le polype pourrir dans la cavité. L'anse métallique est bonne pour sectionner, mais il ne faut pas s'inquiéter de l'hémorrhagie.

Quand cela saigne, il suffit de placer sur la plaie un tampon de charpie sèche; à la rigueur, on prescrit le seigle ergoté. Quand il se produit des hémorrhagies, c'est qu'il y a eu confusion et qu'il s'agit de tumeurs se prolongeant dans la paroi utérine.

En opérant ces tumeurs, on agit sur leur partie inférieure, les trois quarts supérieurs restent dans l'utérus, et l'on peut craindre l'hémorrhagie parce que l'on a sectionné en plein tissu utérin. Dans ces cas, l'anse galvano-cautère peut être utile, mais dans le premier cas, non.

M. GALLARD. Entre les deux types dont vient de parler M. Dolbeau, il y a eu un intermédiaire; celui d'une tumeur proéminente dans le vagin, et cependant remontant très-haut dans l'utérus, offrant pur cela même des chances d'hémorrhagie à la section. C'est à peu près le cas de mes tumeurs. Une autre raison encore, pour redouter la perte de sang, c'est qu'en dehors des tumeurs uniques, il en est de composées, semblables à une masse de grains de raisin pressés les uns contre les autres, dont chaque partie contient des vaisseaux et réunis par une gangue très-vasculaire elle-même. C'est ce qui est arrivé dans le cas que je présente.

M. LUNIER. M. Gallard a parlé d'incision sur la surface de la tumeur pour en faciliter l'énucléation; il faudrait alors que celle-ci se fasse avec rapidité, car autrement il se formerait une cicatrice dont le tissu peu extensible diminuerait la facilité d'évolution.

M. GALLARD. Lorsque l'incision a été faite sur le cadavre, j'ai toujours vu les lèvres de la plaie s'écarter pour laisser voir la tumeur dans leur intervalle. Sur le vivant, j'ai toujours senti les rebords de mon incision sans remarquer la moindre tendance à la cicatrisation.

M. GILLETTE. Il n'est pas nécessaire que l'énucléation se fasse instantanément. M. le docteur Manel rapporte un grand nombre de cas (50, dont 33 guérisons et 17 morts), dans lesquels l'opération a été faite par le procédé suivant : après avoir incisé l'enveloppe, on introduisait chaque jour et l'on promenait entre les lèvres de la plaie, soit le doigt, soit un crochet mousse; au bout de quelques jours l'énucléation se faisait. Ce n'est pas un moyen que je préconise, je me contente de constater qu'il a réussi souvent. Il existe un cas du même genre publié par M. Maisonneuve. Actuellement, on semble revenir à l'excision. M. Gosselin se sert pour cela de ciseaux courbes et n'observe pas d'hémorrhagies.

M. DE RANSE. Deux cas de tumeurs sessiles, fendues et énucléées ensuite, ainsi que vient de le dire M. Gillette, ont été publiées par M. Abeille.

PRÉSENTATION

M. DEHOUX, directeur de l'école de médecine de Port-au-Prince, présente à la société un appareil hyponarthécique pour le traitement des plaies et des fractures d'après la méthode du docteur William Francis Flührer, de New-York. Vu l'heure avancée, la communication à l'appui est renvoyée à la séance suivante.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : GILLEBERT-DHERCOURT.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 décembre 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

DISCUSSION

M. GUÉNIOT partage l'opinion de M. Blot en ce qui concerne l'intervention tardive du chirurgien dans les cas d'hypertrophie consi-

(1) Suite. — Voir le numéro du 16 janvier.

dérable du col avec œdème. Mais il ne saurait admettre qu'il s'agit d'une semblable lésion dans l'observation de M. Calmeille. Après l'ablation de la tumeur, le col fut trouvé volumineux et la lèvre antérieure reconstituée. M. Guéniot croit qu'il y avait là un polype fibreux, à large pédicule, inséré sur le col ou dans son intérieur ; ce genre de tumeurs n'empêche nullement la grossesse d'arriver à terme. Quant à l'hypertrophie du col, elle lui semble peu susceptible de s'exagérer au point de donner lieu à la production d'une tumeur du volume d'une tête de fœtus.

M. FORGET s'étonne du rapprochement établi par M. Blot entre la tumeur de M. Calmeille et celle qu'il a observée lui-même. Un tissu œdématié aurait moins résisté, d'après lui, à l'action des ligatures, et, après l'opération, on n'aurait pas trouvé la lèvre antérieure intacte. L'exploration a fait constater qu'il existait, au-dessus de la lèvre antérieure, une excavation qui semble marquer l'insertion de la tumeur.

M. Forget admettrait difficilement que cette tumeur, dont la perte lui paraît regrettable, ne fût pas un corps fibreux ou un polype fibreux. Il rappelle que ces productions morbides sont recouvertes par une muqueuse dont l'aspect est souvent semblable à celui de la surface du placenta.

M. VERNEUIL regrette également que la pièce ait été égarée. Mais comme il l'a eue entre les mains, il a été en mesure de l'examiner; or il partage complétement l'avis de M. Calmeille et du rapporteur, relativement à sa nature. C'était une masse mollasse, qui ne ressemblait en rien à un polype fibreux. M. Verneuil ayant eu l'occasion de faire l'autopsie d'une jeune femme morte à la fin de la grossesse, trouva à l'entrée du vagin une tumeur molle, fluctuante, tremblotante et d'un volume énorme ; il put constater qu'elle était constituée par la lèvre antérieure du col. Il a peine à croire qu'un polype fibreux puisse jamais prendre cette apparence. Dans l'observation de M. Calmeille, le pédicule avait de 7 à 8 centimètres de circonférence.

M. BLOT n'a porté un jugement qu'en se basant sur les faits qu'il a observés. Les polypes peuvent se ramollir pendant la grossesse, mais non subir des modifications telles qu'ils deviendraient comparables à *du tissu placentaire*, comme dit M. Calmeille. Dans le cas observé par M. Blot, l'hypertrophie de la lèvre antérieure du col, existant probablement dès avant la grossesse, avait pris, sous l'influence de cette dernière, l'aspect si bien décrit par l'auteur. Les opérations qu'on pratique dans ces conditions offrent un danger en raison de la vascularité plus grande des parties génitales pendant la gestation. D'ailleurs la résorption atrophique qui s'opère après l'accouchement permet d'espérer que la tumeur disparaîtra spontanément. Il convient donc d'attendre deux ou trois mois, et si les efforts de la nature ne suffisent pas à procurer la guérison, l'intervention du chirurgien peut alors s'exercer avec beaucoup plus de chances de succès.

Les conclusions du rapport sont adoptées. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La bourse fondée au lycée Saint-Louis par l'Association des médecins de la Seine, en exécution de la donation de M. le docteur Moulin, se trouvera vacante au mois d'octobre 1875. L'acte de donation prescrit que « la bourse sera fondée en faveur et au seul profit du fils d'un docteur en médecine ou en chirurgie, français, reçu dans une faculté de France, pauvre et malheureux, membre ou non de ladite société, vivant ou décédé, que ladite société choisira et désignera chaque fois que ladite bourse sera devenue vacante ».

Les demandes et les pièces à l'appui devront être adressées avant le 1er juin 1875, à M. le docteur Orfila, secrétaire général de l'association, rue Casimir-Delavigne, nº 2, à Paris.

— Par suite du décès de M. Boys de Loury, médecin titulaire de l'hospice *spécial* annexé à la maison de Saint-Lazare et consacré au traitement des vénériennes, M. le docteur Boureau, médecin-adjoint, a été nommé médecin titulaire, et M. le docteur Aimé Martin a été nommé médecin-adjoint.

— *Hôpital Cochin.* — M. le docteur A. Desprès, chirurgien de l'hôpital, reprendra ses leçons cliniques le mercredi 27 janvier, et les continuera les mercredis et samedis suivants.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 8. — JEUDI 21 JANVIER 1875. 48e ANNÉE. JEUDI 21 JANVIER 1875. — N° 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le choléra est à la veille d'être reprise à l'occasion du rapport général sur les épidémies.

M. Woillez, au nom de la commission, veut surtout démontrer :

1° Que le choléra est exotique d'origine — point qui n'est plus guère contesté, si ce n'est peut-être par M. Guérin.

2° Que son extension est directement proportionnelle à l'insalubrité des lieux qu'elle envahit et qu'elle a pu être arrêtée facilement, en quelques jours, par des mesures d'assainissement et, pour ainsi dire, d'hygiène banale. — Ceci a paru plus nouveau, plus inattendu.

Au contraire, on se rappelle avoir toujours vu, dans toutes les épidémies qui ont eu lieu jusqu'à présent, le choléra montrer, au point de vue de l'hygiène, les caprices les plus singuliers.

En Franche-Comté notamment, il a réduit de près de moitié la population de plusieurs villages, très-bien tenus, très-bien situés, à mi-côte ou sur la hauteur, au milieu d'un air excellent ; tandis qu'autour d'eux et même entre eux, dans les bas-fonds, il épargnait de pauvres villages, malsains et malpropres, dont les habitants étaient en rapports continuels avec les foyers d'infection.

Il est peu de médecins qui n'ait dans sa mémoire des étonnements de ce genre.

Et cependant M. Woillez croit avoir solidement établi par des faits les conclusions qu'il donne.

N'est-il pas à craindre qu'il se soit laissé entraîné un peu loin par l'application simultanée des principes fondamentaux de la méthode numérique et du vieil adage : *Post hoc, ergo propter hoc ?*

S'il faut compter les faits et non pas les peser pour n'y pas mettre de parti pris, ainsi qu'on le soutient dans l'école que Louis a rendue célèbre, encore est-il bon de savoir jusqu'à quel point ce que l'on compte est bien un fait.

Un rapport de coïncidence n'est pas un fait à invoquer, s'il n'est pas clairement établi qu'il existe un lien naturel entre les deux termes. Multipliez à l'infini les hasards de telles rencontres, et vous n'aurez pas avancé d'un pas la constatation d'un rapport de causalité.

L'épidémie de 1873, la seule dont se soit occupé M. Woillez, a été partout assez bénigne, bien différente des trois épidémies de 1832, 1849, 1865, elle s'est éteinte rapidement, pour ne plus renaître nulle part. Quand elle paraissait dans une localité, naturellement on s'en préoccupait ; on s'agitait ; on voulait assainir ; on faisait de l'aération, des lavages, etc. ; — sur ces entrefaites, elle cessait. Était-ce bien à cause des lavages, de l'aération, des mesures que l'on s'était hâté de prendre ? On était flatté de le croire, mais cela reste à démontrer.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HAYEM.

Du rhumatisme.

(Leçon clinique recueillie par M. J. LAFAYE.)

Ceux d'entre vous qui ont suivi le service dans ces derniers temps ont pu s'apercevoir que, pendant les mois d'octobre et novembre, un seul cas de rhumatisme s'était offert à leur observation parmi les malades qu'ils ont pu étudier.

Il n'en est plus de même à partir du 28 novembre, car nous voyons le nombre des rhumatisants s'élever, de cette date au 7 décembre, à sept — quatre hommes et trois femmes.

Ce nombre, relativement considérable pour un petit service, nous prouve déjà que le rhumatisme est une de ces affections qui apparaissent de préférence à certaines époques de l'année, soumises aux variations atmosphériques et caractérisées par de fréquentes transitions d'une température à une autre.

Ces influences atmosphériques nous expliquent encore le retour périodique des accès de rhumatisme chez des sujets déjà atteints de cette diathèse.

C'est dans le sens de cette prédominance de la maladie aux changements de saison que l'on doit comprendre le terme épidémie de rhumatisme dont Stoll se servait, car, et cela tout le monde l'admet, les affections diathésiques ne reviennent jamais sous forme d'épidémie dans le vrai sens du mot.

Tous les cas dont je veux vous entretenir se présentent sous forme de rhumatismes aigus francs, généralisés, mobiles, portant sur les jointures. Ce sont, en un mot, de véritables cas de rhumatisme aigu, tous sont d'une intensité moyenne.

Je vous citerai d'abord le n° 16 *bis* de la salle Saint-Jean de Dieu, élève en pharmacie, âgé de vingt-cinq ans.

Ce malade présente, au premier examen, les caractères d'un tempérament prédisposé à cette affection.

Il est blond, la peau est blanche et la perspiration facile, causes prédisposantes, d'après les auteurs classiques.

La face est animée, couverte de sueur. Les articulations, prises et gonflées sont les articulations tibio-tarsiennes et les genoux pour les membres inférieurs ; du côté des membres supérieurs, on observe de l'œdème généralisé au dos de la main, avec douleur dans les articulations radio-carpiennes et dans celles du carpe; légères douleurs également au niveau des épaules.

Prise au moment de l'entrée, la température s'est élevée à 39 degrés le soir, à 30°9 le matin.

Il est important, en effet, pour se rendre compte de l'état de gravité de l'affection et de la marche qu'elle peut suivre, de s'attacher à l'analyse des phénomènes fébriles et de la température.

L'état de la fièvre permet jusqu'à un certain point de porter un pronostic anticipé et de dire si le rhumatisme sera grave ou d'une intensité moyenne.

Dans ces conditions, il était également important de se rendre compte de l'état du tube digestif.

Le malade avait la langue saburrale, sans enduit bien prononcé; du côté des intestins, point de diarrhée ni de constipation.

Cœur. — Bruit de souffle au premier temps à la pointe, un peu rude, avec maximum au niveau du mamelon, et ne se propageant pas à la base. Il existait donc un léger degré d'endocardite mitrale.

S'agissait-il d'une première attaque du rhumatisme ?

Le malade est venu à notre aide en nous racontant les faits suivants :

Il fut pris, le 20 octobre, d'une blennorrhagie traitée par des injections, et qui guérit en vingt-cinq jours de ce traitemen, mais une orchite survint (côté gauche) qui nécessita le repos complet et le força à garder le lit pendant sept à huit jours, au bout desquels elle disparut progressivement, et le malade put sortir.

De retour à sa pharmacie, il ne tarda pas à ressentir des douleurs lombaires (douleurs rhumatoïdes). Deux ou trois jours après, par un temps de pluie, il monta sur l'impériale d'un omnibus ayant chaud, et se refroidit.

Il fut pris de frissons, et, à son réveil le lendemain, il éprouva des douleurs rhumatismales dans les jointures.

C'est la première fois qu'il est atteint de rhumatisme, et il n'existe pas de rhumatisants dans sa famille.

Le rhumatisme est donc chez lui une diathèse acquise.

Les conditions hygiéniques dans lesquelles a été placé le malade ont donc pu suffire pour produire cette première attaque. Cependant il reste encore un point intéressant à élucider en présence des accidents antérieurs survenus chez lui : la blennorrhagie et l'orchite.

Il s'agit de savoir, en effet, si cette affection n'a pas joué le rôle de cause déterminante dans l'affection du rhumatisme qui nous occupe.

Personne de vous n'ignore ces atteintes rhumatismales connues sous le nom de rhumatismes blennorrhagiques, dans lesquelles on voit survenir chez les malades une série d'arthrites qui se généralisent et portent à croire à un rhumatisme aigu.

Cette question est importante à trancher au point de vue du traitement. Les bases suivant lesquelles nous pouvons fonder un diagnostic sont les suivantes : « Le rhumatisme blennorrhagique se déclare dans le cours de cette affection, alors qu'elle n'est pas encore guérie.

Or le cas que nous avons sous les yeux a pris naissance après la guérison de la blennorrhagie : c'est une forme assez rare dans le rhumatisme blennorrhagique, mais que cependant on observe quelquefois. L'évolution même de la maladie aiguë et compliquée d'endocardite nous permet de rejeter la blennorrhagie comme cause, car le rhumatisme blennorrhagique est fixe de sa nature et n'a pas de tendance à se compliquer de phlegmasie cardiaque.

Dans ce cas, au contraire, nous avons affaire à un cas des plus simples.

Sous l'influence d'un traitement régulier, nous voyons les douleurs diminuer, ainsi que l'état fébrile, nous n'avons à noter aucune inflammation du côté des gaînes tendineuses; du côté de la vue, absence d'ophthalmie, tous points qui doivent éloigner l'idée du rhumatisme blennorrhagique.

Dans ce cas, le rhumatisme est de moyenne intensité ; le pronostic doit être regardé comme favorable.

Nous ferons, pour ce qui concerne l'endocardite, quelques réserves, car, manifestation indépendante des douleurs articulaires, elle peut être le point de départ d'une affection organique du cœur et entraîner tôt ou tard des phénomènes graves.

Je crois cependant que cette endocardite légère ne tardera pas à disparaître et qu'elle ne produira pas d'accidents graves actuels.

J'aurais à m'étendre plus longuement et à un point de vue plus général sur le traitement employé.

J'ai mis en usage le traitement mixte.

Au huitième et neuvième jour de l'évolution, j'ai administré le chiendent nitré pour tisane et le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme. Il a été bien supporté.

Pour faciliter la transpiration et calmer l'élément douleur, j'ai eu recours à la poudre de Dower à la dose de 1 gramme.

Nous allons maintenant nous entretenir d'autres malades plus intéressants, qui présentent, au point de vue des atteintes du côté du cœur, un intérêt plus grand.

Les manifestations cardiaques dans l'évolution du rhumatisme ne sont pas rares ; découvertes par M. Bouillaud, elles ont appelé l'attention des médecins.

On rencontre cette coïncidence, d'après certains auteurs, $\frac{40}{100}$ et $\frac{60}{100}$, en disant dans la moitié des cas on reste dans le vrai.

Les inflammations cardiaques sont des manifestations rhumatismales comme les douleurs des jointures ; de plus, comme vous le savez, il y a des malades qui présentent des endocardites et des péricardites rhumatismales, et n'ont rien du côté des articulations.

On peut donc trouver des rhumatismes débutant par d'autres points que les séreuses articulaires.

Je vous citerai, pour exemple, le n° 3 *bis* de la salle Sainte-Madeleine.

La malade est une jeune fille âgée de vingt-six ans. C'est sa première attaque de rhumatisme. L'affection a débuté par une angine.

Puis, peu après, la fièvre s'est allumée, les douleurs sont survenues, et le jour où elle s'est présentée, les douleurs avaient envahi ses membres.

La température, le jour de son entrée, s'élevait, le soir, à 39 degrés.

Le cœur offrait en même temps les symptômes d'une endocardite avec bruit de souffle à la pointe et se propageait vers la base.

L'affection, comme on le voit, a eu pour point de départ le pharynx, et pour siége ultérieur les séreuses articulaires et l'endocarde.

Comme autre exemple, je parlerai encore du malade du n° 11 (salle des hommes), dont l'état se trouve aujourd'hui très-amélioré.

Le thermomètre, chez ce malade, a donné au début 39 degrés. On constatait, du côté du cœur, un bruit de souffle à la pointe avec prolongement vers la base.

Cette affection des séreuses du cœur dans le rhumatisme a été considérée par M. Bouillaud comme une inflammation spéciale des tissus fibro-séreux. Mais depuis on a pu constater que le rhumatisme portait non-seulement sur les tissus fibro-séreux, mais encore sur la plupart des tissus des viscères, sur les muqueuses, comme l'indique l'exemple d'angine dont nous venons de parler.

On constate, en outre, des manifestations du côté de la peau, tels sont certains exanthèmes. Parmi ces affections cutanées, les unes se rencontrent en dehors de l'attaque rhumatismale; les autres, au contraire, l'accompagnent, se montrent avant, pendant ou après. De ce nombre sont la roséole, l'urticaire et le *purpura hæmorrhagica*.

Comme exemple, nous vous signalerons d'abord le n° 19 (salle des hommes).

Ce malade est âgé de quarante-huit ans, il exerce la profession de brocanteur. Il est entré le 1er décembre 1874. Sa grande faiblesse, la décoloration des muqueuses, la pâleur des téguments, indiquaient un état d'anémie et une tendance à la cachexie.

Cet homme fut pris, le 15 novembre, d'une angine; puis de douleurs dans les articulations.

Huit jours après, la jambe gauche devint douloureuse, puis les poignets et les coudes.

Le jour de son entrée, on remarque un œdème de la main gauche. La peau est rouge et luisante, et l'on remarque à ce niveau une plaque d'érythème saillante de la largeur d'une pièce de un franc.

Même érythème sur la partie gauche du cou et au niveau de l'articulation du genou. Le malade a donc eu une éruption rhumatismale d'érythème papuleux aux bras et aux jambes.

De ce premier fait, nous devons rapprocher celui du n° 7 *bis*, salle Sainte-Madeleine : point de côté très-violent, fièvre intense, éruption d'urticaire à la face, aux épaules et aux cuisses, démangeaisons, tuméfaction du tissu cellulaire.

Dans ces deux cas, je n'ai pas cru devoir modifier le traitement déjà suivi dans les précédents, me réservant, s'il survient des phénomènes du côté du tube digestif d'employer les purgatifs.

J'ai donc administré, comme tisane, le chiendent nitré ; le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme.

— Nous allons maintenant attirer votre attention sur les complications qui peuvent encore se présenter à une époque plus ou moins avancée de la maladie qui nous occupe.

Chez le malade du n° 16 (salle Saint-Jean de Dieu), nous avons eu affaire à un rhumatisme héréditaire. Le malade en est à sa troisième attaque, ses parents ont eu des attaques de rhumatisme. Il est entré le 26 octobre dernier, offrant les signes d'une pleuro-pneumonie.

En juin, il avait été atteint de rhumatisme. Il entra à l'hôpital, où il fut traité pour un rhumatisme compliqué d'endocardite.

Le 10 octobre dernier, il fut repris de douleurs erratiques dans les membres, dues à des causes multiples. Quoi qu'il en soit, il survint une manifestation très-aiguë du côté de la poitrine.

Le 22 octobre, le malade est pris de frissons et d'un point de côté.

La percussion fournit au côté droit de la poitrine de la matité.

L'auscultation révèle du souffle, de l'égophonie. Les crachats sont visqueux, rouillés, les vibrations thoraciques ont disparu, la température dépasse 39 degrés. Il y avait là les signes d'une pleuro-pneumonie.

Le côté gauche fournissait les mêmes signes que le droit, et la dyspnée était très-vive.

Sous l'influence des vésicatoires volants, la dyspnée diminua, la fièvre tomba, peu à peu les vibrations revinrent. La respiration se rétablit, et le malade entra en convalescence.

Cette convalescence, toutefois, s'accompagne d'une pâleur extrême de la face et des téguments, les chairs sont pâles, il survient de nouveaux accidents, douleurs vives dans les membres et dans la cuisse, qui se gonfle.

A la palpation, on sent un cordon dur aboutissant au pli de l'aine siégeant sur le trajet de la veine saphène interne et dû probablement à une oblitération de ce vaisseau.

A mesure que les phénomènes se calment du côté gauche, ils se reproduisent du côté droit, où l'on peut signaler un empâtement circonscrit aux mêmes points.

De plus, le malade se plaint de douleurs abdominales au creux épigastrique et le long de la ligne blanche, où l'on sent un cordon dur.

Nous devons nous demander, dans ce cas, si nous avons affaire à une phlébite rhumatismale ou à une *phlegmatia alba dolens*. Depuis M. Bouillaud, MM. Empis et Ledoux ont vu survenir des phlébites chez des individus de constitution vigoureuse dans le courant d'attaques de rhumatisme.

Dans ces cas, on constate l'existence de cordons durs qui partent du voisinage des jointures, résultat d'une inflammation par propagation constituant ainsi une phlébite qui peut quelquefois se terminer par suppuration.

Ici, étions-nous dans ces conditions ? Non, car les articulations n'ont pas été le siége d'une inflammation, et nous n'avons pas constaté l'existence de cordons partant des jointures.

Il s'agit donc, dans ce cas, d'une *phlegmatia alba dolens*, preuve que le rhumatisme a anémié le malade chez lequel le sang tend à se coaguler.

Comparable à celles qui surviennent chez les phthisiques et les cancéreux, les phénomènes auxquels elles donnent lieu sont les suivants, que nous pouvons constater sur le sujet de notre observation.

Il y a de la douleur et de la rougeur le long du trajet de la veine, avec œdème dans la partie du membre située au-dessous.

Dans le cas qui nous occupe, qu'avons-nous fait pour combattre ces accidents ?

Nous avons prescrit à l'intérieur le fer, la potion de Todd, le repos au lit.

Au point de vue des oblitérations dans les veines, le pronostic est des plus graves. Elles peuvent déterminer des caillots et la mort par asphyxie à la suite d'embolie pulmonaire. C'est ainsi que s'expliquent les morts subites dans la pneumonie, dans la broncho-pneumonie, et ce qui le prouve, c'est qu'à l'autopsie on trouve, dans les vaisseaux pulmonaires, des caillots oblitérateurs ayant amené la mort par asphyxie, conséquence due au défaut d'hématose.

OBSTÉTRIQUE

Thrombus de la lèvre gauche de la vulve. — Rupture partielle de la tumeur sanguine au moment de l'accouchement. — Hémorrhagie consécutive.

Par M. Robuchon, médecin aide-major
Chargé d'assurer le service médical de la colonie de Palestro (Algérie).

A l'occasion du cas de thrombus de la vulve que j'ai fait connaître l'année dernière dans la *Gazette des Hôpitaux*, M. le docteur Robuchon, médecin aide-major au 137e de ligne, nous adresse la relation d'un fait analogue mais plus grave de la même lésion, observé par lui quelque temps auparavant. L'enseignement qui se dégage de ce fait important apparaît si clairement que tout commentaire à son sujet devient superflu. On ne peut que féliciter notre confrère de l'habileté avec laquelle il a su remplir les indications multiples et parfois délicates auxquelles ce fait a donné lieu. Sa thérapeutique, qu'un brillant succès a couronnée, peut servir de modèle pour la conduite à tenir dans les cas analogues.

Dr Em. Bailly,
agrégé libre.

Observation. — Mme B..., âgée de vingt ans, originaire de l'Alsace et domiciliée à Palestro depuis quinze mois, est douée d'une constitution robuste. Elle a bien eu de loin en loin quelques atteintes de fièvre paludéenne, mais sans retentissement notable sur la santé générale. Elle n'accuse, comme antécédents pathologiques qu'un avortement dans les trois premiers mois d'une première grossesse, sans suites graves. La seconde grossesse évolue assez régulièrement jusqu'au septième mois, époque à laquelle la parturiente est prise d'accès intermitents qui se renouvellent régulièrement tous les deux jours et finissent par inquiéter sa famille, qui réclame mes soins.

Pour la première fois je visite Mme B... vers les derniers jours de juin 1874. Rien ne me fait craindre un état d'anémie qui viendrait contrarier un accouchement assez prochain. Le sulfate de quinine ne me rend que difficilement maître de l'infection palustre; et bien que l'affaiblissement de la malade n'ait rien d'excessif, je conseille son transfert à Alger. La famille ne veut pas se soumettre à ce déplacement, et les accès se perpétuent jusqu'au jour de l'accouchement.

Le 20 juillet au matin, Mme B..., dont l'appréhension vient d'être accrue par l'accouchement laborieux d'une voisine, croit ressentir les premières douleurs, bien qu'à son calcul elle ne soit encore qu'à la fin du huitième mois.

Retenu par mes occupations, je n'arrive que vers les trois heures du soir. La jeune femme, couchée dans son lit, se plaint beaucoup. Le toucher vaginal, immédiatement pratiqué, m'indique que l'accouchement est immédiat. La dilatation du col de la matrice atteint déjà les dimensions d'une pièce de deux francs, l'enfant se présente par la tête, en position occipito-iliaque gauche antérieure; les intervalles entre chaque douleur diminuent de plus en plus.

Au second toucher, trente à trente-cinq minutes plus tard, dilatation complète du col, et proéminence de la tête fœtale dans le vagin. J'ai peine à calmer Mme B..., qui perdant patience veut être accouchée au plus vite. Mes efforts tendent à éviter des déchirures de la vulve et du périnée.

A trois heures quarante minutes, à la suite d'une contraction beaucoup plus intense que les précédentes, rupture de la poche des eaux, puis immédiatement expulsion du fœtus, dont la tête n'a pas séjourné un seul instant à la vulve.

La délivrance spontanée se fait attendre une heure. A ce moment apparition d'une tumeur qui se développe à vue d'œil et provoque les plaintes de l'accouchée. Siégeant dans la grande lèvre gauche de la vulve, elle est pyriforme, de couleur violacée, et ses limites ne dépassent pas celles de la lèvre, dont elle refoule fortement la face interne vers le canal vaginal, qui se trouve au bout de quelques minutes notablement dévié à droite. Cette tumeur sanguine semble se vider pour se remplir aussitôt. Il s'en écoule continuellement du sang, mais goutte à goutte.

L'accouchée, qui voudrait prendre un peu de repos, en est empêchée par une douleur continue, due sans doute à la tension des parties par l'épanchement sanguin.

Je pratique avec beaucoup de précaution le toucher vaginal pour constater si le sang épanché dans la grande lèvre a envahi tout le tissu cellulaire avoisinant les parois du vagin dans toute sa hauteur. J'acquiers la conviction que l'épanchement, limité à la grande lèvre gauche, n'a pas de tendance à fuser aux environs, puisqu'il trouve une issue au dehors, à la faveur d'une ouverture très-petite, située à la face externe de la tumeur.

Sans nul doute la rupture a suivi de très-près le développement de la tumeur sanguine. Il faut la mettre sur le compte de la distension trop rapide et non successive des parties constituant la vulve, lors du passage trop brusque du fœtus. En face d'un accident aussi inattendu, j'insiste auprès des parents et finis par apprendre que, dans les dernières semaines de la grossesse la jeune femme s'est aperçue, à plusieurs reprises, d'un gonflement quelque peu douloureux de la partie et que l'on attribuait à un *échauffement*.

Il m'est alors facile de diagnostiquer un *thrombus de la grande lèvre gauche consécutif à des varices de la vulve.*

Je recommande le repos le plus absolu. Des compresses froides sont appliquées sur la vulve et à la racine des cuisses. J'engage la famille à surveiller de très-près l'écoulement de sang, qui se fait toujours goutte à goutte, mais sans discontinuer.

Tout va bien du côté de l'utérus qui revient sur lui-même. L'écoulement de sang provenant de sa cavité a été insignifiant.

L'enfant, qui est en avance d'une vingtaine de jours, est très-débile et se refuse à prendre le sein.

Je quitte l'accouchée sur les sept heures du soir, encore peu rassuré au point de vue de l'hémorrhagie veineuse. Les caillots déjà formés ne sont pas assez forts pour opposer un obstacle à la sortie du sang des vaisseaux rompus.

Je reviens vers dix heures du soir et constate, à l'examen des linges placés sous le bassin, que l'écoulement sanguin s'est presque complétement arrêté. La tumeur est devenue beaucoup plus dure, sans avoir augmenté de volume. Le pouls de l'accouchée n'a rien d'inquiétant, car la perte de sang ne dépasse pas encore ce qu'elle est dans un accouchement normal. Seulement Mme B... semble très-affectée de cette tumeur douloureuse dont elle ne peut s'expliquer la cause. Avant de me retirer, je recommande de surveiller attentivement l'accouchée qui vient de s'endormir. Dans le cas où l'écoulement reparaîtrait, on devra me faire appeler.

Le lendemain matin (2 juillet), à ma première visite, je suis frappé de l'état de faiblesse extrême dans lequel je trouve Mme B..., tout à fait indifférente à ce qui l'entoure, et dont le pouls est filiforme. J'en trouve l'explication en examinant le lit dont le matelas et la paillasse sont imbibés de sang.

L'hémorrhagie veineuse a reparu lente, mais continue, et ne s'est arrêtée que par sa force même. Les parents, n'ayant pas suivi à la lettre mes recommandations, n'ont pas assez surveillé les parties sexuelles, dans la crainte, me disaient-ils, de déranger la malade endormie. Il en résulte un état général des plus graves, que je combats par les stimulants (bouillons, vin coupé d'eau et cordiaux). Sueurs profuses et plusieurs syncopes dans la journée.

L'état local est satisfaisant : le globe utérin revient toujours sur lui-même; le ventre n'est pas douloureux; la tumeur est encore plus dure que la veille au soir. Je fais continuer les applications d'eau froide.

A la visite du soir, la malade, qui sort un peu de sa torpeur, me fait comprendre qu'elle n'a pas uriné depuis la veille au matin. Le cathétérisme immédiatement pratiqué donne environ un litre d'une urine fortement ammoniacale.

L'enfant continue à refuser le sein; je lui fais donner du lait de vache coupé de deux tiers d'orge.

Le 22, légère amélioration dans l'état général de la malade; mais mon attention est attirée par une forte odeur de sang putréfié du côté de la vulve. Dès le soir, l'ouverture de la tumeur ayant cédé d'elle-

même jusqu'à mettre complétement à découvert la masse sanguine, je commence à énucléer avec le doigt les caillots.

La nuit du 22 au 23 est des plus mauvaises. La malade a eu des frissons, je la trouve le matin couverte de sueurs et très-abattue. Le pouls, toujours filiforme, est plus précipité. L'examen de la vulve me montre toute la paroi interne de la tumeur comme mortifiée. Je l'excise immédiatement et achève l'énucléation commencée la veille. Léger écoulement de sang, que j'arrête par une injection au perchlorure de fer et le tamponnement de la cavité. Des lotions désinfectantes dont on imbibe les compresses appliquées sur la vulve sont fréquemment renouvelées dans la journée du 23. 30 grammes d'huile de ricin sont également administrés à la malade qui, constipée depuis trois jours, va plusieurs fois à la selle dans la soirée.

J'ajoute au bouillon et aux cordiaux une potion d'alcoolature d'aconit (4 grammes), et je prescris 1 gramme 50 de sulfate de quinine à prendre dans la journée.

Le 24 même état que la veille : fièvre continue, sueurs profuses, sentiment de vertige, un peu de gêne dans la respiration, qui est saccadée, pas le moindre délire. La rétention d'urine, qui continue, exige un cathétérisme répété matin et soir.

Il y a du mieux du côté de la plaie qui se nettoie. Je remplace l'injection au perchlorure de fer par une solution au centième de permanganate de potasse. Des injections vaginales sont faites matin et soir concurremment aux injections dans la plaie veineuse. Je recommande toujours la plus grande propreté de la vulve; et le pansement de la plaie consiste en boulettes de charpie imbibées de la solution de permanganate de potasse.

Même traitement interne que la veille.

25 juillet. — La nuit a été plus calme. La malade s'effraye d'une éruption miliaire, apparue la veille au soir. Réaction fébrile moins vive, mais pouls toujours misérable.

J'ajoute au traitement interne déjà institué une potion de quinquina (4 grammes) légèrement alcoolisée. On donne du lait le matin et du vin chaud étendu d'eau le soir, avec quelques gouttes d'alcoolé de cannelle.

Les mamelles très-gonflées et dures laissent écouler le lait spontanément. C'est en vain qu'on essaye de faire prendre le sein à l'enfant, qui montre une grande tendance au sommeil.

L'écoulement des lochies se fait bien, et la plaie suppure abondamment.

26 juillet. — La malade a été en transpiration une grande partie de la nuit. Elle éprouve une sensation de froid très-prononcée. La langue est toujours sèche et saburrale. Le pouls, relativement plus lent est plus accéléré que la veille. État du ventre excellent. On continue le même pansement de la plaie. Je supprime le sulfate de quinine, et je conserve la potion de quinquina. Comme la malade est toujours constipée, je prescris des lavements huileux et des bouillons aux herbes.

27 juillet. — Nuit assez bonne, toujours un peu de moiteur à la peau ; mais la langue est moins chargée et le pouls un peu plus plein. Amélioration notable du côté de la plaie qui commence à se cicatriser. Même traitement interne.

A la visite du soir (quatre heures), je trouve la malade en plein accès de fièvre. Elle a eu des frissons dans la journée.

L'enfant s'est décidé à prendre le sein.

Une heure plus tard, nouveaux frissons très-pénibles pour l'accouchée.

28 juillet. — État local excellent. Gerçure au sein gauche, accès de fièvre sans frisson bien prononcé dans la soirée. La malade a pris un gramme de sulfate de quinine de une à cinq heures du soir. Moins d'abattement que la veille.

29 juillet. — Le mieux continue; mais la gerçure du sein gauche s'accentue. Moiteur de la peau. 80 centigrammes de sulfate de quinine sont administrés dans la journée. Même régime que les jours précédents.

A ma visite du soir, je finis par décider la malade à uriner d'elle-même. Bien que je fusse persuadé depuis trois ou quatre jours que l'incontinence d'urine n'eut plus sa raison d'être, je n'avais pas cru devoir engager l'accouchée à faire des efforts qui, dans l'état d'affaiblissement où elle se trouvait, ne pouvaient aboutir que dans la position assise. Placée non sans peine sur le vase de nuit, Mme B... rendit quelques gouttes d'urine très-chargée. Un peu plus tard, encouragée par ces premiers efforts, elle demanda elle-même à uriner et rendit alors un demi-litre d'urine. A partir de ce moment la miction se fit spontanément. Seulement elle s'accompagna pendant plusieurs jours de frissons qui la rendaient pénible.

Le sulfate de quinine ne parvient pas encore à triompher de la réaction fébrile, accentuée surtout le soir. La peau est continuellement en moiteur.

30 juillet. — Je commence à administrer la liqueur arsenicale de Boudin à la dose de 2 milligrammes par jour. Je prescris également du vin de quinquina ferrugineux. Le sulfate de quinine est supprimé ainsi que la potion de quinquina.

31 juillet. — Encore un peu de dépression physique, mais moins de fièvre dans la soirée. La malade ne se plaint que des douleurs qu'elle éprouve en urinant. L'examen des urines me laisse soupçonner l'examen d'une cystite consécutive à la rétention d'urine. Je prescris un bain de siége à 20 degrés dans l'après-midi.

1er août. — Je pratique le toucher vaginal, qui n'est pas douloureux, et constate que tout suit une marche régulière du côté de l'utérus, dont le col, encore effacé, n'est nullement entr'ouvert. Un bain de siége comme la veille. Même traitement interne.

2 août. — La malade se sent mieux. Elle est assise sur son lit et donne le sein à son enfant, sans avoir besoin d'être aidée. La plaie de la grande lèvre est réduite au quart de son étendue primitive.

3 août. — L'amélioration s'accentue de plus en plus. Tout écoulement lochial a cessé, et la plaie ne suppure presque plus. On continue le même traitement. Je permets la viande de poulet et les œufs à la malade, qui parle déjà de quitter son lit. La miction, moins fréquente devient également moins douloureuse. La fièvre du lait a disparu depuis quelques jours; mais régulièrement entre cinq et six heures survient une syncope de quelques minutes. Je porte à 3 milligrammes la dose de la solution arsenicale.

5 août. — Violent accès de fièvre à midi, qui dure jusqu'à cinq heures du soir. L'écoulement des lochies a reparu; elles sont légèrement colorées par du sang. Le sein gauche est douloureux.

Le lendemain (6 août), les accidents inflammatoires du côté du sein se sont amendés sous l'influence des topiques émollients et à la faveur d'un purgatif salin. La dose de liqueur de Boudin est portée à 4 milligrammes.

A partir de ce jour la malade va de mieux en mieux. Elle commence à quitter le lit le 10 août. On lui permet des promenades le 15, époque à laquelle la convalescence s'affirme et se maintient.

A la date du cinq septembre, je quittai Palestro pour rentrer en France. Mme B..., qui n'a pas cessé de prendre du vin de quinquina ferrugineux et la liqueur de Boudin, est complétement guérie, et n'ayant plus eu d'accès de fièvre intermittente, peut donner elle-même tous ses soins à son enfant, qui, débile dans les premières semaines, se ressent maintenant de la bonne santé de sa mère.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 janvier 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le conseiller d'État, directeur de l'administration départementale et communale, écrit à M. le secrétaire perpétuel pour l'informer que M. le ministre de l'intérieur a consenti à renouveler, pour l'année 1874, l'allocation de 2,000 francs accordée à l'Académie de médecine dans le but de récompenser les auteurs des meilleurs mémoires sur la mortalité des enfants du premier âge.

En outre, une seconde somme de 2,000 francs sera mise à la disposition de la compagnie, afin de contribuer aux frais de publication tant des mémoires couronnés que des rapports de la commission permanente de l'*Hygiène de l'enfance*.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Sirus Pirondi (de Marseille), accompagnant l'envoi d'un tra-

vail intitulé : *Quelques renseignements sur le lazaret de Marseille, communiqués à l'Académie de médecine par un de ses correspondants* (commissaires : MM. Fauvel, Tardieu, Leroy de Méricourt.)

2° Une note de M. Magien, vétérinaire de l'armée, sur les *Mouches inoculatrices d'humeurs virulentes* (commissaires : MM. Davaine, Colin et Bouley).

PRÉSENTATIONS

Forcipression. — M. PÉAN fait présenter à l'Académie les conclusions suivantes, tirées d'un travail de deux de ses internes, sur l'emploi des pinces hémostatiques pendant les opérations et dans les plaies avec hémorrhagie :



1° En modifiant la construction des anciennes pinces à pression continue de façon à rendre leur maniement plus rapide et plus facile que celui des pinces à verrou, M. Péan a pu les appliquer d'une façon générale à l'hémostase.

2° Ces pinces permettent d'obtenir l'*hémostase préventive* dans un certain nombre d'opérations, et plus spécialement celles qui se pratiquent sur la langue, le voile du palais, les joues, les lèvres, et les tumeurs pédiculées ou faciles à pédiculiser.

3° Elles servent à produire l'*hémostase temporaire* en comprimant l'extrémité des vaisseaux divisés dans le cours d'une opération ou par le fait d'un traumatisme.

4° Laissées en place pendant un temps qui varie en général entre deux et trente-deux heures, suivant l'importance des vaisseaux, elles produisent l'*hémostase définitive*, et peuvent à ce titre être employées soit après les opérations et les traumatismes, soit pour empêcher l'arrivée du sang dans certaines tumeurs, anévrysmales ou autres.

5° Elles peuvent ainsi le plus souvent remplacer avantageusement la ligature, leur séjour dans les plaies ne déterminant jamais d'accidents.

6° Ces conclusions sont basées sur les résultats obtenus depuis une dizaine d'années par l'emploi journalier de cette méthode dans les opérations de toute nature.

M. DEPAUL présente une lettre de M. Colombat, rectifiant certaines assertions émises dans la discussion qui a suivi le rapport de M. Moutard-Martin sur les méthodes de traitement des bègues.

M. PASTEUR dépose un exemplaire du compte rendu de la dernière séance de l'Académie des sciences contenant la discussion qui a suivi le rapport de M. Gosselin sur le pansement ouaté.

M. LE PRÉSIDENT rappelle qu'il existe un certain nombre de places vacantes, tant de membres titulaires que d'associés et de correspondants.

Les places vacantes de membres titulaires se distribuent ainsi : 1 dans la section de pathologie chirurgicale, 1 dans la section d'anatomie pathologique, 1 dans la section de pharmacie, 1 dans la section d'hygiène. Il y a en outre 2 places d'associés libres et 24 de correspondants nationaux.

M. le président invite les commissions chargées de présenter des listes de candidats pour ces places à vouloir bien hâter leurs travaux et présenter le plus tôt possible leurs rapports.

LECTURE

M. WOILLEZ donne lecture de la deuxième partie du rapport général sur les épidémies qui ont régné en France pendant l'année 1874.

M. J. GUÉRIN demande que la parole lui soit réservée pour l'une des prochaines séances, parce qu'il aurait quelques observations à faire au sujet des réflexions émises dans le rapport tant au point de vue de la théorie de l'importation du choléra qu'au point de vue des mesures hygiéniques à prendre pour s'en préserver. Les doctrines émises dans le rapport à ce double point de vue paraissent trop absolues à M. J. Guérin : il pense qu'il lui sera permis de prendre prochainement connaissance de ce rapport, après son impression dans les bulletins de l'Académie.

M. WOILLEZ fait observer qu'il s'agit d'un rapport officiel dont l'impression est toujours tardive.

M. LE PRÉSIDENT dit qu'il saisira le conseil de la proposition faite par M. Guérin, et il pense qu'il y aura possibilité de lui donner la satisfaction qu'il demande.

A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture des conclusions du rapport de M. Woillez, relativement aux récompenses à accorder aux médecins des épidémies.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 décembre 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

RAPPORT

M. PAULET lit le rapport suivant sur le prix Laborie :

Messieurs, la commission que vous avez chargée d'examiner, cette année, les travaux adressés à la Société de chirurgie pour concourir au prix Laborie, a dû prendre connaissance de six mémoires, nombre relativement élevé, si nous le comparons à celui des années précédentes et qui, nous l'espérons, deviendra plus considérable encore par la suite.

Je dois aujourd'hui vous donner une analyse résumée de ces différents travaux et vous exposer les raisons sur lesquelles s'est appuyée votre commission pour motiver des conclusions que j'aurai l'honneur de vous soumettre en terminant ce rapport.

Le mémoire n° 1 porte pour titre : *Contribution à l'histoire des luxations de l'extrémité supérieure du radius*, et pour épigraphe : *Ars tota in observationibus*. Si l'on excepte quelques considérations préliminaires sur l'anatomie des articulations radio-cubitale supérieure et radio-humérale — considérations en tout conformes, du reste, à ce qu'ont écrit les auteurs classiques — on constate que ce mémoire est uniquement constitué par une suite de huit observations, intéressantes sans aucun doute, mais qui ne suffisent pas, à notre avis, pour former à elles seules une œuvre complète et capable de rallier vos suffrages. En vérité, l'on peut dire de cette petite collection de faits ce que l'épigraphe dit de la médecine en général : *Tota in observationibus*, et l'on se prend à regretter l'absence de quelques aperçus critiques, de quelques vues synthétiques qui eussent relié entre elles ces observations isolées et en eussent fait un chapitre de pathologie à la fois original et bien coordonné. Quoi qu'il en soit, votre commission vous signale comme particulièrement intéressante une observation de luxation de l'extrémité supérieure du radius en dehors, fait remarquable autant à cause de sa rareté que du soin minutieux avec lequel les diverses circonstances paraissent en avoir été notées.

Il convient peut-être de n'accepter que sous toute réserve quelques exemples de luxations incomplètes de l'extrémité supérieure du radius en arrière. Pour en établir le diagnostic, l'auteur s'appuie sur un travail déjà ancien de Goyrand, travail cité dans tous nos traités de chirurgie, et duquel il résulte que cette espèce de luxation se produit ordinairement chez les enfants que l'on soulève par la main en même temps qu'on porte cette main dans la pronation forcée. Or, messieurs, l'auteur semble ignorer que, dans un travail postérieur au précédent (il y a quinze ans environ) Goyrand lui-même est revenu sur sa première opinion, et qu'il a attribué les accidents survenus en pareil cas, non plus à une subluxation de l'extrémité supérieure du radius, mais à un déplacement du fibro-cartilage triangulaire de l'articulation radio-cubitale inférieure. Cette dernière interprétation du chirurgien d'Aix valait au moins la peine d'être discutée. En somme, huit observations, dont une bonne et plusieurs contestables, tel est le bilan de ce premier mémoire.

Le mémoire n° 2 est intitulé : *Étude sur la môle hydatoïde*; il porte pour épigraphe cette phrase empruntée à Montaigne : « Ce n'est pas assez de compter les expériences, il les faut peser et assor-

(1) Suite. — Voir les numéros des 16 et 19 janvier.

tir, il les faut avoir digérées et alambiquées pour en tirer les raisons et les conclusions. » S'appuyant sur trois observations qui lui sont personnelles, l'auteur cherche à démontrer que la môle hydatoïde n'est pas constituée, comme on l'admet généralement, par une hydropisie des villosités choriales, mais par des kystes développés dans l'épaisseur de la caduque, celle-ci étant modifiée quelquefois dans ses dimensions, toujours dans sa texture. Les faits qu'il a eu l'occasion d'observer lui permettent d'affirmer : 1° que les vésicules, dans leur groupement, ne présentent pas la disposition rameuse des villosités; 2° que ces vésicules ne siégent pas, en général, sur la face extérieure de l'œuf, sur le chorion, mais qu'elles sont pendantes dans la cavité utérine et situées sur une membrane qui tapisse le plus souvent les parois de l'utérus, quelquefois aussi la surface de l'œuf, en un mot, sur la caduque. Comme vous le voyez, il y a là tout une nouvelle théorie en germe, et l'auteur n'est pas de ceux qui se contentent de suivre les sentiers déjà battus. Ces trois cas, d'ailleurs, peu comparables entre eux et incomplétement observés, puisque l'examen microscopique fait entièrement défaut, ces trois cas suffiront-ils pour renverser les idées universellement adoptées et pour détruire l'ancienne théorie basée sur l'étude approfondie d'un très-grand nombre de pièces? Cela paraît au moins douteux. Peut-être des observations ultérieures viendront-elles apporter un nouvel appoint aux vues de l'auteur, et prouver que les choses peuvent quelquefois se passer comme il le dit; mais, jusque-là, rien n'autorise à considérer ses arguments comme décisifs.

Tout en faisant ces réflexions, votre commision n'hésite pas à vous déclarer que l'étude sur la môle hydatoïde est un travail fort recommandable, riche en recherches bibliographiques, traité avec un incontestable soin et dans son ensemble et dans ses moindres détails, œuvre d'un esprit original, d'un habile praticien et d'un écrivain souvent élégant, toujours correct et lucide. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Académie des sciences. — L'Académie décernera pour la seconde fois, dans sa séance publique de l'année 1875, trois prix de dix mille francs chacun (fondation du docteur Louis Lacaze) aux ouvrages ou mémoires qui auront le plus contribué aux progrès de la physiologie, de la physique et de la chimie. Les travaux devront être déposés, manuscrits ou imprimés, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin 1875.

Prix Savigny, fondé par Mlle Letellier. — Un décret impérial, en date du 20 avril 1864, a autorisé l'Académie des sciences à accepter la donation qui lui a été faite par Mlle Letellier, au nom de Savigny, d'une somme de *vingt mille francs* pour la fondation d'un *prix annuel* en faveur des jeunes zoologistes voyageurs.

« Voulant, dit la testatrice, perpétuer, autant qu'il est en mon pouvoir de le faire, le souvenir d'un martyr de la science et de l'honneur, je lègue à l'Institut de France, Académie des sciences, section de zoologie, *vingt mille francs*, au nom de Marie-Jules-César Le Lorgne de Savigny, ancien membre de l'Institut d'Égypte et de l'Institut de France, pour l'intérêt de cette somme de *vingt mille francs* être employé à aider les jeunes zoologistes voyageurs qui ne recevront pas de subvention du gouvernenement et qui s'occuperont plus spécialement des animaux sans vertèbres de l'Égypte et de la Syrie. »

Grand prix de médecine et chirurgie. — (Question proposée pour 1866, remise à 1869, à 1872 et enfin à 1876.)

L'Académie avait proposé, comme sujet d'un prix de médecine et de chirurgie, la question suivante : *De l'application de l'électricité à la thérapeutique.*

Les concurrents devaient : 1° indiquer les appareils électriques employés, d'écrire leur mode d'application et leurs effets physiologiques;

2° Rassembler et discuter les faits publiés sur l'application de l'électricité au traitement des maladies, et en particulier au traitement des affections des systèmes nerveux, musculaire, vasculaire et lymphatique; vérifier et compléter par de nouvelles études les résultats de ces observations, et déterminer les cas dans lesquels il convient de recourir, soit à l'action des courants intermittents, soit à l'action des courants continus.

Dans un rapport où elle a exposé les motifs de son jugement, la commission n'ayant pas jugé qu'il y eût lieu à décerner ce prix, a proposé de proroger le concours à l'année 1876. Ces conclusions ont été adoptées par l'Académie.

Le prix sera de la somme de 5,000 francs.

Les ouvrages, écrits en français, devront être parvenus au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1876.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des arthropathies des ataxiques.

On sait qu'en 1868, dans un mémoire inséré dans les *Archives de physiologie*, M. Charcot a mis en lumière l'influence des centres nerveux sur les affections articulaires, et qu'il a décrit non-seulement les arthropathies liées à l'ataxie locomotrice progressive, mais aussi l'arthrite spéciale qui coïncide avec les hémiplégies.

Ce sujet a été étudié depuis, notamment par M. Ball, dans un travail étendu, publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, en 1868 et 1869, et dans plusieurs thèses (celle de M. Paul Dubois, en 1868 et, plus récemment, celle de M. Forestier, en 1874). Enfin il a fait le sujet de quelques-unes des leçons de M. Charcot sur les maladies du système nerveux, professées à la Salpêtrière, en 1872 et 1873.

M. Charcot a repris ce sujet dans ses conférences de cette année, en insistant plus particulièrement sur les lésions osseuses (fractures et luxations spontanées) que l'on observe chez quelques ataxiques et dont une femme, actuellement dans le service, présente un des exemples les plus remarquables.

Avant d'aborder l'histoire très-curieuse de cette malade, nous croyons utile de rappeler en quelques traits généraux l'histoire des arthropathies spinales.

M. Charcot désigne sous le nom d'arthropathie spinale tout un groupe d'affections articulaires qui paraissent être sous la dépendance directe de certaines lésions de la moelle épinière, auxquelles elles se rattacheraient, par conséquent, comme affections symptomatiques, au même titre que les divers autres troubles variés de nutrition, désignés sous le nom de lésions trophiques. Pour M. Charcot l'arthropathie est toujours un phénomène précoce de l'ataxie, appartenant à la période initiale de la maladie spinale. Il prend place, en général, dans l'évolution naturelle de la maladie à une époque intermédiaire entre la période dite prodromique et la période d'incoordination.

Voici, d'une manière sommaire, quelle est la marche de cette affection.

La lésion articulaire survient sans cause extérieure appréciable, sans coup ni chute, en dehors de tout traumatisme quelconque. A ce moment l'incoordination n'est pas encore prononcée; par conséquent, elle ne peut provenir du fait des mouvements incoordonnés. Cette lésion a une physionomie toute différente de celles qui proviennent d'un état diathésique goutteux ou rhumatismal. Elle se produit d'ordinaire sans autres prodromes que les craquements qui ont été constatés dans plusieurs observations. Le plus communément, le premier phénomène appréciable est la tuméfaction du membre, l'hydarthrose s'accompagnant d'un empâtement œdémateux. Cette arthropathie ne s'accompagne, en général, ni de fièvre ni de douleurs ; ce n'est qu'exceptionnellement que ces symptômes sont constatés dans quelques cas.

Au bout de quelques semaines, de quelques mois, le gonflement disparaît, et alors tout rentre dans l'ordre. — C'est là la forme bénigne. D'autres fois, au contraire, il subsiste des désordres graves dans la jointure, des craquements, des dislocations par suite de l'usure des surfaces osseuses, des luxations. — C'est la forme grave ou maligne.

Relativement à la fréquence, c'est le genou, puis l'épaule, enfin le coude, la hanche, le poignet qui sont le plus souvent affectés. Mais les petites articulations ne sont pas toujours épargnées.

Malgré la grande ressemblance avec l'arthrite sèche, à laquelle elle se rattache par l'analogie de ses lésions anatomiques, l'arthropathie des ataxiques n'en reste pas moins, aux yeux de M. Charcot, une variété à part, en raison de sa connexité évidente avec l'ataxie locomotrice, dont elle fait partie à titre d'épiphénomène. M. Charcot se fonde en cela sur cette particularité, à savoir que l'existence d'affections articulaires subordonnée plus ou moins directement à une lésion protopathique du système nerveux, est un fait commun, dont on voit de fréquents exemples, soit à la suite des lésions des nerfs périphériques, soit à la suite des hémiplégies par hémorrhagie ou ramollissement du cerveau, soit à la suite des myélites aiguës ou des myélites par compression. L'arthropathie des ataxiques serait donc, à l'état chronique, le représentant des affections articulaires à type aigu qui surviennent à la suite des lésions spinales aiguës ou subaiguës.

M. Charcot a cherché quel pouvait être le mécanisme qui préside au développement de ces arthropathies et quelle est, en particulier, la région de la moelle épinière dont l'altération détermine la lésion articulaire.

Par analogie avec ce qui a lieu dans l'atrophie musculaire et dans la paralysie infantile, où la lésion trophique musculaire est liée à une altération des cornes antérieures de la substance

grise et se fondant, en outre, sur quelques faits, et en particulier sur cette circonstance qu'un certain degré d'atrophie musculaire dans le membre affecté, s'observe fréquemment comme phénomène concomitant de l'arthropathie, M. Charcot en est arrivé à présumer que cette même région de la substance grise peut être encore le point de départ de la lésion articulaire.

Quoi qu'il en soit, le fait de la subordination de l'affection articulaire à l'affection spinale n'en reste pas moins établi.

Cet aperçu rapide sur les arthropathies des ataxiques était nécessaire avant d'aborder ce sujet spécial des fractures et luxations spontanées sur lequel M. Charcot a appelé notre attention dans l'une de ses dernières conférences. Ce sera l'objet de l'un des articles de la prochaine Revue.

Éclampsie trente heures après la délivrance. Emploi des saignées. Disparition complète des attaques. Métro-péritonite consécutive. Mort.

Tel est le titre d'une observation que nous transmet M. le docteur Prunac (de Mèze) et qui semble venir à point comme pour concourir, avec les faits de traitement de l'éclampsie par le chloral que nous avons rapportés dans l'une des précédentes Revues, à l'enquête qui se poursuit sur la thérapeutique de cette terrible affection. Rapportons d'abord le fait.

Marie G..., vingt-huit ans, d'une constitution assez bonne, multipare, accouche à terme le 28 juin 1872 au matin, d'un enfant vivant et bien portant. La première grossesse ne présenta rien de particulier, si ce n'est une perte considérable des forces et de l'appétit qui persista longtemps après l'accouchement.

Quant à la grossesse actuelle, la malade nous raconte que, vers le sixième mois environ, les membres inférieurs devinrent le siége d'un œdème considérable, et que peu après, vers la même époque, survint une crise avec perte de connaissance, roideur des membres, hébétude après l'accès qui dura quelques minutes. Rien d'anormal, du reste, à noter dans la marche du travail et la délivrance.

État excellent jusqu'au 29 juin. Trente heures environ après l'accouchement et sans cause appréciable, survinrent des vertiges, de la céphalalgie, des douleurs vives à l'épigastre, en même temps que des nausées et des vomissements. Ces divers symptômes durèrent jusqu'à minuit.

A deux heures du matin, accès convulsif de courte durée et suivi de coma. Après l'attaque, retour des facultés intellectuelles. La malade n'a nullement conscience de l'accès de la nuit.

Le 30, à quatre heures du matin, nouvelle attaque moins courte que la première. M. Prunac voit la malade à sept heures. Dès son arrivée, troisième accès d'éclampsie bien franchement caractérisé. Il fut plus intense que les deux premiers, et de plus longue durée.

Prescription : saignée de 500 grammes. Tilleul et feuilles d'oranger. Sinapismes aux membres inférieurs.

Potion antispasmodique avec la liqueur d'Hoffmann, la teinture de castoréum et le sirop d'éther.

L'accès convulsif avait duré cette fois près de huit minutes. La période de coma fut aussi plus longue. Retour de l'intelligence, pouls ralenti (52 pulsations), et dépressible. La peau est moite; les lochies, dont l'écoulement avait sensiblement diminué la veille, deviennent aussi plus abondantes. Miction facile, urines rougeâtres abondantes, pas d'albumine par l'acide nitrique et par la chaleur.

L'utérus n'est point douloureux, col encore assez ouvert, le fond se trouve à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic.

A deux heures du soir, l'état de la malade est encore meilleur. Plus d'attaques convulsives. La céphalalgie est moins vive. Constipation. Pouls toujours ralenti, 48 pulsations. Nouvelle saignée de 300 grammes.

Réitérer la potion antispasmodique et lavement purgatif.

L'écoulement lochial est toujours plus abondant.

Le 31 (troisième jour), le mieux de la veille persiste. La nuit a été bonne. Plus d'accès. Urines toujours copieuses; pas d'albumine. Les seins commencent à se tuméfier; ils sont un peu douloureux. Marie G... demande à se lever et à prendre quelques aliments.

Le 1er juillet au soir, mouvement fébrile intense, peau chaude, pouls fréquent (120). Nuit agitée, sueurs abondantes depuis la veille. Langue humide et blanche, bouche pâteuse; les seins sont volumineux, les lochies plus abondantes, le ventre est indolore et la miction facile. Céphalalgie, rougeur des pommettes, pas de frissons, intégrité complète des facultés intellectuelles.

Le 2 au matin, la nuit a été bonne. Pouls 100, plus de sueurs. La fièvre de lait a cessé, la montée du lait s'opère facilement.

Le 3 dans la soirée, la malade ressent de vives douleurs dans les membres et la région lombaire, état d'agitation manifeste, pouls 124; le ventre est douloureux, sensible à la pression, frisson violent qui dure plus d'une heure, lochies plus rares, vomissements assez fréquents, léger météorisme, langue blanchâtre, intelligence nette.

Prescription. — Calomel à doses réfractaires de deux en deux heures. Cataplasmes laudanisés sur la région abdominale. Larges frictions avec onguent napolitain et extrait de belladone.

Potion avec : Sulfate de quinine . . . . 1 gramme
Alcoolature d'aconit . . . 1 gramme

Le 4, nuit très-mauvaise, vomissements fréquents, délire continuel, carphologie, pouls très-fréquent et dépressible (144), facies typhique, le ventre est très-ballonné, trois selles diarrhéiques suppression complète des lochies et de la sécrétion lactée, rétention d'urine. Le cathétérisme donne issue à un litre environ d'urine sédimenteuse et briquetée. Dyspnée considérable, tremblement de la langue et des lèvres. Cet état persiste jusqu'au soir. Mort à sept heures.

— Malgré l'issue fatale qui est intervenue, notre honorable correspondant M. le docteur Prunac n'en considère pas moins ce fait comme démontrant les bons effets de la saignée dans le traitement de l'éclampsie. En admettant qu'il puisse effectivement entrer en ligne de compte parmi les faits favorables à cette méthode, il ne balancerait que très-insuffisamment l'appoint que les faits précédemment rapportés dans cette Revue apportent en faveur du chloral.

Nous ne saurions donc y voir un motif de modifier l'opinion que nous avons exprimée sur cette grave question dans notre Revue du 22 février 1873, opinion que nous maintenons jusqu'à nouvel ordre et qui, loin d'être exclusive, d'ailleurs, comme on peut s'en souvenir, tend à admettre le concours des deux moyens, rien n'obligeant en réalité à suivre une méthode à l'exclusion de l'autre. Nous serions très-disposé, pour notre compte, tout en encourageant à poursuivre les essais d'un agent qui a donné jusqu'ici une proportion de succès très-satisfaisante, à ne pas renoncer entièrement aux émissions sanguines qui peuvent très-bien lui être associées. On ne ferait en cela, d'ailleurs, que se conformer aux préceptes d'un maître dont on ne déclinera assurément pas l'autorité en cette matière. Simpson, dans les règles générales du traitement de

l'éclampsie, prescrivait en première ligne de saigner largement et à plusieurs reprises, suivant la nécessité, et d'apaiser l'excitabilité du système nerveux par les anesthésiques.

De l'ignipuncture à l'aide du cautère électrique.

Tous nos lecteurs connaissent le procédé de l'ignipuncture que M. le professeur Richet a introduit dans le traitement des tumeurs blanches, des arthropathies et des ostéo-périostites chroniques, et qui consiste, comme on le sait, à enfoncer profondément dans les articulations et dans les os malades une pointe métallique chauffée à blanc. Nous en avons plusieurs fois signalé les bons effets. Une thèse récente de M. Tropenard en fait connaître les différents modes d'emploi et les diverses applications qui en ont été faites jusqu'ici.

M. le docteur Julliard, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Genève, s'étant trouvé un jour en présence d'une arthrite blennorrhagique suppurée dans laquelle tous les moyens de traitement avaient échoué, eut recours à l'ignipuncture. Le succès fut complet, et le malade, qui était dans un état désespéré, au point qu'on ne voyait que l'amputation qui pût le sauver, guérit complétement. Encouragé par ce succès, M. le docteur Julliard a employé souvent depuis l'ignipuncture contre les arthrites chroniques, les fongosités des synoviales, les ostéo-périostites, etc., et il déclare que cette méthode lui a rendu de grands services.

Mais après en avoir fait un certain nombre d'applications, il a été frappé de quelques-uns des inconvénients que lui a paru avoir le procédé opératoire de M. Richet, ce qui l'a conduit à l'idée de pratiquer l'ignipuncture au moyen de l'électricité.

Voici sur la manière d'agir à cet égard de M. le docteur Julliard, et sur les résultats de sa pratique sur ce point, quelques renseignements que nous puisons dans un travail imprimé qu'il a bien voulu nous communiquer.

M. Julliard a fait fabriquer un cautère électrique constitué par un fort fil de platine disposé en anse pointue de 5 centimètres de longueur et de 4 millimètres de largeur à sa base. Cet instrument se monte sur un manche muni d'un bouton, au moyen duquel on peut modérer à volonté l'intensité du courant. A l'aide de trois ou quatre piles de Bunsen de 18 centimètres, l'anse devient incandescente et se trouve portée sur toute sa longueur au rouge blanc. L'instrument pénètre alors avec la plus grande facilité et sans effort, même dans les os.

Avec cet instrument on peut faire des ponctions très-profondes sans qu'il y ait jamais cautérisation de la peau par rayonnement, comme cela arrive souvent avec le cautère à boule. Un seul cautère suffit à pratiquer autant de ponctions qu'on voudra, parce qu'à peine extrait des tissus, il reprend aussitôt sa température. Enfin les piqûres faites avec le galvanocautère sont beaucoup moins douloureuses que celles pratiquées avec le cautère; elles ont moins de tendance à suppurer et se cicatrisent par première intention plus facilement que les autres.

Quant à la manière de pratiquer l'ignipuncture, elle ne diffère pas, que ce soit avec le galvano-cautère ou avec le cautère de M. Richet. Seulement l'aiguille du galvano-cautère étant très-mince et pénétrant facilement, il faut se garder de pousser trop fort, au risque de la fausser. — C'est même là, par parenthèse, un inconvénient que nous paraît avoir, à côté de quelques avantages, ce mode d'application de l'ignipuncture.

Quel que soit le procédé dont on se serve, les résultats de la piqûre diffèrent, selon que l'instrument aura séjourné plus ou moins longtemps dans les tissus, et surtout suivant la température du cautère. S'il n'est pas suffisamment chaud, s'il n'est pas porté au rouge blanc, il adhère aux tissus et y produit des escarres dont l'élimination entraîne des suppurations. La suppuration paraît être moins fréquente avec le cautère électrique qu'avec le cautère ordinaire, ce qui tient à ce que la température du cautère électrique se conserve égale pendant toute la durée de sa pénétration.

M. Julliard a traité 13 tumeurs blanches et arthrites au moyen de l'ignipuncture. Sur ces 13 cas, il a obtenu 7 résultats satisfaisants pour des arthropathies qui avaient résisté aux autres traitements. Chez 5 autres malades, les pointes incandescentes furent impuissantes à guérir la maladie ; mais, chez tous, elles soulagèrent les douleurs et procurèrent une amélioration momentanée. Sur ces 5 malades, deux présentaient, en même temps que leurs tumeurs blanches, une tuberculisation très-avancée du poumon qui rendait toute chance de guérison impossible. Des 13 articulations ponctionnées, 8 ne contenaient pas de pus au moment où les cautérisations furent pratiquées. Six d'entre elles guérirent sous l'influence de ce traitement. Chez un de ces malades, les ponctions ne purent arrêter les progrès de la carie osseuse. Dans un seul cas, l'ignipuncture a donné lieu à des accidents.

Dr BROCHIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 janvier 1875. — Présidence de M. PERRIN

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° les journaux de médecine de la semaine ; — 2° un volume sur la syphilis et la prostitution, par M. le docteur Hippolyte Mireur, médecin du dispensaire de salubrité de Marseille ; — 3° un mémoire de M. Mauriac, sur le psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. PRESTAT (de Pontoise), membre correspondant, présente un malade pour lequel il vient demander à ses collègues leur avis sur la conduite qu'il doit tenir.

C'est un maçon, âgé de soixante ans, qui porte depuis dix ans un sarcocèle déterminé par une orchite.

Par suite d'efforts qu'il a faits dans ces derniers temps il s'est produit dans la tunique vaginale une exhalation de liquide considérable. La tumeur, qui grossissait notablement depuis trois ans, a plus que doublé de volume depuis cette époque. Elle a 68 centimètres de circonférence; en déduisant 3 centimètres pour l'épaisseur des organes normaux qu'elle renferme, il reste encore 65 centimètres. La gêne que causent au malade le volume et la pesanteur de cette tumeur l'a seule décidé à réclamer les soins de M. Prestat, car la douleur est nulle.

L'examen fait reconnaître que la tumeur est formée de deux parties : une liquide, occupant la partie supérieure et externe; une solide, qui forme le reste de la masse.

DISCUSSION

M. MARJOLIN demande quelques détails sur l'époque de l'apparition de la tumeur, sur son développement et sur son étiologie.

M. PRESTAT déclare que la tumeur a mis dix ans à se développer; que le malade, qu'il connaît depuis très-longtemps, n'a pas d'antécédents vénériens. Son développement depuis trois ans n'est pas dû à un traumatisme direct; jamais aucun accident sérieux n'a empêché cet homme de travailler. Des efforts qu'il a faits pour fendre du bois semblent seuls avoir déterminé la dernière invasion du liquide. Enfin ni son père ni sa mère n'avaient d'affection cancéreuse. M. Prestat ignore les antécédents héréditaires remontant plus haut.

M. MARJOLIN conseille, dans ces conditions, l'ablation.

M. BOINET est du même avis. Il se base sur ce que, depuis dix ans que la tumeur a débuté, le malade n'a encore aucune trace de diathèse cancéreuse; les ganglions ne sont pas engorgés. Le sujet est donc sain.

M. LARREY a rencontré dans sa pratique une tumeur semblable et presque aussi grosse. Il ne croit pas à la dégénérescence cancéreuse. C'est ce qu'on a appelé autrefois une *hydrorchite chronique*. Quant au parti à prendre dans le cas présent, M. Larrey conseille, au lieu d'enlever d'emblée la tumeur tout entière, de pratiquer une grande incision qui mettrait à nu le testicule et laisserait la latitude de le sacrifier plus tard si cela devenait nécessaire.

M. LANNELONGUE. En examinant la tumeur, on reconnaît qu'elle est formée de deux parties, une liquide en haut et en dehors; puis, en arrière, une masse solide imposante presque aussi volumineuse que la partie liquide.

Si l'on tient compte de la marche lente, régulière, sans secousse de la tumeur, qui ne présente ni bosselure, ni adhérence, il faut en conclure qu'elle n'est pas de mauvaise nature. L'absence de gonflement du cordon et des ganglions abdominaux, et le maintien de la santé générale du sujet plaident encore en faveur de cette opinion. Mais elle est probablement complexe. Elle peut être fibreuse ou fibro-plastique, ou encore à loges multiples limitées par des parois épaisses et contenues dans une même coque, comme on le voit dans l'affection dite kystique. Par son poids et son volume, elle nécessite une tentative de guérison, mais M. Lannelongue n'admet pas la proposition de M. Larrey, qui consiste à ne pas tenir compte du principal pour traiter l'accessoire; il faut l'énucléer. Le peu de volume du cordon rendra l'opération facile. Il n'y aura à craindre que les hémorrhagies consécutives, si l'on ne prend pas la précaution de lier séparément les vaisseaux du cordon.

M. PAULET conclut aussi à l'ablation. Ce cas lui rappelle une tumeur semblable, assez régulièrement arrondie, à marche lente (elle avait mis trois ans à se développer), sans complication ganglionnaire, sans phénomènes douloureux. Il l'a enlevée et n'a eu qu'à s'en applaudir. Le malade se porte très-bien depuis dix ans qu'il a été opéré. La tumeur était formée uniquement de cellules épithéliales.

M. DUBRUEIL donne le même conseil. C'est probablement une tumeur fibreuse ou fibro-plastique. Un cancer ne dure pas dix ans sans occasionner des accidents généraux. Faut-il craindre une plaie immense? Mais la rétractilité des tuniques du testicule est très-grande, et la plaie sera loin d'être en rapport avec le volume actuel de la tumeur. S'il est des cas où l'ablation du testicule est indiquée, celui-là en est certainement.

M. LE FORT a eu l'année dernière un cas semblable. La tumeur datait de dix ans. Pour éviter une vaste plaie, il fit une ponction pour évacuer la masse liquide. Elle donna du sang. Une deuxième ponction, pratiquée quelque temps après, n'amena plus que de la sérosité. Un mois après la première opération, la rétraction du scrotum était considérable, et il fit facilement l'énucléation de la partie solide. Son malade a bien guéri, après une suppuration assez abondante en rapport avec le volume de la tumeur. Quelque douteuse que soit la nature de celle-ci, on ne peut laisser un homme avec une pareille infirmité.

COMMUNICATION

Corps fibreux de l'utérus. — M. GUÉNIOT fait une communication sur une simplification opératoire applicable à l'extirpation des corps fibreux de l'utérus.

Cette simplification consiste : 1° dans la suppression de l'abaissement préalable du polype; 2° dans l'emploi, qui est indispensable, du constricteur de Maisonneuve; 3° dans l'application d'une anse métallique solide sur le polype.

Cette anse doit avoir généralement une inclinaison de 120 degrés, comme le forceps; on la manœuvre comme cet instrument. On doit engager l'anse du côté opposé aux doigts, et pousser doucement l'instrument jusqu'au fond de l'utérus.

M. Guéniot insiste sur les points suivants :

1° Il faut immobiliser la matrice par la pression sur l'abdomen.

2° Le sommet de l'anse doit se trouver du côté du point d'implantation de la tumeur.

3° Le constricteur de Maisonneuve sera préféré, parce qu'on peut donner à sa tige l'inclinaison que l'on veut.

4° On devra faire la section lentement.

5° L'anse sera formée de cinq à six fils tordus.

6° Quelquefois il sera nécessaire d'introduire la main entière dans l'utérus au lieu de deux doigts seulement.

Cette méthode présente certains avantages, qui sont de permettre d'opérer de bonne heure et d'éviter les inversions de l'utérus. Mais certaines conditions sont nécessaires pour qu'on puisse l'employer; il faut que l'orifice utérin soit suffisamment dilaté, et que la matrice ne présente aucune dépression.

M. Guéniot donne lecture d'une observation à l'appui de sa thèse.

Les conclusions sont les suivantes :

Certains polypes inclus dans la matrice peuvent être avantageusement excisés de bonne heure avant qu'ils aient fait saillie dans le vagin et qu'ils aient causé l'épuisement des malades.

Le procédé d'exérèse à employer, loin d'être difficile, présente au contraire une simplification du mode opératoire ordinaire.

DISCUSSION.

M. HERVEZ DE CHEGOIN. L'extirpation des polypes utérins doit être considérée comme un accouchement si l'on veut; mais on ne doit pas recourir à une opération.

Tous les cas de ligature qu'il a vus, notamment dans la pratique de Blandin, ont été suivis de mort et l'ont déterminé à renoncer pour toujours à ce procédé.

M. BOINET. Les corps fibroïdes sont si loin de se ressembler, qu'il est impossible d'établir une loi pour leur extraction.

Si le col n'est pas dilaté, on éprouve une très-grande difficulté à savoir si la tumeur est sessile ou pédiculée, etc.

M. Boinet eut l'occasion, il y a dix ans, d'enlever une de ces tumeurs du poids de 950 grammes. La malade avait des métrorrhagies depuis trois ans. Les parois de la matrice étaient très-minces, car la production de ces tumeurs n'amène pas toujours le développement musculaire de cet organe. Les pertes étaient incessantes. Ce fut une opération *in extremis*. Le seigle ergoté fit dilater l'orifice utérin, mais ne fit pas saillir le polype. Il était impossible de savoir s'il était pédiculé.

Le morcellement n'était pas praticable, ne connaissant pas la nature de la tumeur. M. Boinet la saisit avec des érignes, et par des tractions douces, l'attira au dehors. Elle n'était pas pédiculée. L'hémorrhagie cessa aussitôt. Trois jours après, la malade se leva et elle se porte encore très-bien aujourd'hui.

M. Boinet cite une autre opération, qui remonte à douze ou quinze ans et dans laquelle une tumeur pédiculée fut enlevée également au moyen d'érignes. L'hémorrhagie cessa aussi immédiatement.

M. CRUVEILHIER a perdu dernièrement à l'hôpital Saint-Louis une malade à laquelle il avait enlevé, au moyen de l'écraseur, un polype utérin. Elle a succombé à l'infection purulente. Il fait observer que le col n'est pas toujours suffisamment dilatable par l'instrument que l'on veut y introduire. M. Guéniot a-t-il employé un corps dilatant?

M. GUÉNIOT. Tous les cas de ligature des anciens chirurgiens se sont terminés par la mort parce qu'ils faisaient une ligature lente et que la tumeur, en se gangrénant sur place, infectait les malades, surtout celles de l'hôpital. Cela n'est plus à craindre avec la ligature extemporanée ou l'excision. M. Boinet, dans l'observation qu'il rapporte, a bien fait de donner l'ergot de seigle. J'avais fait de même pour ma malade. Il n'y aurait pas d'inconvénient à débrider le col distendu comme on le fait quelquefois pendant l'accouchement. D'ailleurs on peut sans grand danger violenter un peu le col pour lui faire admettre un instrument relativement volumineux, du moment qu'on a pour but d'éviter des accidents plus graves. L'orifice utérin se dilate physiologiquement par suite de la présence d'un corps étranger dans l'utérus, et mécaniquement, par le poids du polype qui presse sur l'orifice. Cela veut dire que la pointe du polype dilate cet orifice, et qu'il fait saillie dans le vagin de 1 ou 2 centimètres. Quant aux dangers de pincer la muqueuse utérine avec la

tumeur. Je réponds que l'inversion partielle est très-rare quand on agit de bonne heure, et qu'il serait à peu près impossible de pincer cette muqueuse s'il était indiqué de le faire. Le danger est donc presque nul, et la sécurité beaucoup plus grande que quand la tumeur est dans le vagin, à cause des efforts d'expulsion qu'elle cause dans ce cas. Et même la tumeur fût-elle encore complétement enfermée dans l'utérus, ce ne serait pas un motif pour ne pas employer le constricteur. Ne va-t-on pas, avec le forceps, chercher dans cet organe un fœtus qui y est inclus.

LECTURE

M. TERRIER donne lecture d'une observation d'ovariotomie qu'il a pratiquée avec succès.

PRÉSENTATION DE MALADE

Suture de tendons. — **M. TILLAUX** présente un malade qui reçut sur la main, au commencement du mois de septembre, un violent coup d'un crochet dont se servent les camionneurs pour remuer leurs fardeaux. Le crochet pénétra au-dessous des tendons du petit doigt de l'annulaire et les arracha. Le malade se présente, un mois après, le 1er octobre, dans le service de M. Tillaux à Lariboisière, pour une contusion du genou. La plaie de la main était cicatrisée, mais les doigts dont les tendons avaient été déchirés étaient restés fléchis, et le malade en avait pris son parti quand M. Tillaux lui proposa l'opération dont il vient aujourd'hui entretenir la société, et qu'il pratiqua vers le commencement de novembre, près de deux mois après l'accident. Après avoir enroulé autour de la main et de l'avant-bras le tube d'Esmarch, qui eut dans ce cas une grande utilité, M. Tillaux put opérer sans être gêné par le sang. Il découvrit facilement le bout périphérique qui faisait une légère saillie sous la peau, mais le bout central des tendons rétractés depuis si longtemps ne put être découvert, et M. Tillaux résolut de faire une greffe par approche. Saisissant avec une pince à griffes le tendon intact du médius (ce qui, par parenthèse, causa une très-vive douleur au malade), il pratiqua dans ce tendon une boutonnière dans laquelle il introduisit les bouts des tendons lésés, après les avoir rafraîchis et même un peu grattés avec le bistouri. Le tout fut maintenu par une suture métallique, et le membre fut entouré d'ouate et immobilisé.

Au bout de quinze jours, la nouvelle plaie était guérie, et le malade était dans l'état où il se présente aujourd'hui.

Les doigts ont repris leur position normale, les mouvements sont rétablis, et s'il reste encore un peu de gêne, cela tient à ce qu'il y a encore une légère adhérence du tendon avec la peau au niveau de la suture. Ce malade a, d'ailleurs, été déjà blessé au petit doigt, il y a dix ans, et n'a jamais eu, depuis ce temps, l'usage complétement libre de ce doigt.

DISCUSSION

M. LARREY félicite M. Tillaux du succès de son intéressante opération.

M. POLAILLON. Denonvilliers, le premier, a posé l'indication de rafraîchir les bouts des tendons que l'on veut suturer et de les réunir aux tendons du voisinage. L'opération est, du reste, assez facile sur le dos de la main.

M. Polaillon a lui-même publié, en 1873, dans la *Gazette des Hôpitaux*, une observation des tendons de l'annulaire, du médius et de l'index, qui avaient été coupés par une glace au niveau du poignet. Un premier pansement, posé dans une pharmacie, resta en place trois jours, après lesquels le malade se présenta à la Clinique. Les trois doigts du milieu étaient inertes. Les bouts supérieurs furent trouvés difficilement, puis suturés avec des fils métalliques. Le membre fut placé dans un appareil ouaté, et la réunion fut obtenue après un mois et demi. Il est resté une adhérence des tendons avec la peau au niveau de la plaie, mais l'extension a été conservée et les mouvements rétablis à tel point que le blessé peut écrire.

M. DESPRÈS demande si M. Tillaux pense que l'avivement par le grattage des bouts des tendons était bien nécessaire.

M. TILLAUX l'a fait par surcroît de précaution sans y attacher grande importance, et pensant seulement qu'en tout cas il ne ferait pas de mal.

M. LE FORT a vu, l'année dernière, un cas analogue chez un malade que lui avait adressé M. le docteur Hénocque. Ce malade, en tombant sur une hachette, s'était coupé presque tous les tendons fléchisseurs.

Après avoir appliqué la bande d'Esmarch, M. Le Fort fit la ligature des deux bouts de l'artère cubitale. Il trouva facilement les bouts périphériques des tendons, mais il lui fut impossible de découvrir les bouts centraux, même après avoir débridé d'un centimètre environ leurs gaînes. Il fit alors placer l'avant-bras du blessé sur une table, puis, par des frictions énergiques de haut en bas, il exprima en quelque sorte les tendons, qu'il parvint à saisir de cette manière. Puis, dans l'impossibilité où il était de reconnaître à quels muscles appartenait chacun de ces tendons, il se contenta de suturer ensemble ceux de la couche superficielle et ensemble ceux de la couche profonde. Le long supinateur et l'artère radiale avaient seuls été épargnés. Six semaines à deux mois après, la cicatrisation était faite et les mouvements conservés.

M. TILLAUX fait remarquer que ce qui fait l'importance de son observation, c'est l'ancienneté de la section des tendons, l'opération ayant eu lieu plus de deux mois après.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. CRUVEILHIER présente, de la part de M. le docteur Mottais (d'Angers), un instrument auquel son inventeur a donné le nom d'*ongle chirurgical*, et dont nos lecteurs trouveront la gravure dans notre numéro du 24 décembre dernier. (*Gaz. des Hôpitaux*, 1874, p. 1188.)

La séance est levée.

Séance du 16 décembre 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

M. PAULET termine la lecture de son rapport sur le prix Laborie :

Étude sur les cals douloureux, tel est le titre du mémoire n° 3 dont l'épigraphe, empruntée à Descartes, suffirait à rendre fier plus d'un membre du corps médical : « Si l'espèce humaine peut être perfectionnée, c'est dans la médecine qu'il faut en chercher les moyens. » Les cals douloureux ! Voilà certes l'un des sujets les plus importants de la pathologie chirurgicale, et nous devons savoir gré à l'auteur qui a cherché à élucider cette intéressante question.

Les douleurs dont les cals peuvent être le siége coïncident le plus ordinairement avec une consolidation vicieuse ou difforme, mais on peut aussi les rencontrer avec la cicatrice osseuse la plus régulière en apparence; parfois bornées à un simple endolorissement, elles présentent d'autres fois une telle acuité et une telle persistance qu'elles ne laissent pas un instant de repos aux malheureux patients, prêts à se soumettre à tout, même à l'amputation, pour mettre un terme à leurs cruelles souffrances. En y regardant d'un peu près, l'on ne tarde pas à s'apercevoir que les observations de cals douloureux publiés jusqu'ici appartiennent à deux catégories bien distinctes. Dans une première classe viennent se ranger les faits dans lesquels la douleur tient manifestement à une lésion nerveuse, soit primitive, soit consécutive, que cette lésion ait porté sur un tronc principal ou sur une branche d'ordre secondaire. Tels sont les faits de MM. Denucé, Trélat, Ollier, Franck Hamilton, Smith, Verneuil, W. Mitchel, etc., faits dans lesquels les accidents sont justement attribués à la blessure d'un nerf au moment de la fracture, ou bien à la névrite consécutive à la compression du nerf par le cal, ou bien encore à son irritation par une aiguille osseuse. Dans la seconde classe, la douleur n'est plus d'origine nerveuse; elle est liée à une ostéite chronique du cal, le plus souvent à la persistance de l'ostéite de consolidation, ainsi que le démontrent les observations de MM. Gosselin, Coulon, Guyot, etc. Cette distinction une fois bien établie, il s'agissait de poser le diagnostic différentiel entre ces deux espèces de cals douloureux, ce qui n'eût peut-être pas été très-difficile, puis d'en déduire des indications thérapeutiques dont on prévoit par avance la diversité

---

(1) Fin. — Voir les numéros des 16, 19 et 21 janvier.

suivant que tel cas appartient à l'une ou à l'autre de ces deux catégories.

Ne nous semble-t-il pas que telle est bien la façon dont le problème aurait dû être envisagé et résolu? Tel n'a malheureusement pas été le point de vue de l'auteur. En voulant tout rapporter uniquement à la lésion nerveuse, en cherchant à identifier des cas pourtant si dissemblables, il nous paraît avoir fait une confusion regrettable qui ne laisse pas que de l'avoir embarrassé à plus d'un endroit et qui ne pouvait le conduire à aucune déduction pratique.

Mais, messieurs, si votre commission a cru convenable de vous indiquer les quelques *desiderata* que présente ce mémoire, elle a aussi le devoir de vous signaler les qualités par lesquelles il se distingue, et qui en font une œuvre sérieuse. L'auteur a fait preuve de connaissances solides et étendues, toute sa partie historique témoigne d'une érudition plus qu'ordinaire, ses aperçus critiques indiquent un esprit droit et judicieux, enfin les dix-huit observations par lesquelles il termine son travail forment une collection complète et intéressante.

L'auteur du mémoire n° 4 nous vante les succès du *Silicate de potasse dans le traitement de l'érysipèle.* Son travail comprend une partie physiologique et une partie clinique. Dans la première, cent quarante-huit applications de solutions diversement titrées de silicate de potasse faites sur différentes parties du corps de plusieurs sujets bien portants, lui ont démontré que ces badigeonnages déterminent, dans la température locale, un abaissement variant entre 0°,1 et 5°1, d'où il conclut : « Le silicate de potasse est un médicament astringent, hyposthénisant, local. » Avant d'accepter cette conclusion, votre commission croit devoir vous faire observer que l'expérimentateur ne s'est peut-être pas absolument mis en garde contre certaines causes d'erreur telles, par exemple, que l'interposition d'un enduit non conducteur entre la peau du sujet et la boule du thermomètre. La partie clinique contient vingt-six observations desquelles il semblerait résulter que l'érysipèle, traité par les applications locales de silicate de potasse guérit *toujours* dans un laps de temps compris entre un minimum de deux jours et un maximum de dix jours, soit une moyenne de 4 jours 9/10 pour ces vingt-six cas.

Comme vous le voyez, c'est là une variante de la méthode de Robert Latour, seulement ici, le silicate de potasse remplace le collodion. Or je ne sache pas que cette méthode, tant préconisée par son inventeur, par Piachaud et par A. Rouget, ait donné jusqu'à présent, au moins en ce qui concerne le collodion, les résultats merveilleux qu'on s'en était promis. Examinons si le silicate de potasse est réellement plus efficace. Nous savons tous ce que dure un érysipèle moyennement intense abandonné à lui-même ou plutôt traité par des moyens anodins qui n'ont certainement pas la prétention de le juguler. Eh bien, si nous parcourons avec soin les 26 observations du mémoire, il nous semble qu'il en est quelques-unes dans lesquelles l'évolution normale de la maladie ne paraît pas avoir été bien sensiblement modifiée. Ainsi, dans l'observation 2, nous voyons un malade atteint d'érysipèle depuis huit jours, puis traité pendant six jours par les applications de silicate de potasse, ce qui fait déjà quatorze jours; mais, au bout de ce temps, la maladie n'était pas guérie, et c'est seulement à partir du vingt-huitième jour que l'on peut considérer la cure comme terminée. Dans l'observation n° 3, l'érysipèle durait déjà depuis trente-trois jours; durée totale, quarante et un jours. Dans l'observation 4, érysipèle depuis dix jours, silicate pendant dix jours, total vingt jours.

Mais je craindrais d'abuser de vos instants en multipliant outre mesure ces citations; le peu que je vous ai montré suffira sans doute à prouver que l'auteur s'est peut-être un peu fait illusion en considérant son moyen comme héroïque *dans tous les cas* pour abréger notablement la durée de l'érysipèle. Enfin un appendice ajouté au mémoire renferme plusieurs observations tendant à démontrer que le silicate de potasse donne les mêmes résultats dans la lymphangite, voire même dans l'érysipèle phlegmoneux.

Le mémoire n° 5 a pour titre : *De l'hypertrophie de la prostate*, et pour épigraphe : « *Principiis obsta* ». Introduction, définition, résumé historique, anatomie pathologique, étiologie, symptomatologie, diagnostic, pronostic, traitement, index bibliographique, observations, rien n'y manque, et l'on peut dire en vérité que c'est là un bon travail, établissant parfaitement l'état de la question à l'heure actuelle. Toutefois, c'est en vain que votre commission s'est efforcée de chercher quelque chose de neuf et d'original dans cette longue monographie, j'allais dire dans cette longue compilation; elle n'y a trouvé que la reproduction d'idées précédemment développées dans des ouvrages dont chacun apprécie la valeur, et parmi lesquels il me suffira de vous mentionner ceux de MM. Guyon et Thompson. Il n'est pas jusqu'aux 23 observations annexées au mémoire dont on ne puisse en dire autant; car ces faits ne présentent en eux-mêmes rien de particulier et rentrent dans la catégorie des cas les plus ordinaires de la pratique courante. L'hypertrophie de la prostate est aujourd'hui l'une des affections chirurgicales les mieux connues; en collationnant, en condensant les divers travaux publiés sur la matière; il était possible de produire un travail instructif pour des commençants, et c'est ce que l'auteur a effectivement réalisé; mais cela ne suffisait pas, et votre commission ne peut que constater avec peine dans ce mémoire l'absence complète de ce que l'on est convenu d'appeler le cachet personnel.

L'auteur du mémoire n° 6, au contraire, aborde un sujet nouveau, un sujet pour ainsi dire né d'hier. Il intitule son travail : *Recherches sur la compression élastique comme méthode d'ischémie dans les opérations*, et le fait précéder de cette épigraphe : « L'observation et l'expérience doivent se prêter un mutuel appui. » Son début est un historique dans lequel il passe successivement en revue tous les moyens employés pour prévenir l'hémorrhagie pendant les opérations. Il signale la compression hémostatique que Roux obtenait autrefois par l'enroulement d'une bande de toile, et qu'Adolphe Richard et M. Chassaignac ont plus tard effectuée au moyen du caoutchouc, l'élévation du membre employée avec succès par M. Lustreman et très-heureusement associée depuis à la compression par MM. Guyon et Lannelongue, enfin les procédés plus récents encore de MM. Grevidesso Silvestri et Esmarch. Malgré la réclamation de priorité faite en faveur du chirurgien italien par M. Vanzetti, il persiste à conserver à la méthode le nom de méthode d'Esmarch; car, dit-il, « l'idée originale du procédé, le *refoulement dans la circulation* de tout le sang continue dans les parties à retrancher, appartient au professeur de Kiel ».

Vient ensuite une description des appareils actuellement employés pour produire l'ischémie artificielle, c'est-à-dire l'appareil d'Esmarch et celui de Harrisson Crippo, qui n'en est qu'une modification et qui ne le vaut certainement pas. A ce sujet, l'auteur constate certaines imperfections et propose quelques modifications dans le détail desquelles je ne puis évidemment pas entrer. Ses expériences, pratiquées en assez grand nombre et avec un soin auquel votre commission se plaît à rendre justice, lui ont permis de constater : 1° que la bande de tissu élastique possède une force de compression bien plus considérable que les bandes de toile ou de caoutchouc vulcanisé; 2° que la puissance mise en jeu pour appliquer la bande élastique ou le tube constricteur dépasse toujours l'effet obtenu; 3° que l'élasticité propre des tissus vivants et leur compressibilité ont pour résultat d'amoindrir presque de moitié l'effort réellement exercé par l'appareil d'Esmarch; 4° qu'une tension modérée de la bande élastique (10 à 14 degrés au dynamomètre) et du tube de caoutchouc (26 à 28 degrés) suffit pour obtenir une ischémie complète.

La partie physiologique de ce mémoire comprend surtout deux chapitres principaux. Dans l'un, l'auteur étudie les effets généraux produits par l'application de l'appareil d'Esmarch; le malaise, l'anxiété, la fatigue musculaire se sont montrés tout à fait exceptionnellement et ne doivent pas être mis en ligne de compte, les mouvements respiratoires ne sont nullement modifiés, quant à leur nombre, mais leur amplitude s'accroît d'une façon bien évidente, l'influence de l'ischémie temporaire et partielle sur la fréquence des contractions cardiaques est peu sensible et difficile à apprécier; enfin la température générale a présenté des variations légères, soit en plus, soit en moins, sans que l'on puisse rien conclure de positif à cet égard. Dans l'autre chapitre, sont décrits les phénomènes locaux produits par l'application de l'appareil : aspect local, coloration, circulation locale, troubles de la motilité, de la sensibilité, modifications de la température locale. Pour tout ce qui a trait à la circulation, les indications sphygmographiques ont été soigneusement recueillies, et

l'on peut vérifier les résultats obenus sur les nombreux tracés joints au mémoire.

Après avoir ainsi fouillé son sujet d'une façon vraiment complète, l'auteur expose les avantages et les inconvénients de la méthode d'Esmarch, dans un chapitre intitulé : Remarques et Réflexions cliniques. Ici, comme dans tout ce qui précède, nous retrouvons le praticien habile et expérimenté, à qui la fréquentation des malades est aussi familière que les manœuvres du laboratoire ; aussi, tout en appréciant à leur juste valeur les bienfaits de l'ischémie artificielle, se garde-t-il bien d'un engouement irréfléchi et fait-il la part des accidents auxquels expose cette méthode.

J'en aurai fini avec ce mémoire lorsque je vous aurai dit qu'il contient encore : une notice bibliographique très-étendue, la rédaction détaillée de 48 observations ou expériences personnelles, un tableau comprenant le résumé de 80 opérations pratiquées par différents chirurgiens avec emploi de l'ischémie artificielle temporaire, enfin les tracés sphygmographiques dont je vous ai déjà parlé.

Messieurs, le prix Édouard Laborie, fondé il y a six ans, n'a pu encore être décerné par vous qu'une seule fois, l'année même de sa fondation. Depuis cette époque, vous avez jugé que, si plusieurs des travaux soumis à votre appréciation méritaient des encouragements, aucun ne réunissait un ensemble de qualités suffisant pour valoir à son auteur le droit de se dire lauréat de la Société de chirurgie. Votre sixième commission est heureuse de pouvoir vous annoncer qu'il n'en sera pas de même cette année. A cette première question : « Y a-t-il lieu de décerner le prix Laborie ? » Tous ses membres ont répondu par l'affirmative. C'est également à l'unanimité que nous vous désignons le mémoire n° 6, comme digne d'être couronné. D'autre part, en raison de la quotité des sommes restées disponibles, en raison surtout de leur valeur incontestable, les mémoires n° 2 et n° 3 nous ont paru mériter un encouragement. En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer :

1° De décerner le prix Édouard Laborie à l'auteur du mémoire n° 6, intitulé : *Recherches sur la compression élastique comme méthode d'ischémie dans les opérations;* avec cette épigraphe : « L'observation et l'expérience doivent se prêter un mutuel appui. »

2° D'accorder, à titre d'encouragement, une somme de 500 francs à l'auteur du mémoire n° 3, portant pour titre : *Étude sur les cals douloureux*, et pour épigraphe : « Si l'espèce humaine peut être perfectionnée, c'est dans la médecine qu'il faut en chercher les moyens. »

Une somme de 500 francs à l'auteur du mémoire n° 2, intitulé : *Étude sur la môle hydatoïde*, avec cette épigraphe : « Ce n'est pas assez de compter les expériences ; il les faut peser et assortir, il les faut avoir digérées et alambiquées pour en tirer les raisons et les conclusions. »

A quatre heures et demie la société se forme en comité secret.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Besançon. — Le 17 mars 1875 s'ouvrira le concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie et de pharmacie. — Le 18 mars 1875 s'ouvrira le concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie. — Le 14 juin 1875 s'ouvrira le concours pour la suppléance des chaires de pathologie externe et d'accouchements.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — Un concours pour un emploi de suppléant de chimie et de pharmacie s'ouvrira dans cette école le 8 novembre 1875.

— Le conseil de la société de prévoyance des pharmaciens de la Seine, sur la demande de M. Louradour de lui donner un successeur, a confié à M. Joigneau, son agent judiciaire, les fonctions que M. Louradour a si bien remplies pendant trente et un ans. Les demandes d'élèves en pharmacie devront dorénavant être adressées à M. Joigneau, 66, rue de Bondy.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 23 janvier 1875, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° note sur la conduite à tenir dans le traitement des iritis plastiques syphilitiques, par le docteur Abadie ; — 2° ténorrhaphie et syndactylie, par le docteur Gillette ; — 3° continuation des discussions sur la chorée et les polypes fibreux de l'utérus.

— A M. le Dr C..., à Villefranche-Lauraguais. — Le prix du numéro est de vingt cinq-centimes. Est considérée comme non avenue toute demande de numéros non accompagnée du montant de sa valeur.

— Clientèle dans Seine-et-Oise à vingt-cinq minutes de Paris. Prix 6,000 francs.— S'adresser au bureau du journal.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois.	8 fr. 50 c.	POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois.	16 »	
Un an.	30 »	

Paris, le 25 janvier 1875.

La Faculté de médecine de Paris voyait avec un profond regret un de ses plus éminents professeurs s'éloigner avant l'âge de sa chaire de professeur. Une pétition de six cent soixante-trois élèves en médecine, parmi lesquels on compte des internes de l'Hôtel-Dieu, Saint-Louis, Lariboisière, Sainte-Eugénie, Cochin, Beaujon, Lourcine, la Salpêtrière, Necker, Enfants-Malades, Saint-Antoine, la Charité, la Pitié, a été adressée au doyen de la Faculté. M. Wurtz s'est emparé avec bonheur de cette manifestation pour rappeler au professeur Pajot son enseignement « si brillant et si profitable à la jeunesse » et vaincre son silence si regretté.

Nous nous empressons de publier les diverses lettres échangées, qui sont, en même temps, un titre d'honneur pour le sympathique professeur, une bonne fortune pour la Faculté, qui a trouvé dans son doyen un très-heureux interprète, et enfin un sujet de joie pour la famille des élèves si bien inspirée dans sa réclamation.

Voici les diverses pièces de cet heureux événement.

Faculté de médecine de Paris.

Paris, 21 janvier 1875.

Monsieur et cher collègue,

J'ai l'honneur de vous transmettre une pétition couverte de plusieurs centaines de signatures et par laquelle les étudiants vous demandent de vouloir bien recommencer votre cours. Voulez-vous me permettre de joindre mes instances à celles de vos élèves. Je crois que vous rendriez service à la Faculté si vous vouliez bien reprendre un enseignement qui a été si brillant et si profitable à la jeunesse médicale, et je regretterais d'apprendre que l'état de votre santé vous empêchât de le faire.

Veuillez agréer, monsieur et cher collègue, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Signé : WURTZ.

A monsieur Pajot, professeur d'obstétrique à la Faculté de médecine de Paris.

Monsieur le professeur,

Les soussignés, étudiants en médecine, ont l'honneur de porter à votre connaissance les regrets unanimes causés par la suspension de votre enseignement. Ils espèrent que cette année, et longtemps encore, ils pourront, aussi heureux que leurs aînés, puiser, dans vos leçons si fructueuses, les saines traditions de l'obstétrique. Ils font un pressant appel à notre dévouement ordinaire aux élèves et ont la ferme confiance que ce cri d'estime et d'affection trouvera un écho dans votre cœur.

Recevez, monsieur le professeur, l'assurance de tous nos regrets.

Paris, 19 janvier 1875.

Suivent *six cent soixante-trois* signatures.

A monsieur le doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Monsieur le doyen,

Je suis profondément sensible au témoignage d'estime et d'affection des élèves de notre école, et aussi aux instances personnelles que vous m'avez fait l'honneur d'y joindre.

Tout entier, pendant trente ans, à cette jeunesse que nous aimons, la fatigue, une santé ébranlée et l'âge aidant, m'en avaient depuis quelque temps séparé, à mon grand regret.

Mais aujourd'hui, après une manifestation dont je suis vivement touché, c'est un devoir pour moi d'user le reste de mes forces au service des élèves et de la Faculté.

Sans doute, ces temps d'enseignement, qualifié de brillant par votre bienveillance, sont à jamais passés. Je m'efforcerai de faire des leçons profitables, et je commencerai mon cours avec le semestre.

Veuillez agréer, monsieur le doyen, l'expression de ma gratitude et de mes sentiments distingués.

Professeur PAJOT.

Puissions-nous longtemps applaudir encore le professeur à qui tant d'élèves doivent aujourd'hui leurs connaissances obstétricales.

DE L'ORGANISATION DE L'ASSISTANCE MÉDICALE DANS LES CAMPAGNES

(Deuxième article.)

Nous avons exposé, dans notre premier article de mardi dernier 19 janvier, le but, l'esprit et la portée générale du projet de loi soumis à l'Assemblée nationale sur l'organisation de l'assistance médicale dans les campagnes. Il nous reste, pour compléter l'analyse de ce projet, à faire connaître le système d'organisation qui y est proposé.

La commission s'est trouvée en présence de deux systèmes : le système des médecins cantonaux et le système de liberté avec tarif fixe par circonscription.

Le système des médecins cantonaux, qui a séduit un moment

l'opinion publique par son apparente simplicité, est jugé aujourd'hui par l'expérience et condamné par les résultats mêmes de l'enquête dont il a été l'objet. Il a été généralement abandonné d'ailleurs à la suite d'épreuves malheureuses ou stériles.

La commission n'a même pas jugé à propos d'examiner les modifications proposées pour en rendre l'application plus facile, le principe lui-même étant repoussé.

Elle ne s'est pas arrêtée davantage au système de la liberté absolue, qui n'est autre chose que l'abdication de toute initiative administrative, la négation de tout système.

Il ne restait donc à examiner que le système de liberté avec tarif fixe et par circonscription.

Le système de liberté avec tarif fixe et par circonscription consiste à assimiler l'indigent malade au malade riche ou aisé, en le laissant libre de choisir son médecin, comme celui-ci est libre d'accepter ou de ne pas accepter le client. Ce système aurait, aux yeux de la commission, l'avantage de satisfaire plus directement aux besoins ou aux préférences des populations et de correspondre aux conditions topographiques de la résidence du médecin. Il favoriserait ainsi pour l'indigent l'appel aux secours de l'art et rendrait le service médical plus facile et plus prompt. Pour le médecin, il assurerait le respect des droits acquis, ménagerait l'honorabilité professionnelle et garantirait une équitable rémunération des services rendus. Enfin ce système aurait encore en sa faveur l'expérience. Il fonctionne avec succès dans le département des Landes depuis 1856, et il paraît avoir également bien réussi dans d'autres départements, où il est désigné sous le nom de système *landais*.

Dans ce système tout médecin, docteur ou officier de santé, tout pharmacien, toute sage-femme peut concourir à l'assistance des indigents, pourvu qu'il se conforme, dans ses prix, à un tarif convenu, ou même au plus bas prix de sa clientèle ordinaire.

Le système de la liberté du malade dans le choix de son médecin est organisé dans plusieurs départements par circonscriptions médicales, prenant leur centre au domicile même du médecin. Les indigents inscrits reçoivent des bons de visite toutes les fois qu'une maladie se déclare dans la famille ; on leur remet aussi un livret sur lequel s'inscrivent les visites. Dans les limites de la circonscription, le malade indigent peut appeler tout médecin résidant qui a accepté les statuts du service médical d'assistance. Le médecin appelé note ses visites sur le livret, ce qui lui permet de réclamer ultérieurement le prix de ses soins d'après le tarif déterminé.

La qualité de médecin de la circonscription ne constitue cependant pas pour le titulaire un droit, un monopole ; tout autre que lui peut être appelé, mais à la condition qu'il viendra au prix du tarif de la circonscription.

Dans l'application, ce système a subi des modifications dans plusieurs départements. Dans telles contrées, on a procédé par voie d'abonnement des communes. Ailleurs on a basé la rémunération des médecins sur la distance kilométrique, etc.

La commission n'a cru devoir adopter aucun de ces modes à l'exclusion des autres. Elle a pensé avec raison qu'elle devait se borner, ainsi que l'ont proposé notamment MM. Roussel et Morvan, dans la proposition de loi qu'ils ont faite à l'Assemblée, le 12 juillet 1872, à poser dans la loi des règles générales applicables partout, quel que fût le mode adopté.

La première, d'où toutes les autres dérivent, est le principe de l'obligation inscrit dans la loi.

La seconde consiste dans la liberté des conseils généraux ou des communes de choisir les moyens qui leur semblent le plus favorables, suivant les conditions locales, les convenances, les habitudes des populations, pour assurer les secours médicaux à leurs indigents.

La troisième règle, étant admise en principe la préférence accordée sur l'hospice aux secours à domicile, la nécessité de combiner cette assistance avec l'institution des bureaux de bienfaisance.

Ainsi, en imposant aux conseils généraux l'obligation de constituer l'assistance médicale, la loi leur laisserait toute latitude sur les conditions de son organisation. Elle les laisserait libres de régler cette organisation sur les convenances locales ou sur l'expérience acquise, et de maintenir, là où il existe, le service dans son fonctionnement actuel, s'il leur paraît avoir fourni, à l'épreuve, de bons résultats.

La nouvelle loi ne porterait ainsi aucune atteinte aux institutions existantes et reconnues utiles, le législateur se fondant en cela sur des précédents législatifs en matière d'assistance (lois sur les dépôts de mendicité, sur les enfants assistés, sur les aliénés, etc). La commission y verrait, en outre, une utile et heureuse application du système général de décentralisation qui semble avoir aujourd'hui pour lui l'opinion générale, et qui est particulièrement désirable dans la question qui nous occupe.

Ce qui est dit, dans les dispositions générales, du service médical d'assistance, s'applique également au service de la pharmacie.

Le concours des pharmaciens en exercice sera également utilisé en réglant les médicaments d'après un tarif déterminé (1).

En résumé, voici dans ses points principaux, le dispositif du projet de loi.

Dans tous les départements, l'assistance à domicile des indigens malades sera organisée pour chaque commune.

Il sera établi, à cet effet, un bureau de bienfaisance dans toutes les communes où il n'en existe pas actuellement.

Les bureaux de bienfaisance dresseront la liste des indigents admis aux secours médicaux. Cette liste sera approuvée par le préfet. Elle sera soumise également à l'approbation du conseil municipal. Le médecin ou un délégué des médecins appelés à faire le service de l'assistance dans la circonscription, pourra présenter ses observations sur la composition de la liste.

Le bureau de bienfaisance est spécialement chargé de veiller à ce que les secours médicaux soient assurés aux malades et aux infirmes de la circonscription.

Les conseils généraux devront, dans chaque département, organiser les secours d'assistance médicale et pharmaceutique, de manière qu'ils soient assurés pour chaque commune.

---

(1) Voici, pour ce qui concerne les tarifs, quelle est la base d'évaluation admise par la commission. C'est celle qu'avaient supputée MM. Roussel et Morvan dans leur proposition.

Le rapport ministériel du 24 avril 1867 estimant à 4 pour 100 de la population le nombre d'indigents inscrits, et fixant la proportion des malades à 1 sur 3 $\frac{1}{2}$, MM. Roussel et Morvan ont adopté une moyenne de dépense de 2 fr. 20 par tête d'indigent, dont 1 fr. 50 pour les soins médicaux, et 70 cent. pour les médicaments fournis. En admettant pour chaque indigent malade, la moyenne de 3 $\frac{1}{2}$ visites ou consultations, chiffre qui ressort du rapport précité, l'ensemble de chaque traitement serait évalué à 7 fr. 50 et le prix de la visite ou consultation à 1 fr. 50. La commission, acceptant cette évaluation, en a fait la base de son calcul qui porte, en forçant un peu les chiffres, à 6 millions et demi l'ensemble de la dépense qu'entraînera cette organisation.

Espérons que lorsqu'on en sera à l'application, les conseils généraux, avant d'établir les tarifs, ainsi que le mode de fonctionnement, pour chacune des circonscriptions départementales, voudront bien s'assurer d'avance l'assentiment des praticiens dont ils auront à utiliser plus tard le concours.

Les conseils d'arrondissement, les conseils d'hygiène et les conseils municipaux intéressés seront appelés à donner leur avis sur les règlements ci-dessus spécifiés.

(Suivent les dispositions relatives aux dépenses qu'entraînera l'organisation de ce service et à la création des ressources destinées à y faire face.)

Nous nous plaisons à constater, en terminant, que le projet fait droit, sur presque tous les points, aux vœux exprimés en plusieurs circonstances par un partie notable du corps médical, notamment par un grand nombre de sociétés locales des départements, et qu'il reproduit presque littéralement les termes de la proposition de loi soumise à l'assemblée, il y a deux ans, par nos honorables confrères MM. Th. Roussel et Morvan. On voudra bien nous permettre de rappeler aussi que telle était, au moins dans son expression générale, la solution que nous avions proposée nous-même ailleurs. (Article ASSISTANCE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*)

Il nous restera maintenant à suivre le débat auquel ce projet pourra donner lieu.

Dr BROCHIN.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Sous le titre de *Note sur la pulsation du cœur*, M. Marey fait connaître à l'Académie le résultat de ses nouvelles recherches sur le battement du cœur au moyen de la *méthode graphique.* Depuis les remarquables expériences (si maltraitées il y a quelque temps par M. Colin devant l'Académie de médecine) de MM. Chauveau et Marey sur la détermination graphique des mouvements du cœur (1862), on savait que le *choc* du cœur coïncide avec la systole ventriculaire. Restait à déterminer exactement la nature de ces mouvements, et tel est le but de la note actuelle.

M. Marey s'est servi, pour ses expériences, d'un cœur de grenouille terrestre auquel il avait adapté des tubes remplaçant veines et artères, et dont il entretenait le fonctionnement au moyen de sang défibriné.

Ce cœur ainsi préparé était placé dans un flacon à trois tubulures destinées à laisser passer les tubes artériels et veineux et le tube chargé de mettre l'air du flacon en communication avec l'appareil enregistreur.

Les courbes, obtenues ainsi par M. Marey, représentent : 1° les changements de volume du cœur; 2° les changements de consistance du cœur. L'auteur se propose de donner dans une communication ultérieure la signification de chacun des détails que présentent les courbes.

Cette communication nous paraît indispensable, car nous ne voyons pas jusqu'à présent l'intérêt scientifique, au point de vue de la physiologie du cœur, qui peut être renfermé dans ces courbes.

Ceci soit dit malgré et peut-être à cause de la précaution que M. Marey a cru devoir prendre en disant : « Si j'ai recours à l'emploi de la méthode graphique, c'est que j'ai considéré les sens comme absolument insuffisants pour apprécier exactement la nature des mouvements du cœur; cette conviction m'autorise à récuser tous les arguments qu'on pourrait m'opposer d'après les renseignements que donne la vue ou le toucher dans l'étude de la pulsation cardiaque. » Nous nous garderons de rien objecter; mais nous attendons avec confiance la seconde communication pour enregistrer les résultats concluants et utiles que la méthode graphique aura fournis à M. Marey.

— M. Oré, de Bordeaux, adresse à l'Académie une nouvelle note intitulée : *La neutralisation de l'acidité de l'hydrate de chloral par le carbonate de soude retarde la coagulation, en conservant les propriétés physiologiques. Trois nouveaux faits d'anesthésie chez l'homme.*

Dans une première série d'expériences, M. Oré a constaté que le sang pris à un animal vivant et mis en contact dans un verre avec du chloral simplement dissous dans l'eau, dans un cas, avec du chloral mélangé dans une solution de carbonate de soude, dans un autre cas, se coagule moins vite que le sang abandonné à l'air libre. Le chloral carbonaté semble même empêcher la coagulation.

Dans une autre série d'expériences, M. Oré a injecté, sur un chien déjà anesthésié par le chloral, une solution de chloral carbonaté dans un segment de veine jugulaire compris entre les deux ligatures. Vingt minutes après, le sang renfermé dans ce segment ne présentait aucune trace de coagulation.

D'un autre côté, M. Oré s'étant assuré que le carbonate de soude n'enlève au chloral absolument rien de ses propriétés anesthésiques, il en conclut que toutes les objections faites aux injections intra-veineuses sont désormais anéanties.

M. le professeur Deneffe (de Gand) a fait connaître à M. Oré trois observations nouvelles, dans lesquelles le chloral carbonaté a été employé avec succès pour anesthésier des malades qui ont subi des opérations graves. Ces trois observations complètent la trentaine : trente succès sur trente injections intraveineuses.

M. Oré s'autorise de ces résultats pour dire que, malgré les mécomptes qui peuvent survenir, « la méthode n'en restera pas moins établie sur les bases solides d'une expérimentation longue et consciencieuse, dont la chirurgie a confirmé largement les résultats ».

Certes, nous ne prétendons diminuer en rien le mérite de M. Oré. Ses tentatives vers un but excellent, mais que nous qualifions *d'audacieuses*, sont un mérite à nos yeux. Mais à présent que l'expérience est faite et que l'auteur a prouvé qu'il pouvait donner une solution heureuse à son idée, pourquoi ne pas revenir au côté pratique de la question ? Quand on songe au peu de stabilité de ce composé chimique qui porte nom de fluide sanguin, quand on songe aux multiples et délicates opérations que l'aliment a dû subir pour être transformé en sang, on ne saurait s'empêcher de trembler en voyant l'opérateur introduire brutalement, sans l'avoir préalablement *physiologisé*, un composé chimique dans les vaisseaux sanguins.

Cette considération n'est pas la seule. Le premier venu peut introduire le chloral dans les voies digestives sans craindre les inconvénients d'une action topique sur la muqueuse des voies digestives; mais le premier venu ne saurait s'entourer facilement des conditions qui mettent à l'abri des accidents de l'opération sur les veines.

Dr Édouard FOURNIÉ.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LORAIN.

Sur le vaginisme (1)

(Leçon publiée par le docteur LUTAUD.)

Vous savez que dernièrement je vous ai parlé des femmes qui ne supportaient pas le rapprochement sexuel ou qui ne le supportaient que très-difficilement.

(1) In : *Du vaginisme, ses causes, sa nature et son traitement.* — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, 1875, G. Masson.

J'ai encore eu l'occasion de m'en occuper tout récemment, ayant été consulté par les familles de deux jeunes gens qui se sont mariés, et qui sont partis faire un voyage de noce en Italie. Je m'étais opposé à ce voyage, ma conviction étant qu'il est toujours imprudent de s'exposer ainsi, les premières nuits de noces, dans une auberge et dans un pays souvent sans ressources.

Ils m'ont raconté toute leur histoire depuis. La jeune femme a été très-malade des suites des premières tentatives de rapprochements, et maintenant encore elle éprouve de vives douleurs chaque fois que son mari veut pratiquer l'acte conjugal.

Les faits de ce genre sont fréquents. J'en parlais, il y a quelque temps, devant une dame âgée, respectable, une femme d'un très-grand mérite social, illustre même, et qui tient chez elle comme une sorte de bureau de consultations pour les jeunes femmes et pour les hommes aussi. Elle me dit : « Vous connaissez bien mon amie, Mme X..., elle a cinquante-quatre ans; vous connaissez son mari aussi; eh bien, il ne l'a jamais vue ! » — « Mais il me semblait qu'elle avait une grande fille? » — « Oui, c'est vrai, elle a fait ses preuves, mais cette fille est d'un premier lit ; elle avait trente ans quand elle s'est remariée ; son mari l'a emmenée en Italie ; à la première auberge, il s'est mis en mesure de remplir son devoir ; les premières tentatives ont été si douloureuses, qu'elle s'est mise à crier; le mari a voulu essayer de nouveau, mais jamais il n'a pu arriver à quelque chose de complet. Il y a vingt-quatre ans que cela s'est passé, et Mme X... est encore comme le premier jour de son mariage; il n'y a pas eu d'accommodements possibles, et son mari a fini par y renoncer. Ils sont bien ensemble; elle est seulement pour lui une femme à tenir sa maison; elle n'a jamais voulu se décider à consulter un médecin. »

Je vous ai raconté aussi qu'une jeune femme de Paris, mariée depuis trois ou quatre mois, était venue demander conseil à la religieuse du service. Elle ne supporte pas les approches de son mari ; elle a une telle sensibilité, une telle rigueur dans la contraction du sphincter vulvaire, que chaque fois que son mari s'approche d'elle, elle se sauve et se met à crier; malgré l'affection qu'elle a pour lui et le désir qu'elle a de le satisfaire, malgré la passion que, vu son âge et son tempérament, la jeune femme apporte dans ces tentatives, la douleur la force presque aussitôt à se soustraire à ces rapprochements; elle est venue me consulter parce que son mari, qui est un ouvrier, un artisan, a fini par lui dire qu'il s'était marié pour jouir de sa femme, et qu'il irait voir les filles si ça durait; elle est venue me prier de mettre fin à sa triste situation. Je l'ai examinée, et j'ai constaté qu'elle était bien conformée ; elle a la taille bien faite, les apparences d'une femme bien constituée et d'un tempérament ardent; les mamelles sont suffisamment développées, l'utérus est intact, de forme normale, les règles n'ont jamais fait défaut; il n'y a point d'anomalie dans la forme des organes sexuels; il n'y a point non plus de maladies chroniques, inflammatoires ou autres; la membrane hymen a été rompue; le doigt pénètre dans le vagin, mais le sphincter se contracte aussitôt avec une grande énergie; il y a des contractions presque convulsives dans les membres inférieurs; la douleur est très-vive. Ce n'est qu'au bout de quelque temps, en maintenant mon doigt dans les parties, que je suis arrivé à en faire supporter la présence. On peut même, au bout de quelque temps, introduire deux doigts, mais cette opération est douloureuse; cependant elle la supporte. Le mari est un jeune homme assez inexpérimenté, qui, évidemment, n'a pas su vaincre une première fois avec une énergie suffisante la résistance qui aurait cédé à la persistance du coït, et qui surtout ne se serait pas renouvelée si la satisfaction vénérienne avait été complète. C'est donc l'exagération d'une fonction, celle du sphincter de la vulve, qui demande à être vaincue.

Assez facilement, j'ai introduit des éponges préparées, afin de dilater l'anneau vulvaire, et j'avais obtenu ainsi une amélioration notable. Je me proposais d'introduire un pessaire en caoutchouc, mais je ne l'ai plus revue; j'espère qu'elle se sera fait une existence possible.

Dernièrement j'ai vu une autre jeune femme, bien constituée et mariée depuis peu. Aussitôt que son mari, qu'elle aime beaucoup, s'approche d'elle, ce sont des cris épouvantables. Il n'y a encore eu que deux tentatives de rapprochement sexuel; à la première, qui eut lieu aussitôt après le mariage, elle a demandé pardon. La seconde fois, c'était dans une maison de famille, à la campagne; elle n'a pas pu se contraindre et a poussé des cris qui ont réveillé toute la maison; les voisins sont venus, on a dit que c'était un accident. Elle en a fait la confidence à sa mère; son mari, qui est plein d'égards et d'attentions pour elles, est venu me trouver. Eh! mon Dieu, ils en sont réduits à des rapprochements approximatifs; mais il y a eu quelque chose, depuis deux mois, elle n'a plus ses règles; on est venu me demander si elle pouvait être enceinte malgré cet accomplissement incomplet des fonctions sexuelles; j'ai répondu que la chose était possible, mais peu probable. Depuis cette époque, j'ai revu cette jeune femme, et j'ai pu constater une grossesse avancée.

Il n'y a pas longtemps j'ai été consulté par une femme, toute jeune, qui m'a dit ne pouvoir supporter les approches de son mari. Je l'ai examinée, et j'ai trouvé le vagin suffisamment dilaté, sans traces de lésions inflammatoires ou autres ; l'introduction du doigt n'est pas très-douloureuse, et il m'a été impossible de constater une constriction notable du sphincter. C'est un vaginisme intermittent; combien cet état durera-t-il? Je n'en sais rien.

Depuis, j'ai reçu la confidence de plusieurs femmes, qui m'ont dit avoir renoncé à se laisser toucher par leurs maris, tant les approches leur étaient désagréables, pénibles, douloureuses.

Il y a des gens qui ne peuvent pas avaler une pilule, je suis de ce nombre; j'en prends, mais avec du beurre; il y a des femmes aussi qui ont ce qu'on appelle l'œsophagisme; elles ne peuvent pas manger, elles refusent tous les aliments. Il est possible qu'il y ait une certaine analogie entre les constricteurs de l'orifice supérieur du corps et ceux de la vulve. On a proposé de diriger contre le vaginisme le traitement employé pour la fistule à l'anus; cela me paraît être une très-mauvaise méthode.

Ainsi voilà une femme qui s'est remariée à trente ans; auparavant, elle avait eu un enfant, et aujourd'hui, la tête d'un pénis ne peut plus passer par où est passée la tête d'un enfant.

Nous croyons qu'il serait préférable d'instituer un traitement sédatif et antispasmodique. L'emploi du bromure de potassium, déjà indiqué par Raciborski, nous paraît plus rationnel et plus efficace.

Le traitement du vaginisme est, du reste, extrêmement difficile. On a souvent affaire à des malades d'une délicatesse et d'une susceptibilité extrêmes, et c'est à peine si, dans certains cas, le médecin ose intervenir.

Cette affection est plus commune qu'on ne le croit généralement. J'arrive maintenant à un âge où on reçoit ces sortes de confidences; j'en reçois beaucoup. Je crois que le vaginisme n'est pas dû à l'étroitesse des organes, mais plutôt à un sentiment de crainte au moment de l'introduction, et qui empêche

la dilatation. Il y a énormément de femmes fort distinguées dans le monde et qui n'ont jamais coïté. Il y a des raisons; c'est parce qu'elles ont quelquefois affaire à des hommes qui n'ont pas la délicatesse, le sentiment des caresses préliminaires qu'ils doivent à la femme chaque fois qu'ils s'en approchent; ce sont des gens dépourvus de tact, et qui veulent arriver sans frapper à la porte. Je n'insiste pas sur ce sujet qui est délicat, mais je le répète, le vaginisme est souvent causé par la brutalité ou la maladresse de certains maris. On ne saurait trop recommander aux gens qui ont des femmes nerveuses et impressionnables d'entourer l'acte conjugal de tous les ménagements possibles.

Tout n'a pas encore été dit sur le vaginisme, et il y a là un important sujet à étudier, seulement il est un peu difficile, surtout pour un jeune homme.

THÉRAPEUTIQUE

De la régénération rapide des globules rouges du sang. Le Compte-Globules.

Dans un mémoire présenté récemment à l'Académie des sciences (1), M. le docteur Rabuteau, poursuivant ses recherches, a repris la question relative à l'acidité du suc gastrique. Il est parvenu, ce qu'on n'avait pu faire encore, à isoler et à doser directement l'acide chlorhydrique, qui, d'après les leçons faites à la Faculté de médecine par son doyen M. le professeur Wurtz, et d'après M. A. Gautier, agrégé chef du laboratoire de chimie biologique, est bien l'acide libre qui existe dans le suc gastrique.

On comprend l'importance de cette donnée physiologique au point de vue de la médication ferrugineuse. C'est cette donnée fondamentale qui avait inspiré au docteur Rabuteau, depuis plusieurs années déjà, l'idée de faire des recherches sur le rôle exercé dans l'organisme par les chlorures en général, notamment par les chlorures alcalins et le protochlorure de fer. Les résultats de ses expériences physiologiques et des observations nombreuses qu'il a recueillies dans les hôpitaux de Paris ont démontré :

1° Que le fer, pour être absorbé et entièrement assimilé, doit se transformer préalablement dans l'estomac en protochlorure.

2° Que le protochlorure de fer régénère les globules rouges du sang avec une très-grande rapidité.

Ces premiers travaux ayant été déjà publiés, nous n'y reviendrons pas. Mais nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur mettant sous les yeux les résultats nouveaux qui donnent une idée de la rigoureuse exactitude des méthodes scientifiques actuelles.

Un physiologiste distingué, M. le docteur Malassez, a imaginé un appareil auquel il a donné le nom de *Compte-Globules*, et qui permet, en effet, de compter exactement le nombre des globules contenus dans un volume de sang déterminé (2). On peut dès lors suivre avec précision la régénération progressive des globules rouges sous l'influence des ferrugineux. Cet ingénieux appareil a permis à divers médecins des hôpitaux de vérifier la valeur thérapeutique du protochlorure de fer pur et administré d'une façon convenable. Parmi les observations recueillies à ce sujet, nous nous bornerons à rapporter la suivante, qui est pleine d'intérêt.

Il s'agit, dans cette observation, d'une jeune fille profondément chlorotique, entrée à l'hôpital Necker dans la salle Sainte-Anne et mise en expérience le 4 décembre. Son sang, examiné au *Compte-Globules Malassez*, ne contenait que 2,919,000 globules rouges par millimètre cube, la moyenne normale étant d'environ 4,500,000 par millimètre cube (chiffres donnés par M. Malassez).

Elle prit, matin et soir, au moment des repas, deux Dragées contenant chacune 25 milligrammes de protochlorure de fer de Rabuteau. Des examens successifs jusqu'au 24 décembre, jour de sa sortie, donnèrent les résultats suivants :

	Nombre de globules rouges par millimètre cube.
4 décembre (jour d'entrée). . . .	2,919,000
7 —	3,486,000
12 —	3,696,000
24 — (jour de sortie). . . .	4,578,000

La malade avait donc gagné en vingt jours 1,659,000 globules, soit 82,950 globules rouges en moyenne par millimètre cube de sang et par jour. Nous devons ajouter que pendant la durée du traitement, l'appétit fut excellent; il n'y eut ni diarrhée ni constipation.

A la suite de cette intéressante observation, nous relaterons les trois communications suivantes :

A (Observation de M. le docteur Anger, chirurgien des hôpitaux), — Mme X..., laitière, âgée de trente-trois ans, mère de quatre enfants, éprouve depuis plusieurs mois les symptômes les plus tranchés d'une chlorose confirmée.

Décoloration de la peau et des muqueuses avec la teinte caractéristique, battements de cœur répétés, dérangements menstruels avec leucorrhée, perte des forces, appétit inégal, capricieux, digestions pénibles, gonflement douloureux de la région épigastrique, douleurs, névralgies, envies fréquentes de pleurer, etc., etc. Après avoir subi inutilement divers traitements ferrugineux, elle fut mise aux Dragées de protochlorure de fer de Rabuteau et, en quinze jours, elle éprouva un tel soulagement qu'elle se considérait comme guérie. Son état nerveux s'était rapidement amélioré, ses digestions étaient redevenues régulières et les forces avaient reparu. Le traitement fut continué encore pendant quelques semaines, et la guérison fut confirmée.

Malgré la dose élevée de huit Dragées par jour que prit la malade, il ne se manifesta chez elle aucune constipation.

B — M. le docteur Henri Gripat, ancien interne des hôpitaux de Paris, a expérimenté, dans de nombreux cas de chlorose, le protochlorure de fer, soit sous forme de Dragées, soit sous forme d'Élixir. Le résultat général de ses observations a été le suivant : « Le protochlorure de fer a toujours été parfaitement digéré, n'a point produit de gastralgie, pas de crampes, pas d'éructations nidoreuses, pas de constipation, pas de diarrhée, en un mot, il a toujours été parfaitement toléré. Sous forme d'Élixir, il a donné de remarquables succès. »

C — M. le docteur Louis Gavaudan, médecin de colonisation à l'Oued-Zenati (Algérie), exerce dans un pays à climat très-débilitant, dans lequel les cas d'anémie, de cachexie et de chlorose sont fréquents et tenaces. Habitué à administrer le fer sous toutes ses formes, il a constaté que le protochlorure de fer rétablissait plus rapidement que toute autre préparation les sujets profondément anémiés, et que « les Dragées agissent surtout vite et ne produisent pas de constipation. »

En présence de ces expériences si précises, de ces observations cliniques si concluantes, on est en droit d'affirmer que les Dragées et l'Élixir au protochlorure de fer du docteur Rabuteau sont éminemment hématopoïétiques, puisqu'il est démontré que ces préparations régénèrent les globules rouges du sang avec une rapidité qui n'avait jamais été constatée par l'emploi d'aucun autre ferrugineux.

(1) *Recherches sur le suc gastrique* (*Gazette des Hôpitaux*, 12 janvier 1875).
(2) *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1872.

Nous terminerons en empruntant à l'excellent ouvrage que vient de publier M. le docteur Ferrand, médecin des hôpitaux, les passages suivants qui donnent un appui considérable aux faits ci-dessus énoncés.

« Le protochlorure de fer est le sel qu'il faudrait le plus souvent prescrire, puisque c'est à cette forme que l'estomac doit amener le fer pour l'introduire dans le sang.

« Les autres sels de fer donnent lieu généralement à un dédoublement qui se traduit par le passage du fer dans les matières excrémentitielles, par les voies biliaires. Quant aux sels à acide organique, souvent considérés comme plus facilement assimilables, il serait à craindre qu'ils ne se transformassent en carbonates insolubles, capables de causer des accidents dans les tissus, à titre de corps étrangers; mieux vaut donc ne pas les prescrire (1) ».

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 décembre 1874. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine de la semaine.

PRÉSENTATIONS

M. BESNIER, médecin des hôpitaux, offre à la société l'article *Rate (pathologie)*, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. MEDAL adresse, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger, un travail intitulé : *Du tétanos et de son traitement par le chloral.*

M. LUC, médecin aide-major au 35e d'infanterie, adresse une observation intitulée : *Observation d'un cas d'oblitération complète des narines, opérée avec succès.*

Ces deux travaux sont renvoyés à une commission composée de : MM. Desprès, Polaillon, Horteloup.

LECTURE

M. NICAISE lit le rapport suivant de la commission chargée d'examiner les titres des candidats au prix Duval.

Messieurs, vous avez chargé une commission composée de : MM. Marjolin, Forget, Lannelongue, Polaillon et Nicaise, d'examiner les mémoires qui ont été adressés à la société pour le prix Duval.

Je viens vous rendre compte des travaux de cette commission.

Neuf thèses ont été présentées; six ont pour auteur des internes des hôpitaux de Paris : MM. Seuvre, Gripat, Richelot, Cauchais, Thorens, Hervey; deux sont dues à des internes de Lyon : MM. Jullien et Poncet; une à un interne de Montpellier, M. Roustan.

Il est à remarquer que le nombre des concurrents est plus considérable qu'il ne l'était les années précédentes, et que les mémoires présentent une grande importance.

La thèse de M. JULLIEN a pour titre : *De l'amputation du pénis.*

L'auteur se propose surtout de décrire et d'apprécier le manuel opératoire sans s'arrêter aux indications et aux contre-indications.

L'emploi de la ligature et celui de l'écraseur linéaire sont seulement indiqués; la section par l'instrument tranchant est étudiée assez complétement et forme un chapitre intéressant, sans que l'on y trouve cependant des remarques nouvelles. L'auteur insiste particulièrement sur la valeur du procédé de Bonnet, dans lequel l'instrument tranchant est remplacé par les caustiques. Bonnet s'est servi d'abord des caustiques potentiels, mais il les a bientôt abandonnés pour le fer rouge, et, d'après M. Jullien, ce procédé est presque exclusivement employé à Lyon; il recommande de se servir de cinq ou six cautères cultellaires, avec lesquels on sectionne lentement la verge. Il signale une modification apportée par M. Desgranges au procédé primitif, laquelle consiste dans la fixation des tissus par une pince qui ressemble à l'entérotome de Dupuytren.

C'est avec raison que l'auteur cherche à faire valoir l'importance de l'idée de Bonnet, lorsqu'il propose de remplacer le couteau par le fer rouge; mais on peut lui reprocher de rejeter trop loin l'emploi de l'instrument tranchant, et de ne pas avoir assez tenu compte des perfectionnements auxquels on est arrivé dans le mode d'emploi du fer rouge. Le cautère cultellaire de Bonnet sera remplacé avec avantage par le couteau ou l'anse galvanique. La galvanocaustie a déjà été employée un grand nombre de fois, comme le prouve le mémoire de Zillewiez, où se trouvent relatées cinquante observations d'amputation de la verge par cette méthode. M. Sédillot l'a mise en usage en 1869. Aussi peut-on regretter que l'auteur n'ait pas insisté sur ces derniers procédés.

Les observations publiées par M. Jullien ne font guère que constater le fait de l'emploi du fer rouge dans l'opération.

En résumé, ce travail présente certains chapitres intéressants où les travaux antérieurs sont bien exposés, en particulier celui qui a trait à l'amputation par l'instrument tranchant.

M. ROUSTAN envoie une thèse sur le *Traitement par la lumière des maladies des yeux et en particulier de l'héméralopie.*

Ayant obtenu de bons résultats du traitement de cette affection par la lumière, il se propose de démontrer que l'on craint beaucoup trop d'employer cet agent dans le traitement des maladies des yeux. Il voudrait une plus juste répartition dans l'emploi thérapeutique de l'obscurité et de la lumière et insiste sur l'utilité de l'action de celle-ci dans les rétinites et les kératites chroniques; mais sans apporter aucune observation à l'appui de ce qu'il avance.

Dans la première partie de son travail, l'auteur étudie l'œil et la vision dans la série animale, puis l'action physiologique de la lumière; il y a là un résumé de recherches bibliographiques assez nombreuses.

A propos des applications thérapeutiques, il est surtout question de tous les modes sous lesquels on pourrait employer la lumière ou l'obscurité, mais il est à peine parlé des indications et des contre-indications. L'auteur fait remarquer que Velpeau et Sichel recommandaient de ne pas trop laisser dans l'obscurité les malades atteints de kératites ulcéreuses avec photophobie.

Il cite encore l'emploi de la lumière dans l'héméralopie et rapporte vingt observations dans lesquelles il a obtenu rapidement de bons résultats en dirigeant dans l'œil, avec un ophthalmoscope, les rayons d'une lampe à pétrole. La durée du traitement a été généralement très-courte, deux ou trois séances d'ophthalmoscopie suffiraient le plus souvent pour ramener la vision. Mais l'auteur ne parle pas des variétés d'héméralopie, des formes symptomatiques; il semble qu'il ne soit question, dans son travail, que de la forme essentielle; cependant il constate des altérations du fond de l'œil, ce qui est en désaccord avec ce que l'on sait de cette variété.

Quant à la valeur de la méthode de traitement proposée contre l'héméralopie, il est difficile de la juger; il faut attendre qu'elle ait été employée un plus grand nombre de fois et par divers chirurgiens.

Néanmoins on doit dire que le travail de M. Roustan a le mérite d'attirer l'attention sur un point particulier du traitement des maladies des yeux.

La thèse de M. SEUVRE, ancien interne des hôpitaux de Paris et de Reims, a pour titre : *Recherches sur l'inflammation des trompes utérines et de ses conséquences.*

Ce sujet, sans être nouveau, a été peu exploré, M. Seuvre l'a bien étudié, en s'appuyant à la fois sur l'anatomie, la physiologie et l'anatomie pathologique; il a examiné les trompes dans quarante autopsies diverses, et il a vu que souvent elles étaient altérées, alors même que les ovaires étaient sains.

Le résumé qu'il donne, d'après les auteurs, de l'anatomie et de la physiologie de ces organes est bien approprié au sujet. M. Seuvre établit qu'il y a une union intime, anatomique et fonctionnelle des

(1) A. Ferrand, *Traité de thérapeutique médicale.* Paris, 1875, p. 288 et 289.

muqueuses utérine et tubaire, et il admet alors que les circonstances qui favoriseraient l'inflammation de l'une agiraient aussi sur l'autre.

La salpingite est fréquente; elle coexiste généralement avec une métrite interne et se complique souvent de pelvi-péritonite. L'auteur est disposé à croire que cette affection joue un rôle principal dans le développement de la pelvi-péritonite, ce qui est contraire à l'opinion de plusieurs médecins, lesquels attribuent ce rôle à l'ovarite. Quelques faits semblent donner raison à M. Seuvre; mais on doit imiter la réserve de l'auteur, qui n'a voulu que fixer l'attention sur ce point.

Dans un appendice, M. Seuvre étudie deux complications tardives des inflammations tubaires, l'hématocèle tubaire et la péritonite suraiguë.

Il admet la possibilité des hématocèles d'origine tubaire, que quelques-uns rejettent complétement; il décrit aussi des épanchements sanguins dans l'intérieur des trompes, qu'il désigne sous le nom de kystes tubaires. Quelques-uns de ces épanchements pourraient s'écouler lentement par l'utérus.

La seconde complication est la péritonite suraiguë, qui peut survenir à la suite d'injections vaginales ou d'opérations pratiquées sur l'utérus quand les trompes sont malades. Sous l'influence d'une pression, d'une irritation, ces dernières se contractent et chassent, dans le péritoine, le pus qu'elles renferment. Aussi M. Lorain considère-t-il la salpingite comme un danger continuel pour la malade. La conséquence pratique sur laquelle M. Seuvre insiste vivement, c'est qu'on devra s'abstenir de toute opération sur les organes génitaux de femmes chez lesquelles on soupçonne la salpingite.

Le travail de M. Seuvre est fait avec simplicité et netteté, les faits sont bien observés, les déductions non précipitées; il mérite de recevoir des félicitations. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Académie des sciences. — Prix Bréant. — Par son testament en date du 28 août 1849, feu M. Bréant a légué à l'Académie des sciences une somme de *cent mille francs* pour la fondation d'un prix à décerner « à celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau ».

Prévoyant que ce prix de *cent mille francs* ne sera pas décerné tout de suite, le fondateur a voulu, jusqu'à ce que ce prix soit gagné, que l'intérêt du capital fût donné à la personne qui aura fait avancer la science sur la question du choléra ou de toute autre maladie épidémique, ou enfin que ce prix pût être gagné par celui qui indiquera le moyen de guérir radicalement les dartres ou ce qui les occasionne.

Les concurrents devront satisfaire aux conditions suivantes :

1° Pour remporter le prix de *cent mille francs*, il faudra :

« Trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans l'immense majorité des cas; »

Ou « Indiquer d'une manière incontestable les causes du choléra asiatique, de façon qu'en amenant la suppression de ces causes on puisse faire cesser l'épidémie »;

Ou enfin « Découvrir une prophylaxie certaine, et aussi évidente que l'est, par exemple, celle de la vaccine pour la variole ».

2° Pour obtenir le prix annuel, il faudra, par des procédés rigoureux avoir démontré dans l'atmosphère l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

Dans le cas où les conditions précédentes n'auraient pas été remplies, le prix annuel pourra, aux termes du testament, être accordé à celui qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les dartres, ou qui aura éclairé leur étiologie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Marc Sée, chef des travaux anatomiques, est autorisé à se faire suppléer pendant l'année scolaire 1874-1875, par M. Farabeuf, professeur agrégé près de ladite faculté.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Bourdel, agrégé, est rappelé à l'exercice jusqu'au 1er novembre 1875, en remplacement de M. Saint-Pierre, démissionnaire.

M. Chalot est nommé deuxième aide d'anatomie pour une année.

— *Faculté des sciences de Clermont.* — M. Julien, docteur ès sciences, est nommé professeur d'histoire naturelle.

— *École de médecine d'Arras.* — M. Lescardé, suppléant de pathologie externe et accouchements, est maintenu dans ses fonctions de chef des travaux anatomiques près de ladite école, pour une période de cinq années.

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — L'école ayant refusé à M. Frémineau un garçon de laboratoire pour le service *domestique* de la salle, ainsi qu'un préparateur, M. Frémineau a donné sa démission de chef du laboratoire de micrographie.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Strœbel (Auguste) est nommé aide-préparateur en remplacement de M. Strœbel (Louis-Edmond Jules), démissionnaire.

— *Hôpitaux de Toulouse.* — Le mouvement suivant a eu lieu le 1er janvier 1875 :

Rességuet, chirurgien, chef de service à Saint-Joseph de la Grave, passe au même titre à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Battut, dont le mandat est expiré.

M. Molinier, chirurgien adjoint à la Maternité, est nommé chirurgien, chef de service et professeur des élèves sages-femmes, en remplacement de M. Despaignol, dont le mandat est expiré.

M. Ribell, chirurgien adjoint, est nommé chirurgien chef de service à Saint-Joseph de la Grave, en remplacement de M. Rességuet.

M. Pientous, médecin-adjoint, est nommé au même titre à la maternité.

— Sont nommés aux hôpitaux de Toulouse : Internes titulaires : MM. Chabbert, Alibert, Albert et Fauqué. — Internes supplémentaires : MM. Dambies et Sabadié.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. — Toutes ces thèses se trouvent chez M. Coccoz, libraire-éditeur, 30, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dernièrement, nous avions à parler du groupement des chiffres : en tant que méthode appliquée à l'étude des maladies, hier nous entendions M. Broca, à propos des travaux de M. Bertillon, en faire la plus chaude apologie en tant que constituant une science nouvelle, la *statistique démographique*.

Il est certain qu'en toutes choses, quand on sait les faire parler, les chiffres ont leur éloquence. En philologie, c'est la loi du nombre qui a conduit à distinguer les règles et les exceptions. En pathologie, c'est la loi du nombre et la fixation des moyennes qui a permis de tracer les types, malgré la variété sans bornes des observations individuelles. En législation, c'est elle encore qui est la base de tous les codes.

Il faut donc rendre grâce à ceux qui savent arracher aux nombres ce qu'ils renferment de vérité. Il faut d'autant plus leur rendre grâce que ce n'est pas chose vulgaire. Plus d'un imitateur de Louis n'est arrivé qu'à tout confondre, où le maître aurait fait de grandes découvertes. Les nombres ne prennent un sens que par la façon dont on les groupe — comme les mots dans une langue — et ne sont que des éléments qu'il faut savoir associer avec art.

La statistique, sous des formes diverses, a des applications dans la plupart des sciences; ce n'est donc point en tant que statistique, mais en tant que démographie, que l'objet des recherches de M. Bertillon peut constituer une science spéciale. Les chiffres des naissances, ceux des populations et ceux des morts, telles sont les premières données. Il s'agit de les faire entrer dans l'étude de tous les problèmes qui ont trait aux peuples, à leur bien-être plus ou moins grand, à leur état de prospérité ou de décadence. On ne s'était attaché d'abord qu'à dresser des tables de mortalité, selon les âges, pour les calculs des assurances sur la vie. Maintenant on songe à guider les législateurs et les hygiénistes. Mais alors la démographie aura des fondements plus vastes que les trois espèces de chiffres mises en œuvre jusqu'à présent.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut

Des maladies du cœur chez les enfants (1).

DE L'ENDOCARDITE ULCÉREUSE

A côté de l'endocardite végétante, si commune chez les enfants dans tout état fébrile, comme effet de la fièvre, constituant une *angio-cardite* il faut placer l'*endocardite ulcéreuse*. Celle-ci est infiniment plus rare et toute exceptionnelle. Elle ne dépend pas des mêmes causes ni d'un état fébrile quelconque, et elle s'accompagne des phénomènes les plus graves, habituellement mortels. J'en ai observé deux exemples, dont l'un a été publié dans les *Mémoires de la Société de biologie*, par mon interne M. Duguet, et par M. Hayem. On le trouve aussi dans la *Gazette médicale* de 1865.

Cette forme d'endocardite, d'abord signalée en 1852 par S. Kirkes chez l'adulte, a été ensuite étudiée par Wesphal, par Virchow, Lancereaux, Hérard et par un grand nombre de médecins. Tous ont reconnu la réalité de cette forme particulière d'endocardite et se sont accordés pour reconnaître ce qu'elle présentait d'anormal et de difficile dans l'appréciation des symptômes. Tous en même temps ont reconnu qu'elle offrait dans les lésions secondaires et dans sa terminaison une gravité exceptionnelle.

Le fait le plus curieux que j'aie observé, est celui que j'ai eu dans mon service en 1865.

Il est relatif à un garçon de quatorze ans qui, sans aucune maladie antérieure, fut pris subitement de fièvre avec courbature et d'un point de côté à droite.

Je lui trouvai, avec une stupeur typhoïde très-marquée, un début de pneumonie encore peu évident; mais vingt-quatre heures après, cette pneumonie se révélait par du souffle bronchique et de la broncophonie dans les deux poumons. Il y avait en même temps de l'albuminurie, une éruption vésico-pustuleuse des membres avec des tournioles purulentes à plusieurs doigts, des taches hémorrhagiques de purpura sur quelques points, quelques ecchymoses sous-cutanées et un petit abcès fluctuant au-dessus de la malléole droite. Du côté du cœur, un peu de frottement péricardique, sans souffle valvulaire. Dans les voies digestives, pas de vomissements ni de diarrhée, des sudamina sur le ventre, enfin un état ataxo-adynamique avec forte fièvre et subdélirium, dans lequel succomba le malade, deux jours après l'arrivée à l'hôpital et cinq jours après le

(1) Fin. — Voir les numéros des 17, 24 novembre, 3, 10, 17, 24 décembre 1874 et 19 janvier 1875.

début de la maladie. Je crus d'abord à une fièvre typhoïde compliquée de résorption purulente, mais c'était une endocardite ulcéreuse.

L'autopsie révéla 1° des infarctus hémorrhagiques sous-cutanés et un infarctus ramolli en abcès; 2° de la pneumonie typhoïde avec splénisation et deux abcès métastatiques pulmonaires à droite, avec quelques points de pleurésie; 3° une hypertrophie des plaques de Peyer sans ulcération; 4° de petits infarctus jaunâtres du rein; 5° une rate diffluente et ramollie; 6° une grande quantité de petits infarctus sanguins du cerveau, les uns dans la substance grise de la convexité des hémisphères; les autres dans les corps striés, les pyramides ou le cervelet. Quelques-uns étaient rouges, grisâtres au centre, et d'autre ramollis et formant des foyers. Tels étaient ceux du cervelet, de la pyramide droite et du corps strié; 7° une péricardite pseudo-membraneuse, au-dessous de laquelle on trouve quelques ulcérations du péricarde, 8° enfin une endocardite ulcéreuse caractérisée dans le ventricule gauche par une ulcération de la grosse colonne charnue antérieure et par des ulcérations plus petites, commençantes ou déjà formées sur la paroi ventriculaire, enfin par un commencement d'ulcération de la valvule mitrale.

Les valvules sigmoïdes étaient injectées et le cœur droit ne présentaient rien de particulier.

Tel est le cas singulier d'affection pneumonique à forme typhoïde, dont le diagnostic était fort embarrassant et qui a déterminé la mort en cinq jours pour nous montrer une endocardite ulcéreuse ayant produit une sorte d'empoisonnement général avec des infarctus dans tous les organes importants.

Ce fait se rapproche de tous ceux qui ont été publiés jusqu'à ce jour par les auteurs que j'ai cités plus haut, et il a cela d'intéressant pour moi qu'il a été observé sur un enfant, ce qui est rare.

Voyons à présent quels sont les caractères anatomiques de cette forme d'endocardite.

Les ulcérations de l'endocarde occupent le feuillet pariétal ou la surface valvulaire. Leur forme est variable, et leur étendue est de 4 à 8 millimètres. Elles sont arrondies, irrégulières, plus ou moins nombreuses et profondes. Le fond est irrégulier, granuleux et gris rougeâtre, sanieux, couvert de coagulums fibrineux ou cruoriques plus ou moins adhérents.

Quand elles occupent les valvules, elles ont pour siége la mitrale ou la tricuspide; on les trouve sur le bord libre, épaissi, boursouflé, rouge, formant ces végétations mamelonnées qui constituent l'endocardite végétante, ou sur l'anneau valvulaire. Alors la valvule peut être percée ou seulement tellement amincie, que le feuillet séreux persistant, distendu par la pression du sang, forme une ampoule du côté de la surface auriculaire. C'est ce que Ecker et Thornam ont appelé un peu pompeusement des anévrysmes valvulaires.

Mais lorsque l'ulcération occupe la surface de l'endocarde pariétal, les choses sont un peu différentes. La solution de continuité peut creuser la paroi ventriculaire assez profondément. Comme cette paroi est souvent ramollie par la dégénérescence graisseuse de la substance musculaire; elle cède parfois à la pression du sang et forme aussi des anévrysmes partiels, ou bien du côté de la cloison, un trou qui fait communiquer les deux ventricules.

Ici encore, les colonnes charnues du cœur sont gonflées, ramollies, parfois le siége d'une petite ulcération de même nature que celle des valvules. Les tendons valvulaires sont épaissis, quelquefois rompus, ce qui permet au bord de la valvule de se redresser et de se ratatiner.

Enfin des caillots fibrineux opaques, ambrés, transparents ou cruoriques noirs, occupent la cavité des ventricules et des oreillettes. Les uns sont récents, agoniques, et les autres, plus âgés, remontent à deux ou trois jours. Au-dessous d'eux, sur le bord valvulaire, dans leurs colonnes tendineuses et dans les colonnes charnues du cœur, se trouvent des débris fibrineux opaques, grisâtres, parfois fibrillaires, plus ou moins adhérents, dont les parcelles peuvent être facilement entraînées par le cours du sang.

La fibre musculaire du cœur est pâle, grenue, ramollie, infiltrée de granulations moléculaires et de graisse. Parfois on y trouve de petits noyaux hémorrhagiques ramollis ou de petits abcès.

Le péricarde, sain chez quelques sujets, est altéré chez d'autres. On y trouve parfois des fausses membranes adhérentes, molles, grisâtres, plus ou moins étendues, rugueuses, irrégulières comme dans la péricardite récente. Au-dessous de ces fausses membranes, il y a parfois de petites ulcérations du péricarde.

Lésions secondaires de l'endocardite ulcéreuse.

Dans les autres tissus et dans les viscères existent d'autres lésions, qui sont secondaires et en rapport avec celles du cœur et de ses cavités. Ce sont des infarctus d'aspect différent, selon les différents organes.

Dans les poumons, ils ont la forme de noyaux d'apoplexie pulmonaire et d'abcès métastatiques semblables à ceux que, depuis douze ans, j'ai décrits dans le cerveau, dans le croup et dans la diphthérite; sous la peau et dans la gaîne des vaisseaux, ce sont des noyaux hémorrhagiques; ou des foyers sanguins, ramollis et convertis en abcès. Dans le foie et dans les reins ce sont des noyaux pâles, entourés d'une zone hémorrhagique étroite; dans le cerveau, ce sont de petits foyers sanguins ou des noyaux d'inflammation formant de petits abcès, etc. Partout il y a là les preuves d'embolies capillaires venues du cœur droit et du cœur gauche, exactement comme dans les endocardites végétantes ordinaires.

Telles sont les lésions de l'endocardite végétante ulcéreuse en général, et dont la plupart, sauf les anévrysmes valvulaires et ventriculaires, ont été observées chez les enfants que j'ai vus.

Quant aux symptômes, ils ont eu ici quelque chose de spécial et de septicémique tout particulier.

On dit bien qu'il y a parfois des ulcères de l'endocarde sans symptôme infectieux; mais cela n'est pas nettement établi, et, pour mon compte, je n'ai pas d'opinion arrêtée à ce sujet.

En général, dans ce que j'ai vu chez les enfants et chez l'adulte, l'endocardite ulcéreuse débute violemment par de la fièvre, de la courbature et une grande prostration; de la stupeur, du délire et des troubles digestifs d'inappétence, de nausées ou de dévoiement, avec toux et gêne respiratoire, qui peuvent faire croire à l'existence d'une fièvre typhoïde ataxique ou adynamique. Tout indique la septicémie, et il est évident que si cette septicémie ne résulte pas d'une ulcération typhoïde de l'intestin, elle dépend des ulcérations du cœur, qui ont jeté dans le sang des détritus fibrineux ou purulents susceptibles d'infecter l'organisme.

C'est ainsi que se sont passées les choses chez l'enfant dont

je viens de rapporter l'histoire, et la mort est arrivée au bout de trois jours.

Aucune condition mauvaise de régime d'hygiène ou d'intempérance ne peut être invoquée. Le mal a été soudain; il a éclaté au milieu d'une santé parfaite. Tout à coup, il est survenu de la fièvre avec violente courbature et forte prostration, de la stupeur, un peu de délire, de la toux avec point de côté et gêne respiratoire, des râles abondants disséminés dans la poitrine, de la diarrhée sans ballonnement du ventre, de l'abondance d'urine avec albuminurie, et en quatre jours l'enfant succombait, sans que l'auscultation du cœur ait révélé autre chose que la péricardite.

Ce sont presque toujours des phénomènes généraux du même genre, analogues à ceux des affections typhoïdes les plus graves.

Mais dans quelques cas, la forme de la maladie peut être modifiée et ressembler à de l'infection purulente ou à de la fièvre intermittente. Lancereaux en a cité trois exemples fort intéressants, ce qui prouve que l'histoire clinique de l'endocardite ulcéreuse n'est pas encore achevée.

Quoi qu'il en soit, l'endocardite ulcéreuse telle qu'on la connaît, avec ses phénomènes typhoïdes et ses embolies viscérales consécutives, est toujours excessivement grave. Elle est inévitablement mortelle, et il n'y a pas autre chose à faire contre elle que de prescrire des agents sédatifs ou palliatifs contre la douleur et les phénomènes particuliers qui peuvent se présenter.

Il me reste maintenant à parler de l'endocardite chronique et des altérations valvulaires du cœur chez les enfants. Ce sera l'objet d'une nouvelle série de leçons.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac

De la balano-posthite et du phimosis symptomatiques des chancres infectants (1).

(Leçon recueillie par M. Chevalier, interne du service.)

V

Je passe maintenant aux faits qui appartiennent à la deuxième catégorie.

Deuxième catégorie : *Balano-posthite et phimosis symptomatiques de chancres infectants de la portion moyenne de la peau et de la muqueuse du prépuce.*

Je n'aurais pas créé, messieurs, cette seconde catégorie de cas, qui est plus artificielle que les deux autres et se confond souvent avec elles, si je n'avais pas observé quelques faits intéressants et rares qui suffisent à la justifier.

J'ai vu en effet, quelquefois, toute la partie moyenne du prépuce indurée et convertie en une sorte de coque dure, rigide, élastique et tout à fait semblable à une boule de caoutchouc, de façon qu'en la pressant et en la laissant se dilater alternativement, l'air qui entrait et sortait formait des bulles dans le flux purulent de la balano-posthite.

Les chancres de la muqueuse et de la peau du prépuce à sa partie moyenne sont toujours compliqués de phimosis et de balano-posthite. Mais ici le phimosis ne tient pas à l'étroitesse du limbe, quoiqu'elle existe presque toujours; elle dépend de la solidification de l'organe, qui ne lui permet pas de se déplisser.

Ce n'est pas tout d'un coup, mais peu à peu et lentement, que s'établit cette variété curieuse de l'accident primitif. Il y a d'abord une phase subinflammatoire caractérisée par la rougeur sombre des téguments et une suffusion plastique dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Si le chancre siége sur la muqueuse, on peut quelquefois le percevoir par la pression à travers la peau.

S'il siége extérieurement sur le feuillet cutané, on voit en un ou plusieurs points des érosions très-superficielles, légèrement granuleuses et ecchymotiques au centre, quelquefois formées de zones concentriques à nuances variées et vernissées par le liquide séro-gommeux qui suinte à leur surface. Leurs bords ne sont pas toujours nettement circonscrits; ils se perdent dans la gangue plastique, qui constitue l'œdème dur, si fréquent au pourtour de certains chancres syphilitiques.

Ces indurations en plaques de la peau et de la muqueuse préputiale peuvent se résoudre sans s'ulcérer profondément et sans laisser de cicatrice à leur suite; mais, d'autres fois, leur partie centrale se ramollit, se fend, s'ulcère, et il en résulte une sorte de fistule par perforation de la peau et de la muqueuse.

Je fus consulté, l'année dernière, par un jeune homme de dix-neuf ans, qui, l'avant-veille de son départ de Buenos-Ayres pour l'Europe, avait eu commerce dans une maison publique avec une Italienne.

Six jours après, une blennorrhagie se déclara; elle fut guérie; pendant la traversée, au bout de trois semaines, avec du copahu et du cubèbe.

Un mois après le coït, avant de débarquer en France, le malade vit se développer un vaste chancre sur la portion cutanée moyenne du prépuce.

Quand je l'examinai pour la première fois, tout l'organe était converti en une coque rigide. L'érosion chancreuse occupait la surface supérieure du prépuce. Elle était constituée par des granulations vernissées d'un liquide séro-gommeux. Au centre de la plaque ces granulations étaient d'un rouge plus sombre et d'un grain plus gros. Elles formaient les bords d'une fistule, résultant de la fonte centrale de la plaque, qui faisait communiquer la surface extérieure de la verge avec la cavité balano-préputiale.

L'érosion reposait sur une base dure; elle était entourée d'une infiltration œdémateuse caractéristique. Elle mesurait 2 centimètres d'avant en arrière et 3 ou 4 d'un côté à l'autre.

Le prépuce était démesurément allongé; il était impossible de le déplisser. Il en résultait un phimosis par infiltration et roideur de l'organe. Il y avait, en outre, une balano-posthite avec écoulement purulent par l'orifice préputial et par la fistule.

L'adénopathie inguinale était peu volumineuse. Les accidents consécutifs n'avaient pas encore fait leur apparition.

Dans ces plaques chancreuses de la peau du prépuce, avec fistule centrale, la balano-posthite ne survient, en général, que tardivement et lorsque la perforation s'est accomplie.

Elle est, au contraire, précoce et constitue un des premiers accidents, lorsque c'est la muqueuse qui est le siége de la plaque indurée. J'en citerai un cas plus loin.

Il n'est pas rare de voir les lymphatiques se prendre à la suite de ces variétés du chancre infectant. Cette nouvelle complication se traduit par la présence de cordons durs et noueux sur toute l'étendue de la face dorsale du pénis et par une suf-

(1) Suite. — Voir les numéros des 26-29 novembre 1874 et 7 janvier 1875.

fusion œdémato-plastique qui envahit non-seulement tout le prépuce et le fourreau, mais encore les bourses et même la région du pubis. Comme tous les œdèmes qui accompagnent le chancre infectant, celui-ci est dur et plastique; il semble en même temps que la peau soit épaissie, hypertrophiée, et la réunion de ces conditions morbides donne à toutes ces parties l'aspect d'un éléphantiasis.

Voici un autre exemple de plaque cutanée chancreuse du prépuce avec fistule centrale. Le malade, âgé de vingt et un ans, entra dans mon service, salle 7, nº 10, en novembre 1871, environ quatre mois après le dernier coït et trois mois après l'apparition d'un chancre induré ovalaire, étalé en plaque, et situé sur la face supérieure du prépuce. L'incubation avait donc été de un mois.

L'érosion chancreuse, sèche et à peu près guérie, présentait à son centre une large ouverture fistuleuse communiquant avec la cavité glando-préputiale. Elle était entourée d'un œdème périphérique encore très-considérable. Le prépuce était immobilisé sur le gland, parce qu'il était impossible de le déplisser. Il y avait donc une sorte de phimosis, bien que l'orifice préputial fût très-large. De la cavité glando-préputiale s'échappait, par cet orifice et par la fistule, une grande quantité de mucosité purulente. L'adénopathie inguinale était énorme, et il existait depuis quelques jours sur les épaules et la partie antérieure de la poitrine une éruption de petites papules syphilitiques.

Je vous en ai dit assez, messieurs, pour vous faire comprendre le mécanisme du phimosis dans ces formes rares de l'accident primitif. La balano-posthite qui la complique aussi presque toujours, résulte soit des irradiations inflammatoires qui se font autour du chancre, soit du travail de régression dont les plaques indurées deviennent quelquefois le siége à la période d'état de leur évolution.

Cette affection guérit facilement; la rigidité du prépuce s'efface peu à peu, et l'organe récupère à la longue sa souplesse normale. Mais la fistule persiste. C'est la seule circonstance qui, en pareil cas, donne un peu de gravité, en tant que lésion locale, aux chancres cutanés et muqueux de la portion moyenne du prépuce.

Les cas qu'on pourrait faire rentrer dans la deuxième catégorie des balano-posthites et des phimosis syphilitiques ne sont, en général, sauf ceux que je viens de citer, qu'une extension des chancres du limbe et du filet, ou des chancres syphilitiques de la rainure glando-préputiale.

(*A suivre.*)

LE PSORIASIS BUCCAL (1).

Par M. le docteur Debove, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le psoriasis buccal est une affection qui n'a pas été l'objet de nombreuses recherches. Bien connu des médecins qui ont fréquenté l'hôpital Saint-Louis, il est méconnu du plus grand nombre et donne lieu à de continuelles erreurs de diagnostic, bien préjudiciables aux malades traités, à leur grand détriment, comme syphilitiques.

La monographie publiée par M. Debove rendra donc un véritable service, et sa description détaillée est encore rendue plus précieuse par la belle chromo-lithographie qui permet de se familiariser avec l'aspect réel du psoriasis buccal.

(1) In-8º avec planches chromo-lithographiques. — Prix : 2 francs. — Paris, J. Savy.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 janvier 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu négatif des maladies épidémiques pour le département des Deux-Sèvres pendant l'année 1874. (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1º Une lettre de M. le docteur Pietra Santa, candidat à la place vacante dans la section des académiciens libres, accompagnant l'envoi de ses titres et travaux scientifiques.

2º Une lettre de M. Balard, qui se porte candidat à la place vacante dans la section des académiciens libres.

3º Un mémoire de M. le docteur Herrgott (de Nancy), intitulé l'*Oblitération du vagin comme moyen de guérison de l'incontinence d'urine dans les grandes pertes de substance de la vessie.*

4º Une lettre de M. le docteur Guillon qui fait hommage à l'Académie d'un nouvel insufflateur servant à faire pénétrer de la poudre de nitrate d'argent jusque dans les secondes divisions bronchiques dans les angines couenneuses et les croups membraneux.

PRÉSENTATIONS

M. Larrey offre à l'Académie, de la part de M. le docteur Armieux, médecin principal de première classe, d'une brochure intitulée : *Baréges et les Blessures de guerre.*

M. Germain Sée présente, au nom de M. le docteur Ritter, professeur à la faculté de médecine de Nancy (chimie biologique), un opuscule intitulé : *Modifications des urines sous l'influence de l'eau chargée de protoxyde d'azote, dite eau oxyazotique.*

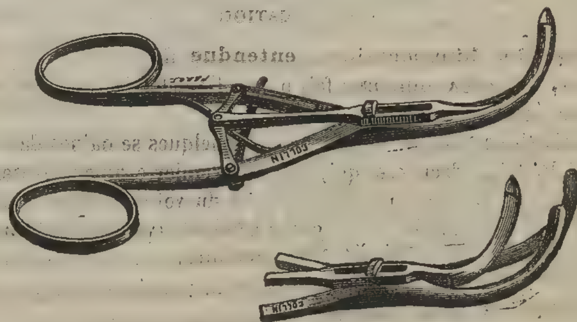
PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. Béclard présente à l'Académie de la part de M. Benjamin Anger, un trachéotome dilatateur, construit par M. Collin.

Ce nouveau trachéotome a pour but de permettre au chirurgien de pratiquer à l'aide d'un seul instrument l'ouverture de la trachée préalablement découverte et d'obtenir en même temps la dilatation de la plaie.

La pensée d'un trachéotome dilatateur a donné lieu à l'invention d'un certain nombre d'instruments, parmi lesquels nous citerons ceux de Tompson, de Maisonneuve et de Marc Sée. Ces instruments n'ayant pas paru répondre d'une manière satisfaisante aux conditions de l'opération, M. Anger a eu l'idée de modifier l'instrument dilatateur trachéal du docteur Laborde, en transformant la lame médiane en instrument tranchant, dont la pointe dépasse d'un demi-centimètre les deux branches latérales.

L'instrument, ainsi disposé, pénètre facilement à travers les anneaux de la trachée, à condition que l'index presse légèrement sur la



convexité de l'instrument. Puis l'écartement des branches produit l'incision de la trachée sur la ligne médiane.

En un mot, le même instrument produit en même temps l'incision trachéale et la dilatation.

Une crémaillère adaptée aux branches permet de rendre permanent l'écartement, d'où il suit que l'application de la canule se fait avec la plus grande facilité en même temps, aussi longtemps qu'on le désire, l'ouverture de la trachée étant rendue permanente.

En attendant qu'une circonstance quelconque engage le chirurgien à l'incision de la trachée avec le bistouri, le trachéotome en question pourrait cependant être employé à titre de dilatateur : il rendrait exactement les mêmes services que les dilatateurs à trois branches.

LECTURE

M. Auguste Voisin lit une note *sur la nature inflammatoire et la fièvre de la paralysie générale.*

L'auteur résume son travail de la manière suivante :

« La paralysie générale est une inflammation, elle est accompagnée de fièvre, et cette fièvre présente une forme, une marche spéciales. Elle offre une certaine périodicité, ainsi que le montrent les tableaux graphiques. Les caractères histologiques des lésions de la substance corticale ressemblent entièrement aux caractères présentés par les autres inflammations viscérales chroniques, et consistent en artérite, en transsudation du plasma sanguin, en organisation de ce plasma en cellules et en noyaux embryo-plastiques en nombre infini, puis en corps fusiformes, et enfin en tissu fibrillaire dans les parois vasculaires et dans la substance nerveuse qui avoisine les vaisseaux. »

RAPPORT

M. BROCA, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bergeron et Roussel, lit un rapport sur les travaux de statistique de M. le docteur Bertillon.

Après avoir passé en revue ces travaux, et en avoir fait ressortir toute l'importance, M. Broca conclut en ces termes :

« Ce rapport déjà long, et pourtant bien incomplet encore, sur les mémoires démographiques que M. Bertillon a soumis au jugement de l'Académie, vous convaincra, messieurs, que parmi les savants qui sollicitent nos suffrages, bien peu se présentent à vous avec des titres aussi nombreux et d'une aussi grande portée. Le rôle important que la statistique humaine joue désormais dans les recherches de la médecine publique, doit vous faire désirer d'associer à vos travaux un statisticien de premier ordre dont la présence comblerait, dans notre compagnie, une lacune très-réelle.

Nous avons donc l'honneur de vous proposer :

1° De remercier M. Bertillon de ses importantes communications ;

2° De renvoyer ses mémoires au comité de publication ;

3° D'appeler sur ce candidat toute l'attention de nos commissions d'élections ;

4° Nous croyons, en outre, ne pas aller au-delà de nos attributions de commissaires en proposant à l'Académie de signaler à M. le ministre de l'agriculture et du commerce l'avantage qu'il y aurait à faire publier désormais par le bureau de la statistique de la France les mariages et les décès des jeunes époux pour chaque année d'âge jusqu'à vingt-cinq ans.

M. LARREY appuie cette dernière proposition.

Les conclusion de ce rapport, mises aux voix, sont adoptées.

COMMUNICATION

Succussion hippocratique entendue dans un kyste de l'ovaire. — M. LABOULBÈNE fait part à l'Académie d'un fait aussi intéressant que rare.

Il s'agit d'une femme entrée depuis quelques semaines dans son service à l'hôpital Necker, et qui, lors du premier examen, présentait au côté gauche de l'abdomen une tumeur du volume d'une tête d'adulte, de 15 centimètres de longueur environ, tumeur parfaitement arrondie, offrant de la matité à la percussion, et une sensation de fluctuation à la palpation. M. Laboulbène diagnostiqua un kyste ovarique, probablement uniloculaire.

Les choses restèrent dans le même état durant un mois environ ; puis la scène changea : cette femme fut prise de fièvre ; la tumeur, jusque-là indolente, devint douloureuse, la peau rougit, s'amincit (ce matin, cet amincissement était considérable, et il est probable qu'il s'y fera prochainement une ouverture spontanée), en même temps on constatait la sonorité au lieu de matité ; en agitant fortement la malade, on entendit un bruit comparable à celui d'une carafe à moitié pleine d'eau.

M. Laboulbène, étonné, appliqua alors son oreille sur le ventre, et en imprimant des secousses au corps de la femme, il perçut nettement ce que l'on a nommé la *succussion hippocratique*, avec le tintement métallique particulier. On s'assura qu'il n'y avait rien de particulier dans les urines, rien dans les excrétions alvines. Il ne s'était donc pas établi de communication entre la poche et les organes creux du voisinage. La fermentation seule, en s'emparant du liquide renfermé dans la poche, avait pu amener la production de gaz dans cette cavité close. Ceci est important, car dans la plèvre, en cas de succussion hippocratique, on n'admet pas qu'il ait pu se produire spontanément d'hydro-pneumothorax. On suppose toujours une communication avec les bronches. Il faudrait étudier cette question à nouveau. La malade dont il s'agit a été vue par MM. Chauffard et Delpech.

DISCUSSION

M. DELPECH confirme le récit de M. Laboulbène.

M. DEPAUL exprime un double étonnement. D'abord il lui semble insolite qu'un kyste de l'ovaire s'ouvre comme un abcès, à la surface de l'abdomen. Ensuite, il a peine à admettre la formation spontanée de gaz dans la tumeur. Souvent il arrive qu'il se fait, entre une tumeur semblable et quelque anse intestinale, des adhérences, puis quelque communication fistuleuse, disposée de telle façon que les gaz peuvent passer dans un sens sans refluer dans l'autre. M. Depaul en a vu récemment un exemple chez une femme qui, portant une tumeur constituée par une grossesse péritonéale intra-utérine, avait présenté des accidents tout à fait comparables à ceux qu'a décrits M. Laboulbène : inflammation de la poche, douleurs, sonorité à la percussion et succussion hippocratique. Une petite fistule oblique mettait en communication le gros intestin avec la tumeur.

M. LABOULBÈNE ne conteste pas la possibilité d'une fistule de ce genre. Il tiendra, du reste, ses confrères de l'Académie au courant de ce qui pourra advenir par la suite.

LECTURE

L. GUSTAVE LAGNEAU, candidat pour la section d'hygiène, lit un travail intitulé : *De l'influence de l'illégimité sur la mortalité.*

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 décembre 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

M. NICAISE continue la lecture de son rapport sur le prix Duval :

M. GRIPAT a présenté une thèse *Sur le siphon vésical dans le traitement des fistules urinaires par la sonde à demeure.*

L'auteur commence son travail par quelques considérations sur l'anatomie pathologique des fistules urinaires. Puis il discute les différents modes de traitement des fistules et cherche à démontrer que, dans un grand nombre de cas, ils seraient remplacés avec avantage par la sonde à demeure.

Il préconise ce mode de traitement et cherche à expliquer les inconvénients qu'on lui reproche par l'emploi de sondes trop volumineuses; il propose alors l'usage d'instruments qui devront être toujours plus petits que le diamètre du rétrécissement. Si les petites sondes ont été rejetées jusqu'ici, c'est qu'elles donnaient difficilement issue à l'urine; en y adaptant un tube en caoutchouc, l'écoulement se fait avec facilité.

L'extrémité libre de ce tube arrive dans un récipient placé sous le lit du malade.

L'auteur prétend que l'appareil, une fois amorcé, fait office de siphon et exerce une aspiration continue sur la vessie, dont il amènerait pour ainsi dire le desséchement.

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 janvier.

Cet appareil est celui que M. Panas emploie depuis plusieurs années, et dans nombre de cas il a donné de bons résultats, et des guérisons ont été obtenues ; le sujet est donc intéressant et nouveau ; il demandait quelques expériences pour faire comprendre l'action de l'appareil et des observations probantes pour montrer au lecteur la valeur du traitement.

Ces renseignements font un peu défaut dans la thèse de M. Gripat.

Malgré quelques *desiderata*, ce travail mérite des félicitations parce qu'il propose un appareil qui, laissant de côté la théorie, facilite l'écoulement des urines et pourra rendre des services.

La thèse de M. Poncet a pour titre : *De l'ictère hématique traumatique.*

Sous ce nom, l'auteur décrit une variété d'ictère due à la résorption de la matière colorante du sang épanché ; ictère léger, surtout accusé à la face et aux conjonctives, avec absence complète dans l'urine des principes colorants de la bile.

L'ictère hématique médical est admis par plusieurs auteurs : M. Gubler l'a décrit sous le nom d'ictère hémaphéique.

Cette dernière expression n'est pas employée par M. Poncet, parce que, s'appuyant sur l'opinion de M. Robin, il n'admet pas l'existence de l'hémaphéine comme composé défini. On avait donné ce nom à la substance colorante du sérum.

L'ictère décrit par M. Poncet diffère totalement de l'ictère traumatique décrit par M. Verneuil en 1872. Dans celui-ci, on retrouve dans l'urine la matière colorante de la bile.

Dans les épanchements sanguins, la matière colorante abandonne les hématies qui se dissolvent, colore le liquide ambiant, et pénètre ensuite dans les tissus ; elle est résorbée par les veines et les lymphatiques. M. Poncet fait remarquer que si la résorption de l'hémoglobine dissoute est plus rapide que son élimination, il se produira alors un ictère hématique.

Celui-ci demande donc pour se produire un vaste épanchement sanguin et une résorption rapide de la matière colorante.

Cet ictère est peu intense, son siége est très-limité, souvent il n'occuperait que les narines et la conjonctive ; l'aspect de la peau est le même que dans l'ictère bilieux, et l'on ne peut le distinguer de ce dernier que par l'examen des urines.

En somme, toute l'histoire de l'ictère hématique repose sur l'essai des urines. Chez les malades qu'il a observés, M. Poncet a recherché le pigment biliaire sans jamais le trouver.

Dans des expériences sur des chiens, des chats, des cobayes, en injectant du sang dans le tissu cellulaire, les urines de ces animaux devenaient plus foncées, mais sans renfermer de pigment biliaire.

Comme on le voit, le travail de M. Poncet est très-intéressant ; il a été fait avec soin et d'après une excellente méthode ; mais on est obligé de faire encore quelques réserves sur ses conclusions ; les observations ne sont pas assez probantes en ce sens que, dans la plupart des cas, l'on peut supposer une contusion du foie ; de plus, la recherche du pigment biliaire dans l'urine est parfois difficile, et nous savons que c'est sur cela seul qu'est fondée l'existence de l'ictère hématique.

L'auteur dit quelques mots de l'ictère septique et de l'ictère des nouveau-nés. Il pense que l'ictère qu'on observe dans les intoxications chirurgicales n'est, dans quelques cas, qu'un ictère hématique par empoisonnement du sang, tandis que M. Verneuil l'attribue à une altération du foie.

Également, d'après M. Poncet, l'ictère des nouveau-nés n'est pas toujours dû à la matière colorante de la bile, car plusieurs fois il a recherché en vain le pigment biliaire dans les veines.

En résumé, ce travail mérite beaucoup d'éloges ; il décrit une variété nouvelle d'ictère, dont l'existence ne tardera pas à être confirmée.

La thèse de M. Richelot traite *De la péritonite herniaire et de ses rapports avec l'étranglement.*

M. Richelot combat la doctrine du pseudo-étranglement ; il ne nie pas la péritonite herniaire, mais il nie qu'elle puisse donner lieu à des symptômes d'étranglement ; s'ils surviennent, c'est qu'alors il s'est produit un étranglement consécutif.

L'auteur pose en principe que chaque fois que l'on observe les symptômes d'étranglement, il y a toujours une constriction de l'intestin avec arrêt des matières. Ceci est trop absolu, car on a vu ces symptômes se montrer dans des épiplocèles enflammées ou étranglées, dans le pincement de l'intestin ; on connaît plusieurs observations d'étranglement de l'appendice cœcal ayant donné lieu à tous les symptômes de l'étranglement intestinal primitif.

Il s'agit de savoir si l'inflammation peut seule amener les phénomènes d'étranglement.

Malgaigne et ses élèves sont pour l'affirmative et prétendent que, dans ces cas, il n'y a qu'un pseudo-étranglement.

M. Richelot, au contraire, soutient que les phénomènes d'étranglement ne se montreraient pas s'il n'y avait un resserrement de l'intestin au moins suffisant pour appliquer les parois l'une contre l'autre et amener l'occlusion ; il admet, d'ailleurs, que dans les hernies enflammées de Malgaigne l'étranglement est peu serré et peut disparaître spontanément.

Dans beaucoup de cas de hernies enflammées depuis plusieurs jours, l'on a pu introduire le doigt entre le collet et l'intestin, et constater que la surface de cet organe n'était pas, ou était à peine altérée au niveau de l'anneau. Doit-on attribuer les symptômes observés à cette constriction légère ou à l'inflammation de la hernie ?

M. Richelot avance aussi que l'irréductibilité, en dehors des adhérences, tient toujours à l'étroitesse du collet. Il s'agit là encore d'un point sur lequel règne une grande obscurité. On ne connaît guère les causes diverses de l'irréductibilité ; quelques-uns sont disposés à admettre l'influence du dépoli des surfaces, des exsudats inflammatoires qui rendent le glissement impossible ; dans ce cas, le rôle de l'inflammation serait considérable.

Partisan de la doctrine de l'étranglement, M. Richelot s'est proposé de démontrer que la temporisation était mauvaise ; il l'accepte cependant pour les grosses hernies, d'autant plus que l'opération est alors très-dangereuse.

Dans les hernies qui ont le volume du poing ou sont plus petites, il faut, au contraire, opérer de bonne heure.

M. Richelot prouve par des faits, d'une façon irrécusable, que des hernies volumineuses et anciennes peuvent subir un étranglement vrai, et c'est pour cela qu'il insiste sur la nécessité de ne pas temporiser toujours quand on est en présence d'une hernie volumineuse.

L'analyse des trente-huit observations publiées dans ce travail présente un certain intérêt ; presque toutes sont des hernies inguinales, il y a une seule hernie crurale et une seule hernie ombilicale. Il est à remarquer aussi que l'observation qui a été pour M. Richelot le point de départ de son travail est celle de la hernie crurale, variété dans laquelle la temporisation est rarement utile. En outre, dans ses faits de hernies inguinales volumineuses avec étranglement serré, il s'agissait, dans la plupart, d'entéro-épiplocèles. Les conclusions de ce travail sont donc seulement applicables à la hernie inguinale, et non pas à toutes les variétés de hernies.

Quoique susceptible de quelques objections, la thèse de M. Richelot est une œuvre importante ; l'auteur a soumis ces faits à une critique sérieuse, et a bien conduit sa discussion. S'il a été trop absolu en n'acceptant que la doctrine de l'étranglement, il a mis en évidence un fait important, c'est que les grosses hernies anciennes peuvent présenter un étranglement serré, et que le chirurgien ne devra pas toujours temporiser quand il se trouvera en face d'une hernie volumineuse. (*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

448. Delfau. Considérations sur les péritonites partielles.

449. Bastiou. Quelques réflexions sur le traitement de la diphthérie en général et sur l'emploi des balsamiques en particulier. Appendice sur un nouveau modèle de trocart.

450. De la Bellière. Étude sur l'otite des phthisiques et principalement sur sa pathogénie.

451. Baudon. Des ulcérations tuberculeuses de la langue et de l'orifice anal.

452. Bouché de Vitray. Quelques considérations sur l'hygiène dans les maisons d'éducation.

453. Mette. Quelques réflexions sur le traitement des malades affectés de lésions valvulaires du cœur.

454. Dutal. Du cancer primitif du rein.

455. Bernon. De la syphilis fœtale.

456. Barbier. Études sur le *genu valgum*.

457. Poppesco. De l'hermaphrodisme au point de vue médico-légal.

Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Concours spécial pour la nomination à la place de médecin-chirurgien vacante à l'hôpital de Forges-les-Bains (Seine-et-Oise). — Ce concours sera ouvert le vendredi 26 février 1875, à midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription ouvrira le samedi 30 janvier 1875, et sera clos le samedi 13 février, à 3 heures.

Les candidats qui se présenteront ne pourront être admis à se faire inscrire qu'après avoir justifié de leurs antécédents et de leur moralité.

Ils devront également justifier qu'ils sont âgés de vingt-sept ans au moins, qu'ils sont reçus docteurs depuis au moins deux ans ou bien qu'ils sont internes des hôpitaux de Paris et ont déjà subi cinq examens de doctorat.

Néanmoins, l'interne qui aurait été classé le premier au concours, devra obtenir le titre de docteur avant de pouvoir prendre les fonctions de médecin de l'hôpital des Forges.

Le jury se composera de trois médecins et de deux chirurgiens tirés au sort parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris, en exercice ou honoraires, et parmi les médecins et chirurgiens du bureau central d'admission.

AVIS PARTICULIER. — Le candidat classé le premier à ce concours sera en même temps présenté par qui de droit pour occuper les fonctions de médecin de la commune de Forges et bénéficiera des avantages attachés à ce titre.

S'adresser, pour les renseignements et la connaissance des épreuves du concours, au secrétariat général de l'Assistance publique, quai de Gesvres, n° 4.

Paris, le 23 janvier 1875.

Signé : DE NERVAUX.

Pour copie conforme :
Le secrétaire général de l'administration,

BAILLY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Académie des sciences. — *Prix Chaussier.* — Feu M. Franck-Bernard-Simon Chaussier a légué à l'Académie des sciences, par testament en date du 19 mai 1863, « une inscription de rente de *deux mille cinq cents francs* par an, que l'on accumulera pendant *quatre ans* pour donner un prix sur le meilleur livre ou mémoire qui aura paru pendant ce temps et fait avancer la médecine, soit sur la médecine légale, soit sur la médecine pratique. »

Un décret, en date du 7 juillet 1869, a autorisé l'Académie à accepter ce legs. Elle propose de décerner ce prix, de la valeur de *dix mille francs*, dans sa séance publique de l'année 1875, au meilleur ouvrage paru dans les quatre années qui auront précédé son jugement.

Les ouvrages ou mémoires devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1875.

— L'association des médecins du département de la Seine tiendra son assemblée annuelle, le dimanche 31 janvier, à deux heures très-précises, dans le grand amphithéâtre de la faculté sous la présidence de M. Barth.

Ordre du jour : 1° Lecture du compte rendu de l'année 1874, par le secrétaire général. — 2° Élection d'un président et de deux vice-présidents. Candidats proposés aux suffrages de l'Assemblée par la commission générale : président, M. Barth ; vice-présidents : MM. Béclard et Noël Guéneau de Mussy. — 3° Tirage au sort des membres titulaires de la commission générale et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'emploi du valériate de caféine, par le docteur PARET. In-8° Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Du calcul vésical et de la lithotritie chez les enfants, par le docteur G. FOURNIER. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Du traitement de l'obésité et de la polysarcie, par le docteur E. PHILBERT. — In-8°. Prix : 1 fr. 35. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, 7, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

SAINT-RAPHAËL

VIN TANNIQUE DE BAGNOLS, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. Pasteur, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin de *quinquina naturel*, fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les deux principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

PASTILLES DE DETHAN

(CHLORATE DE POTASSE)

Contre les maladies de la gorge, de la voix et de la bouche

PHARMACIE DETHAN, Faubourg Saint-Denis, 90, à Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

VIANDE, FER ET QUINA

VIN ET SIROP FERRUGINEUX AROUD

Au Quina et à tous les principes nutritifs solubles de la viande.

Viande, Fer et Quina, telle est la remarquable composition de ces ferrugineux qui méritent à tous égards la préférence des médecins. Ils opposent, en effet, à *l'appauvrissement du sang*, à *l'anémie*, à *la chlorose*, sous une forme attrayante à la vue et au palais, du fer assimilable uni à tous les éléments du globule du sang et à tous les principes constitutifs des os et des muscles : il peut donc les former et les régénérer, et cela sans causer ni nausées, ni constipation, ni trouble des fonctions digestives.

Ils corrigent, ils tempèrent les effets du Quina à l'usage prolongé par tous les bienfaits d'une alimentation généreuse. — Ils justifient ce qu'Hippocrate a proclamé il y a plus de deux mille ans et ce que la clinique a confirmé « que les principes nutritifs solubles de la viande sont l'aliment par excellence des malades et des convalescents. »

Ce sont donc des spécifiques précieux de toutes les maladies causées par l'appauvrissement ou l'altération du sang, parce que, par la **Viande**, le **Fer** et le **Quina**, tout à la fois ils nourrissent, tonifient, régénèrent, reconstituent, coordonnent et régularisent tous les systèmes de l'économie.— Prix : **5** francs.

Pharmacie **AROUD**, rue Lanterne, 4, LYON. — Envoi *franco* par 5 bouteilles (en France).

Dans toutes les Pharmacies de France et de l'étranger.

MALADIES DE POITRINE, RHUMES, ETC.

SIROP ANTIPHLOGISTIQUE DE BRIANT

Pharmacien, 150, rue de Rivoli, Paris.

Un rapport *officiel* constate : « *Que cette préparation, composée d'extraits de plantes adoucissantes et calmantes, est propre à l'usage auquel elle est destinée, et qu'elle ne contient rien de* « *nuisible ni de dangereux.* »

CAPSULES ET SACCHARURE A L'EXTRAIT ALCOOL. ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE

LES CAPSULES s'emploient avec succès contre : **Angines diphthéritiques, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical ;** le SACCHARURE contre le **Croup.**

La Pharm. DELPECH, rue du Bac, 23, Paris, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

ANTISEPTIQUE PUISSANT ET NULLEMENT IRRITANT, CICATRISANT LES PLAIES

Adopté par les Hôpitaux de Paris et par les Hôpitaux de la Marine.

S'emploie en compresses, lotions, injections, gargarismes (*anthrax, gangrènes, ulcères scrofuleux, plaies en général, ozène, otorrhées, angines couenneuses, leucorrhées, gengivites chroniques, etc.*). — DÉPÔT : Paris, 23, rue Réaumur, et dans toutes les pharmacies.

CONSTIPATION

Guérie sans purger par les pilules de **PODOPHYLLE COIRRE**, 3 fr. — 24, rue du Regard, Paris, et principales pharmacies.

TRAITEMENT

DES MALADIES CONSOMPTIVES

par la **Musculine Guichon** et les **Potions alcooliques** graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la TRAPPE DES DOMBES (Ain).

S'adresser *au F. Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain)*, et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Vin de Roussy, toni-nutritif,

au jus de viande concentré.

Ce **Vin inaltérable** contient, sous une forme **condensée, digestible** et **assimilable, tous les éléments organiques et minéraux qui se trouvent dans l'organisme. — Médicament-aliment** d'un goût fort **agréable. — Aliment complémentaire** excellent pour les enfants, les vieillards, les convalescents, dont il relève et régularise les fonctions digestives. On peut en continuer indéfiniment l'usage sans inconvénients. — **Fortifiant et reconstituant** général remplaçant avantageusement la viande crue, les ferrugineux, le quinquina, etc. Employé avec succès dans toutes les maladies où la nutrition est en souffrance, spécialement dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **phthisie**, le **diabète**, l'**albuminurie**, les **divers états cachectiques**, le **rachitisme**, la **scrofule**, les **longues convalescences** succédant aux **maladies aiguës** et aux **fièvres typhoïdes.**

Dépôt central, à la pharmacie rue Hoche, 9, à Versailles. — Dépôt à Paris (vente en gros), Marchand, 220, r. Saint-Martin. — Se trouve dans toutes les pharmacies. — Prix : 4 francs la bouteille.

Pilules de Pepsine de Hogg.

La forme pilulaire est à la fois le mode le plus facile et le plus sûr d'administrer la pepsine ; ce précieux médicament est, sous cette forme spéciale, mis à l'abri du contact de l'air et ne peut s'altérer ni perdre de ses propriétés, son efficacité est alors certaine.

Ces pilules sont de trois préparations différentes :

1° *Pilules de Hogg* à la pepsine pure ;

2° *Pilules de Hogg* à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène ;

3° *Pilules de Hogg* à la pepsine unie à l'iodure de fer inaltérable.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

TONIQUE RECONSTITUANT

AU QUINQUINA, PYROPHOSPHATE DE FER

Oranges amères et malaga

Tous les organes de la presse médicale : *Gazette des Hôpitaux, Courrier médical, France médicale, etc.*, ont depuis dix ans, signalé l'excellence de cette préparation qui contient, dissous dans d'excellent vin de Malaga, les deux éléments formateurs des *os* et du *sang*, le *quinquina* et le *pyrophosphate de fer*.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 41.

TAMAR INDIEN

Fruit laxatif rafraîchissant

Contre LA CONSTIPATION

Et les affections qui l'accompagnent, telles que la **Congestion cérébrale**, les **Hémorrhoïdes**, la **Migraine**, etc. — Prix de la boîte : 2 fr. 50. GRILLON, pharm., 25, rue de Grammont, Paris.

Hypersécrétions, pertes, hémorrhagies de causes internes.

L'EAU DE LÉCHELLE

Pectorale, la seule **Eau hémostatique** assimilable à haute dose, *sans fatiguer l'estomac*. Ordonnée contre les pertes, hypersécrétions, hémorrhagies. **Se trouve partout.** Paris, 12, rue des Petites-Écuries ; 35, rue Lamartine.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des lésions osseuses (fractures et luxations spontanées) chez les ataxiques.

On a connu de tout temps des exemples de fractures et de luxations survenant spontanément, en dehors de toute cause traumatique suffisante ; quelques-uns de ces faits ont pu être mis justement sur le compte de certains états diathésiques, tels que la scrofule, la syphilis, le rachitisme, l'ostéomalacie, le cancer. Mais il en est qui, manifestement produits en dehors de ces influences bien connues, ne pouvaient être attribués qu'à des causes vagues, indéterminées, et que l'on mettait sur le compte de l'hérédité ou de prédispositions générales inconnues. L'histoire relativement récente de l'ataxie locomotrice et des lésions définies de la moelle qui lui donnent naissance, a jeté un jour nouveau sur la génération de ces lésions. Elles y ont dès lors trouvé leur place.

L'exemple sans contredit le plus remarquable de ce genre de lésions osseuses consécutives est celui d'une malade de la Salpêtrière que M. Charcot a présentée, dans l'une de ses dernières conférences, à ses auditeurs. Elle constitue à elle seule un vrai musée pathologique spécial. C'est le spécimen le plus complet de l'ataxie. Nous serons obligé de résumer cette histoire, qui prendrait trop de place si nous voulions en reproduire tous les détails. Nous en empruntons les principaux traits à la relation très-complète qui en a été faite dans la thèse récente de M. J. Forestier (1874).

La femme Adélaïde C..., très-bien portante jusqu'à l'âge de trente-deux ans, éprouve pour la première fois, à cette époque, des migraines intenses, accompagnées de vomissements, coïncidant avec les règles. A l'âge de trente-cinq ans, les migraines cessent et sont remplacées par des étourdissements. C'est à cette même époque (1850) que la malade éprouve pour la première fois des douleurs fulgurantes, qu'elle caractérise par l'expression « d'éclairs lui passant dans les jambes ». Ces douleurs, plus fortes la nuit que le jour, venaient par crises et duraient de douze à quinze heures. En même temps survinrent des douleurs en ceinture que la malade compare à une barre ou à la constriction d'un étau. Les accès de douleurs se montraient, à l'origine, environ toutes les trois semaines. Devenus peu à peu plus fréquents et plus violents, ils auraient atteint leur maximum vers l'âge de trente-huit ans.

A quarante-deux ans, à la suite d'un engourdissement dans le pied droit, la malade s'aperçoit que sa cuisse enfle démesurément. Un an après, ces phénomènes semblaient en voie d'amendement, lorsque la femme C..., découvre que sa hanche droite est démise. Cette luxation se serait effectuée sans douleur, sans qu'elle en eût conscience.

Vers le commencement de 1866 (la malade ayant alors cinquante-quatre ans), après avoir éprouvé durant plusieurs mois un engourdissement dans la plante du pied gauche, elle se luxe la hanche gauche en voulant écarter la jambe. De ce jour, tout travail actif lui devenant impossible, elle entre à l'hôpital de la Charité, puis plus tard à l'Hôtel-Dieu, où elle se fracture le fémur gauche, dans son lit.

De l'Hôtel-Dieu elle passe à la Salpêtrière en 1869, et ce n'est que vers la fin de cette année qu'elle commence à ressentir des douleurs lancinantes dans les bras.

En juillet 1873, dans un mouvement insignifiant, elle se fracture l'avant-bras gauche. Au mois de septembre de la même année, en appuyant la main droite sur son lit, elle se fracture l'avant-bras droit, à la partie moyenne, sans la moindre douleur.

Le 11 octobre suivant, elle se luxe l'épaule gauche, sans qu'elle puisse dire comment. C'est dans ce même mois d'octobre qu'elle remarque pour la première fois des troubles de la vue.

Enfin, le 26 novembre de la même année, elle passe à l'infirmerie, dans le service de M. Charcot (salle Saint-Jacques, n° 23).

Voici quelles sont les principales particularités qu'un examen attentif fait constater alors.

Pas de crises gastriques, appétit bon, déglutition facile; la langue est animée d'un léger tremblement à la pointe et à droite, point de douleur abdominale dans la défécation.

Pouls régulier, petit, à 92. Bruits du cœur normaux.

Rien de particulier dans la poitrine, à l'auscultation ni à la percussion. Légère sensation de constriction au niveau du larynx, descendant vers la poitrine, voilant et entrecoupant par moments la voix.

Amaigrissement général considérable, n'ayant cessé de faire des progrès, notamment depuis l'année 1868.

Dans les deux membres inférieurs les mouvements sont incoordonnés, — l'incoordination est plus accusée à gauche qu'à droite, — et la notion de la position est complétement abolie.

Le membre inférieur gauche plus court et plus amaigri que le droit, présente une luxation de la hanche (ilio-pubienne) et une fracture intra-articulaire non consolidée du fémur, avec mobilité des fragments et déformation considérable, notamment raccourcissement énorme et aplatissement de la cuisse. A droite existe également une luxation de la hanche; la tête du fémur située dans la fosse iliaque externe forme une saillie considérable à quatre travers de doigt au-dessous de la crête iliaque. Elle est très-mobile, et les mouvements qu'on leur imprime ne sont pas douloureux. La malade ne peut imprimer que des mouvements très-limités à ce membre.

Au membre supérieur gauche, on constate l'existence de craquements très-forts dans l'articulation scapulo-humérale, siége d'une ancienne luxation qui s'est spontanément réduite et celle d'un cal volumineux, solide, difforme à l'avant-bras. Au membre supérieur droit cal également volumineux, mais assez régulier de l'avant-bras; craquements dans l'épaule droite, sans gonflement ni douleur.

Les mouvements des deux membres sont incoordonnés un peu moins à droite qu'à gauche.

Enfin, depuis peu de temps, la malade a remarqué des craquements dans l'articulation temporo-maxillaire gauche, qui semble jouir d'une mobilité exagérée.

Là, comme pour toutes les autres jointures, ces craquements sont indolores.

Les particularités de cette observation, que M. Charcot a tenu surtout à faire ressortir sont les suivantes :

Production de fractures, aussi bien celle de la cuisse que celles des deux avant-bras, sous l'action de causes traumatiques tout à fait insignifiantes, et dans des circonstances telles qu'il n'est possible d'y reconnaître l'intervention d'aucune des influences qui, d'ordinaire, président au développement des fractures dites spontanées.

Ici, en effet, point de prédisposition héréditaire, point d'élément diathésique tel que la syphilis, le cancer, la goutte, le rhumatisme; absence de toute lésion caractérisant cliniquement l'ostéo-malacie dans les os du thorax et du bassin.

M. Charcot fait remarquer qu'on ne saurait non plus invoquer l'existence d'un trouble de nutrition du tissu osseux, résultant d'une inactivité fonctionnelle prolongée des membres, consécutive à l'affection spinale. Tous les détails de l'observation établissent, en effet, à l'encontre de cette hypothèse, que les fractures des membres supérieurs, notamment, se sont produites à une époque où ces membres jouissaient encore de tous leurs mouvements physiologiques, la maladie n'y étant encore exprimée que par les douleurs fulgurantes.

Ces éliminations faites, M. Charcot a été conduit à admettre que la fragilité des os a été ici une conséquence directe, en quelque sorte immédiate de la lésion des centres nerveux. Cette interprétation rattacherait étroitement ce genre de lésions au mode pathogénique suivant lequel il a expliqué la production des arthropathies, dont nous avons parlé dans la précédente Revue, et dont cette maladie même présente, d'ailleurs, un exemple remarquable.

Ce fait de la production de fractures survenant sous l'influence des causes traumatiques les plus banales n'est pas rare, paraît-il, dans l'ataxie locomotrice progressive. M. Charcot en a rencontré déjà, pour son compte, un certain nombre de cas, et il pense que, parmi les observations rassemblées dans divers écrits, il en est un certain nombre où l'on pourrait reconnaître, bien qu'ils n'aient pas été relevés par les auteurs, les symptômes tabétiques et, en particulier, les douleurs fulgurantes.

On en trouve un deuxième exemple, mais avec des caractères moins accusés que le précédent, dans la thèse précitée. Il s'agit d'une femme de cinquante-huit ans, placée également dans le service de M. Charcot, qui, atteinte pour la première fois des douleurs fulgurantes à l'âge de vingt-huit ans (en 1853), vit se développer successivement tous les symptômes de l'ataxie locomotrice, à la suite desquels elle a eu d'abord une fracture consécutive de la jambe gauche, puis une cataracte capsulaire postérieure commençante de l'œil droit, puis enfin une fracture (toujours sans cause traumatique) de la clavicule droite.

Épanchement pleurétique. — Ponction aspiratrice. Mort par asphyxie.

Il ne faut pas que les succès journaliers de la thoracentèse dans la pleurésie aiguë et son innocuité en soi nous entretiennent dans une sécurité trop absolue et nous fassent perdre de vue les accidents graves qui peuvent la suivre, sinon en être la conséquence. On sait d'ailleurs que tout n'est pas dit encore sur ce sujet, que les indiscrétions de la statistique ont obligé de remettre à l'étude. Voici un fait malheureux que M. le docteur Ernest Legendre (de Bléneau) nous communique avec une louable loyauté, et qu'il importe de ne pas laisser perdre, pour la part d'enseignement qu'il peut renfermer.

Un chef de culture dans une vaste exploitation agricole va consulter notre confrère pour une douleur à l'épigastre, augmentant sensiblement après les repas et à la pression. Il toussait fréquemment, surtout la nuit, et avait une dyspnée très-appréciable. Il avait peu de fièvre et n'avait pas interrompu ses travaux. L'appétit était diminué, mais les digestions se faisaient facilement.

L'examen de la poitrine fit reconnaître un épanchement considérable au côté gauche, épanchement survenu d'emblée une quinzaine de jours auparavant, à la suite d'un refroidissement ressenti par le malade étant en sueur.

L'administration à plusieurs reprises de vomitifs et l'application successive de plusieurs larges vésicatoires n'amenèrent aucune amélioration; la digitale associée au calomel et à la scille et aidée par les badigeonnages avec la teinture d'iode, n'eurent pas plus de succès. Après un état stationnaire durant plus de huit jours, l'épanchement finit par envahir la totalité du côté et la dyspnée allant toujours croissant, M. Legendre proposa la thoracentèse, expliquant à la famille que cette opération soulagerait rapidement le malade, sans lui faire courir aucun danger. La proposition étant acceptée, il introduisit l'aiguille n° 2 de l'aspirateur Dieulafoy entre le septième et le huitième espace intercostal au lieu d'élection; et à l'aide de cet aspirateur, sans qu'il se fût introduit une seule bulle d'air dans la plèvre, il retira de cette cavité au moins trois litres d'un liquide fortement rosé et trouble. L'opération dura bien une demi-heure. Le malade se sentait notablement soulagé; quelques quintes de toux survinrent pendant l'opération, comme cela arrive d'habitude. La sonorité avait reparu dans toute la poitrine. On fit coucher le malade pour le reposer, et on lui fit prendre quelques cuillerées de bon vin.

Quelques instants après, le malade dit qu'il se sentait mal à l'aise, la dyspnée se produisit de nouveau et augmenta avec rapidité, de l'écume bronchique épaisse, peu aérée, obstruant la trachée, arrivait à pleine bouche, le visage et les mains se cyanosaient, le pouls faiblissait. M. Legendre se proposait de lui administrer en toute hâte de la poudre d'ipéca, mais il n'en eut pas le temps; en moins de cinq minutes, le malade succombait asphyxié.

M. Legendre se demanda à quelle cause attribuer une asphyxie aussi rapide. Est-elle due à une hypersécrétion bronchique? Le poumon, longtemps comprimé ou retenu sur des fausses membranes déjà solides, n'a-t-il pu reprendre son volume normal? Le diaphragme refoulé avait-il perdu sa mobilité? Il pense que toutes ces causes réunies ont peut-être concouru à ce résultat fatal.

Nous pensons, quant à nous, que c'est un exemple de plus à ajouter aux faits nombreux d'expectoration albumineuse après la thoracentèse, qui ont été rapportés depuis que l'attention a été appelée sur ce sujet, auquel la *Gazette des Hôpitaux* a consacré de nombreux articles. Nous ne pouvons mieux faire que d'y renvoyer les lecteurs.

Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons que nous associer au conseil de prudence que M. Legendre puise dans ce fait malheureux, à l'usage de ses jeunes confrères, pour les prémunir contre les dangers d'une confiance exagérée. « Depuis deux ans, dit-il, j'ai fait plus de vingt thoracentèses à l'aide de l'aspirateur Dieulafoy pour des épanchements séreux ou purulents, sans avoir observé le moindre accident, et, plein de confiance dans cette opération, j'avais annoncé un soulagement immédiat et une guérison prochaine. Malgré l'aspect rosé et trouble du liquide, qui m'avait visiblement contrarié dès la première aspiration, je ne m'attendais pas à une mort aussi rapide. C'est ce résultat inattendu qui m'a engagé à publier cette observation, pensant qu'elle pourra être utile à mes jeunes confrères et les empêcher de compromettre leur réputation en affirmant, comme je l'ai fait moi-même dans ce cas, à la famille, un soulagement marqué d'abord et une guérison prochaine. Il sera toujours prudent de faire ses réserves. »

Du sulfure de carbone dans le traitement externe des ulcérations chroniques.

Trop souvent ce qu'on cherche on ne le trouve pas,
Et l'on trouve, en son lieu, ce qu'on ne cherchait pas.

M. le docteur Évariste Michel vient de nous en donner un exemple. Etant interne à Saint-Lazare, en 1867 ou 1868, il eut la pensée d'essayer le sulfure de carbone, comme moyen de ramollir et de modifier une végétation indurée sur les limites d'un chancre phagédénique ; il n'y réussit point, mais cet insuccès le mit sur la voie d'un résultat plus heureux encore que celui qu'il cherchait.

Nous allons raconter comment il a été conduit à ce résultat, d'après la communication qu'il en a faite dans le *Journal de Thérapeutique*, numéro de janvier.

Une femme présentant une ulcération phagédénique d'une grande étendue, avec une masse végétante d'une très-grande cohésion, comme recouverte d'une carapace cornée tout à fait imperméable, avait été vainement soumise à un traitement interne très-rigoureux, à des cautérisations au nitrate acide de mercure et à des pansements de toutes sortes, faits avec les médicaments réputés les plus efficaces. L'acide acétique cristallisable, si fort vanté contre les végétations, avait également échoué. Le mal était resté rebelle à tout effort. La principale cause de tous ces échecs résidait dans l'imperméabilité de l'enveloppe cornée en question.

Se souvenant alors que le sulfure de carbone était employé dans la vulcanisation du caoutchouc, pour le gonfler et le ramollir, M. Év. Michel imagina qu'appliqué au traitement de cette tumeur, cet agent pourrait exercer, dans ce sens, une salutaire influence. Une déception l'attendait. Il eut beau humecter tous les jours l'excroissance avec le sulfure de carbone, elle restait impénétrable. Mais, en dédommagement de ce mécompte, il eut une agréable surprise : ce fut de voir que la partie de l'ulcération qui s'avançait vers l'un des côtés de la base de la masse charnue, inutilement humectée par le liquide dont il faisait usage, se transformait au contact du suintement presque insensible de ce liquide et passait d'une coloration blafarde et d'un aspect atone à une couleur vermeille, présage d'un commencement de réparation.

Dès lors notre confrère ne manqua pas, chaque matin, de toucher légèrement la plaie, partiellement d'abord, plus complétement ensuite, avec le sulfure de carbone ; et, à sa vive satisfaction, ce qu'un contact accidentel avait déterminé en un point très-limité de l'ulcération, un pansement régulier et de chaque jour ne tarda pas à le produire sur toute la surface de cette ulcération, qui, fort ancienne et jusque-là réfractaire à tout traitement, était entièrement cicatrisée en moins de quatre semaines.

Depuis, nous apprend M. E. Michel, toutes les fois que dans le service il y avait une malade présentant quelque ulcération rebelle aux moyens généralement employés, M. Boys de Loury la confiait à son expérimentation, et bien souvent, ajoute-t-il, le sulfure de carbone avait vite raison de lésions vulvaires, vaginales ou utérines, qu'on n'avait pu parvenir à modifier autrement.

Quand au *modus faciendi*, il est très-simple. Le sulfure de carbone s'emploie à la façon des caustiques liquides. Il suffit pour obtenir l'effet voulu de toucher les tissus ulcérés à l'aide d'un pinceau de charpie imprégné du liquide, ainsi qu'on le fait pour la plupart des acides. La fréquence du pansement dépend du degré de chronicité de l'ulcération : une ulcération très-ancienne et sans vitalité exige de quotidiennes humectations; des applications plus rares, tous les deux ou trois jours seulement, suffisent pour une ulcération récente et plus excitable.

Le sulfure de carbone n'agit pas à la manière des caustiques. Aucune escarre ne résulte de son contact sur les muqueuses. Il ne provoque aucun changement de coloration, si ce n'est celui qui provient de son usage continu et qui caractérise la réparation.

La douleur qu'il cause est vive, mais pour ainsi dire instantanée ; il est rare qu'elle ne soit pas entièrement dissipée en quelques minutes. Cette douleur, assez intense à la première application, l'est moins à la seconde, et elle va s'affaiblissant de plus en plus à mesure que l'usage du pansement se prolonge et que le travail cicatriciel se prononce davantage. M. E. Michel n'a jamais eu, dit-il, à constater le moindre accident pouvant être attribué à l'absorption par imprégnation du sulfure de carbone, lequel, comme la plupart des substances volatiles, pénètre profondément, mais s'évapore très-vite. Il a toujours opéré, d'ailleurs, sur des points relativement limités.

Enfin ce qui a frappé le plus notre confrère dans le pouvoir thérapeutique du sulfure de carbone, c'est la rapidité de son action. Il n'est point rare, dit-il, de lui devoir, en dix ou quinze jours, des améliorations demandées sans résultat depuis longtemps à d'autres agents médicamenteux.

Ces expériences ont été poursuivies, depuis, dans le service de M. le docteur Costilhes, à Saint-Lazare. Nous aurons probablement l'occasion d'en faire connaître les résultats.

Dr Brochin.

Erratum. — Page 18 (2e colonne), ligne 27, après hydrate de chloral, ajoutez *par cuillerée*. — Pour compléter la communication de M. Allo, il est bon d'ajouter qu'avant le chloral, notre confrère avait essayé sans succès les inhalations de chloroforme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 janvier 1875. — Présidence de M. LE FORT

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de médecine de la semaine.

2° Une lettre de M. le docteur Cauvy (de Béziers), candidat au titre de correspondant national, qui rappelle que, dans un mémoire qu'il a récemment présenté à l'appui de sa candidature, il a proposé la ponction aspiratrice du sac dans la hernie.

3° Une thèse de M. le docteur Marie, sur l'hémorrhagie après l'ablation des amygdales.

4° Un mémoire de M. Verneuil, sur l'inclinaison latérale du petit bassin et la scoliose lombaire dans la rachialgie.

5° Un mémoire de M. Neveu, chef du laboratoire d'histologie à la Pitié, sur le rôle des organismes inférieurs dans les affections chirurgicales.

LECTURE

Forcipressure. — M. VERNEUIL continue la lecture de son mémoire sur la forcipressure, qu'il avait commencée dans la séance du 6 janvier. Il fait aujourd'hui l'historique de cette méthode. Il a relevé tous les cas où la ligature étant impossible pour une raison quelconque, une pince ou d'autres instruments ont été laissés en place sur un vaisseau divisé. Elle a été employée : 1° sur des artères que le chirurgien ne pouvait parvenir à lier à cause de la région où elles étaient situées (artères intercostales, rameaux amygdaliens, etc.); 2° dans des cas où la ligature était impossible à cause de circonstances diverses ; 3° enfin lors que la ligature étant sue d'avance impossible (méningée moyenne) ou très-difficile (intercostales), le chirurgien avait prémédité l'application de la forcipressure sans tenter de recourir à un autre moyen.

On trouve dans le *Journal de Langenbeck* (1872) un cas de forcipressure exercée au moyen d'une lame de plomb recourbée en forme de pince sur une artère intercostale, par Adam Kewitch. L'auteur fait suivre son observation de tous les moyens hémostatiques employés depuis Ambroise Paré.

En 1768, Portal cite un tourniquet inventé par Fouquier, alors élève en médecine, plus tard médecin à Béziers, destiné à arrêter les hémorrhagies de la méningée moyenne.

Quarante ans plus tard environ, Carl Graefe invente un instrument analogue.

En 1810, le même auteur publie un nouvel instrument plus simplifié.

En 1815, Fergues, à Nuremberg, en invente un aussi pour la méningée.

La même année, nouveau perfectionnement apporté par Graefe à son instrument. Néanmoins celui de Fergues est le plus simple et le plus pratique.

M. Le Fort a employé, il y a quelques années, une plaque de plomb pour faire la compression de l'artère méningée. Anel se servit aussi de ce moyen. M. Verneuil a cité un cas où l'os lui-même, écrasé au moyen du davier, fit la compression d'une artère osseuse.

L'emploi d'une pince proprement dite est mentionné pour la première fois par Richerand, en 1821.

En 1827, Holtz, dans une thèse soutenue à Berlin, parle de la pince de Hahnemann.

En 1850, Galliet (de Tarbes) fait connaître une pince à pelotes destinée à arrêter les hémorrhagies de la paume de la main.

Tous ces instruments sont des pièces divergentes, dont le principe repose sur l'élasticité du métal. Il en est de même des pinces à lymphatiques fabriquées par Charrière en 1836, des serres-fines de Vidal (1849), des pinces à mors croisés de Marcelin Duval (1848), dont on trouve la figure dans un atlas qu'il publia à Brest, en 1853. En 1854, Delioux, médecin de la marine à Cherbourg, modifie les mors des serres-fines, et en fait des *serres plates* destinées à arrêter le sang des piqûres de sangsues. L'idée de cette modification de l'instrument de Vidal lui avait été suggérée par une pince formée d'un morceau de bois fendu dans sa longueur et serré par un fil, dont il s'était servi pour arrêter l'hémorrhagie causée par les sangsues. Il croyait avoir inventé ce petit instrument, en 1854, mais Lisfranc s'en était servi en 1839, et Velpeau, avant Lisfranc, l'avait appliquée pour une hémorrhagie du frein de la langue.

En 1854, dans le *Bulletin de thérapeutique*, Vidal propose de se servir des serres-fines comme agent hémostatique, au lieu de ne les employer que pour la réunion des plaies, et il pose nettement les principes de la forcipressure, en recommandant d'appliquer les serres-fines au fur et à mesure qu'un vaisseau est coupé, dans les grandes opérations : mais l'idée en appartient à Carl Graefe. Vidal cite une opération de trachéotomie pratiquée dans un hôpital de Paris, suivant cette méthode, et insiste sur l'importance qu'elle peut avoir dans cette opération. Il en conseille aussi l'emploi dans les foyers de suppuration où il est très-difficile de trouver les artères.

M. Verneuil, en 1864, s'est servi de serres-fines pour une hémorrhagie du frein de la langue qu'il ne pouvait arrêter, mais ce moyen même fut insuffisant à cause des mouvements de la langue, et le petit malade succomba. Sans aucun doute, la forcipressure exercée avec une pince plus forte aurait réussi à le sauver.

M. Verneuil cite encore d'autres instruments destinés à la forcipressure préméditée, celui de Foucoux, dentiste; celui de Dupuytren (1834), et celui de Jourdan, encore plus ancien, pour les hémorrhagies amygdaliennes.

Quant à la forcipressure de nécessité, ou improvisée sur le moment même faute d'avoir d'autres ressources, l'auteur cite les cas suivants :

Antoine Dubois le premier, en 1815, laissa une pince à demeure sur une artère pendant une taille abdominale. Elle tomba au troisième jour. Ni Velpeau ni Malgaigne ne parlent de ce fait important.

Le deuxième cas est dû à Lisfranc. Il réussit à tarir une forte hémorrhagie de la luette en la serrant dans une pince (1846 ou 1847).

Le *Journal de Malgaigne* rapporte un cas de forcipressure exercée sur l'amygdale par Félix Hatin, en 1847.

M. Hervez de Chégoin a fait construire, avant 1839, puisqu'elle est mentionnée dans Velpeau, une pince se manœuvrant comme un compas d'épaisseur et destinée au même usage.

Mais le cas le plus remarquable appartient à M. Kœberlé.

Le 20 décembre 1862, il pratiquait une ovariotomie. La malade, qui allait bien les jours suivants, eut une hémorrhagie le 1er janvier.

Le 2, le 3, les hémorrhagies se succédaient rapidement ; la vie de la malade était fort compromise. M. Kœberlé défit rapidement le pansement, déchira la cicatrice qui se fermait, et plaça une pince à pansements sur l'artère ovarique qui donnait le sang. Elle fut laissée six jours dans l'abdomen, et la malade guérit.

M. Binaud (de Lille) s'est servi aussi d'une pince à pansements pour une hémorrhagie du frein de la langue.

M. Verneuil énumère ensuite les cas où la forcipression remplace avec un avantage incontestable les autres modes d'hémostase, notamment l'extirpation du globe de l'œil, où le tamponnement ordinairement en usage détermine si facilement un phlegmon et la mort du malade.

Il résume ainsi cette partie de son mémoire :

La forcipression a des avantages multiples ;

Elle est d'une exécution facile et prompte ;

Elle dispense de la nécessité d'aides nombreux et exercés ;

Elle gêne moins les malades que certains moyens employés et n'irrite pas les plaies.

Elle offre toute la sécurité des ligatures.

Enfin elle n'exige aucun instrument spécial, la pince ordinaire à ligatures et la pince à pansements pouvant servir à son application.

M. Verneuil lira dans une prochaine séance la troisième partie de son travail.

COMMUNICATIONS

Syphon aspirateur. — M. Hachard, médecin-major à Toulon, donne lecture d'une note sur une nouvelle application du syphon à la thérapeutique chirurgicale, et donne la description de son appareil qu'il appelle *syphon aspirateur*. Cet appareil, très-simple, permet de faire des lavages faciles et des injections médicamenteuses dans un foyer de suppuration; et, en exerçant une succion continue et modérée, il empêche l'accumulation des liquides morbides dans ces foyers. Muni d'un tube à double courant, il dispense d'une contre-ouverture pour faciliter l'écoulement des liquides. M. Hachard l'a employé avec succès pour les abcès froids, les pleurésies, l'empyème, etc.

Cette communication est renvoyée à une commission composée de MM. Larrey, Guéniot et Perrin.

Trépanation. — M. LUCAS CHAMPIONNIÈRE communique une observation de trépanation pour une fracture du crâne sans plaie des téguments, qu'il a faite à l'hôpital Lariboisière.

Le malade, apporté sans connaissance à l'hôpital, était dans le même état de stupeur le lendemain à la visite. Le bras droit était paralysé, mais l'épaule était libre. Le lendemain, il fut pris d'accès épileptiformes nombreux. La respiration s'embarrassait, la température était descendue à 35°,6. La stupeur n'avait pas diminué.

L'opération est pratiquée. Elle fait cesser immédiatement les attaques, mais non la stupeur. Deux accès survinrent encore dans la nuit qui suivit l'opération, mais le lendemain la stupeur est moindre. Il va de mieux en mieux tous les jours et finit par guérir après avoir présenté des phénomènes d'aphasie qui se sont dissipés peu à peu. Il a complétement perdu la mémoire de ce qui lui est arrivé dans la soirée où il a été blessé.

Renvoyé à une commission composée de MM. Panas, Le Dentu et Duplay.

La séance est levée.

Séance du 23 décembre 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

M. NICAISE termine la lecture de son rapport sur le prix Duval :

M. CAUCHAIS présente une thèse qui a pour titre : *Pathogénie des hémorrhagies traumatiques secondaires*.

Ce travail fait sous l'inspiration de M. Verneuil, mérite d'attirer particulièrement l'attention : c'est en somme un chapitre de pathologie générale. L'auteur a abordé un sujet difficile, et s'est créé un cadre des plus vastes, il a voulu apporter quelque lumière dans la définition et la classification des hémorrhagies secondaires.

Avant d'aborder l'étude de ces hémorrhagies, il a résumé les traits principaux des hémorrhagies traumatiques primitives, les phénomènes de l'hémostase spontanée provisoire et de l'hémostase chirurgicale.

Il propose ensuite la définition et les divisions étiologiques des hémorrhagies secondaires.

M. Cauchais donne le nom d'hémorrhagie secondaire à tout écoulement de sang qui apparaît à la surface d'une plaie sans diérèse traumatique nouvelle, depuis l'instant ou s'est arrêtée l'hémorrhagie primitive jusqu'à complète cicatrisation de la plaie. Il divise les hémorrhagies en deux espèces : les hémorrhagies secondaires proprement dites, qui sont produites par la destruction de l'hémostase établie dans un vaisseau sanguin; puis les hémorrhagies secondaires néo-capillaires qui sont fournies par les nouveaux capillaires de la plaie et sont généralement associées aux premières. Enfin il divise encore les hémorrhagies proprement dites en hémorrhagies précoces ou tardives, selon qu'elles se montrent avant ou après le début du travail de cicatrisation.

On comprend que l'auteur ait voulu faire rentrer dans son cadre les hémorrhagies qui se produisent à la surface des plaies par les vaisseaux de nouvelle formation; mais elles ne méritent pas le nom d'hémorrhagies traumatiques. Ceci n'a pas échappé, du reste, à M. Cauchais, car il proposerait volontiers pour elles le nom d'hémorrhagies médicales des plaies.

La division basée sur le début du travail de cicatrisation est difficile à appliquer dans la pratique; comment reconnaître au lit du blessé le moment où commence ce travail, et, par conséquent, comment distinguer les hémorrhagies précoces ou tardives. Jusqu'ici cette division avait été établie d'après l'époque d'apparition.

On doit faire remarquer que la description des hémorrhagies qui se montrent peu de temps après l'hémostase est bien étudiée.

Les hémorragies tardives sont longuement exposées, et l'auteur développe toutes les causes qui peuvent y donner naissance ou les favoriser; c'est dans ce groupe qu'il range les hémorrhagies dues à la chute d'une escarre produite, par exemple, par une arme à feu.

Le chapitre qui offre le plus d'importance et d'originalité est celui des hémorrhagies secondaires de causes générales.

Dans la pyohémie, des hémorrhagies peuvent se montrer sur la plaie ou sur des points éloignés, comme l'épistaxis; les unes se produisent au début de l'affection, les autres à la période ultime.

L'influence des intoxications générales, telles que l'alcoolisme, l'impaludisme est aussi traitée avec soin, il en est de même des affections du foie, de la rate, des reins, etc. Mais sur ces points l'auteur ne pouvait entrer dans le longs développements, ces questions étant encore à l'étude.

Comme on le voit, le travail de M. Cauchais est très-important, il est fait avec conscience et avec talent et présente, sous une forme nouvelle l'étude des hémorrhagies secondaires.

La thèse de M. THORENS, intitulée : *Documents pour servir à l'histoire du pied-bot varus congénital* est aussi très-remarquable.

L'auteur a réuni tous les faits positifs, puis il a donné une description synthétique du pied-bot varus congénital.

Il commence d'abord par étudier l'anatomie et la physiologie du pied normal aux différents âges, il examine chacun des os du tarse, et, d'après des recherches personnelles, il indique les changements qu'ils subissent et peut ainsi expliquer les modifications de forme et de direction du pied.

L'anatomie pathologique est faite d'après soixante-seize observations; M. Thorens peut ainsi décrire avec une grande exactitude la position des os, des articulations, l'atrophie du tarse, celle des muscles, qui s'accompagne quelquefois de dégénérescence graisseuse, mais jamais de transformation fibreuse. Dans une seule observation, on a trouvé une altération des centres nerveux.

Chez l'adulte, les altérations sont plus considérables; l'auteur décrit les ankyloses osseuses du pied, le raccourcissement de l'aponévrose et des muscles plantaires, la torsion de la jambe, la déviation du péroné, quelquefois même il peut y avoir une déformation consécutive du membre.

L'étiologie du pied-bot est consciencieusement présentée, l'auteur n'adopte pas une théorie à l'exclusion des autres, il suit exactement ce qu'enseignent les faits.

Il groupe les causes qui ont été invoquées sous trois chefs.

Les uns ont attribué le pied-bot à la compression anormale subie par le fœtus dans le sein maternel. M. Thorens admet que les positions intra-utérines ont une influence sur la disposition des surfaces articulaires. Il choisit, pour le prouver, un bon exemple, celui de la direction de la surface articulaire du tibia au moment de la naissance. Aussi cette cause a-t-elle, selon lui, une part assez considérable dans le développement du pied-bot.

En second lieu, vient la théorie de la rétraction musculaire consécutive à une lésion du système nerveux. Cette théorie est aujourd'hui à peu près abandonnée; cependant M. Thorens l'accepte pour un très-petit nombre de cas, en s'appuyant sur une observation dans laquelle on a constaté une altération de la moelle.

Dans la troisième théorie, le pied-bot résulterait d'une malformation primitive. M. Thorens rejette la théorie de l'arrêt de développement, et avec MM. Bouvier, Broca, Lannelongue, il admet que, dans la majorité des cas, il y a une malformation primitive du squelette.

Le traitement est exposé en détail avec clarté.

Il est inutile d'insister pour montrer toute la valeur du travail de M. Thorens, qui, à côté de recherches bibliographiques très-complètes,

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 et 28 janvier.

renferme des recherches personnelles, aussi mérite-t-il de chaleureuses félicitations.

M. HERVEY a fait une thèse sur les *Applications de la ouate à la conservation des membres et des blessés.*

Il décrit d'abord avec grand soin la manière d'appliquer le pansement, en insistant sur tous les détails, et sa description est la plus complète que l'on ait.

Dans les amputations, il dit quel doit être le procédé d'hémostase, le mode d'affrontement des lambeaux; il étudie la marche de la température, la fièvre traumatique, etc.

Les reproches que l'on a adressés à l'appareil ouaté sont passés successivement en revue, et l'auteur cherche à démontrer que le plus souvent ils tiennent à des conditions indépendantes de la méthode de pansement.

Il indique certaines applications spéciales du pansement ouaté, sans y insister beaucoup, et rejette son emploi dans les amputations du sein.

Dans les résections, on a obtenu aussi de bons résultats et, en particulier dans la résection du coude.

Mais M. Hervey, va plus loin : s'appuyant surtout sur la pratique de M. A. Guérin, il cherche à démontrer les avantages du pansement dans les fractures compliquées, dans la conservation des blessés, selon son expression. Beaucoup de ceux qui l'emploient dans les amputations hésitent à le mettre en usage dans les fractures compliquées; l'auteur, dans son mémoire, étudie longuement quelles peuvent être dans ces cas, les indications du pansement et s'appuie sur des faits, déjà assez nombreux, où les résultats ont été excellents.

Dans cette seconde partie, M. Hervey n'est pas aussi enthousiaste ni aussi pressant que quand il s'agit du pansement des amputations, mais il apporte des arguments sérieux en faveur de sa proposition, surtout en discutant les accidents qui ont été observés sous le pansement dans ces tentatives de conservation.

Il conclut en disant que, dans la chirurgie conservatrice, cette méthode donne au chirurgien la faculté de retarder les opérations, sans faire perdre au blessé les bénéfices de l'intervention immédiate. Cette conclusion est peut-être un peu hâtive; mais il ajoute que, dans les fractures compliquées de cause directe ou dues à une violence extrême, l'emploi du pansement à la ouate doit être fait avec réserve.

Enfin l'auteur rappelle quels sont les principes de la méthode, il cite des expériences prouvant que l'air passe à travers l'appareil, et termine en publiant cinquante observations qui font la base de son travail.

Il n'y a pas ici à faire valoir le pansement ouaté, qui est certes un bon moyen à ajouter à ceux qui mettent les amputés dans de bonnes conditions pour arriver à la guérison; mais on peut faire remarquer que M. Hervey s'est adonné à son étude; il a recueilli un grand nombre d'observations et par ses publications, surtout par sa thèse, il a contribué largement à faire connaître cette méthode.

La commission, après un examen attentif des travaux qui lui ont été soumis et en regrettant de n'avoir qu'un prix à donner entre tant de mémoires de réelle valeur, vous propose de décerner le prix Duval à M. le docteur Hervey.

LECTURE

M. FAUCON, membre correspondant lit la note suivante :

Note sur les kystes hordéiformes du poignet. — Les kystes synoviaux du poignet, et en particulier cette variété que Dupuytren désignait sous le nom de *kystes hydatiques*, Velpeau sous celui de *tumeurs hydatiformes*, et que de nos jours on appelle communément *kystes à grains riziformes ou hordéiformes*, peuvent être divisés au point de vue clinique en deux grandes catégories, selon la période à laquelle ils sont parvenus et les troubles qu'ils ont amenés dans le fonctionnement des doigts et de la main.

Dans une première classe se rangent les malades qui ont perdu complétement l'usage de la main, soit par suite du développement exagéré de la tumeur, soit par suite de quelque complication comme l'inflammation, la suppuration, la dégénérescence fongueuse et l'ulcération du kyste.

Dans ces cas, l'intervention chirurgicale peut être commandée à la fois par la nature des complications, et par l'espoir de prévenir les graves accidents auxquels sont susceptibles de donner naissance de pareilles tumeurs, arrivées à leur période extrême.

J'ai vu pour ma part, en 1871, à la Pitié, dans le service de M. Broca, un kyste hordéiforme de la face palmaire du poignet et de la main, suppurer spontanément et s'ouvrir à l'extérieur, et il y a sept ou huit ans, dans la clientèle de mon père, un autre cas se terminer par une synovite fongueuse ulcérée.

Je dois ajouter que les faits ont été observés sur des ouvriers contraints à un travail manuel pénible, source d'irritations incessantes dans les kystes.

Si le chirurgien, à cette période avancée du mal, peut prévenir de semblables terminaisons par l'emploi des méthodes thérapeutiques que l'expérience met à sa disposition contre cette redoutable affection, rien de mieux : le malade n'a qu'à gagner à son intervention; mais ce ne sont pas là les cas dont je veux parler.

A une deuxième classe appartiennent (et je tiens à bien préciser et circonscrire la question) les malades qui viennent nous consulter, alors que les troubles fonctionnels se bornent à une gêne plus ou moins accentuée dans les mouvements des doigts, à la perte d'une partie de la force de la main, à des douleurs provoquées surtout par la fatigue et le travail, alors enfin que ces malades, tout en ne pouvant plus produire les efforts musculaires dont ils étaient autrefois capables, ne sont pas encore réduits à l'impuissance du membre.

En pareille occurrence, les choix d'un traitement chirurgical destiné à amener une guérison radicale me paraît chose beaucoup plus délicate et difficile.

Ce qui doit nous préoccuper avant tout dans ces sortes de cas, c'est de savoir si notre intervention est opportune, et si elle n'expose pas le malade à des inconvénients plus graves que la maladie elle-même, c'est-à-dire à la production rapide d'accidents qui ne surviennent en général que très-lentement, après de longues années, lorsque l'affection est abandonnée à son évolution normale.

Telle est la question que j'ai été amené à me poser en présence du fait suivant. (*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

458. Blanchet. Diverses considérations sur les plaies pénétrantes des articulations.
459. Fournier. Du calcul vésical et de la lithotritie chez les enfants.
460. Labattu. Des anthrax et furoncles de la face.
461. Tapie. Chorée, ses divers modes de traitement.
462. Nony. Retour de l'inflammation dans les lésions osseuses anciennes à la suite d'un état général grave.
463. Veillon. Contribution à l'étude des tumeurs malignes naso-pharyngiennes.
464. Paret. Quelques résultats obtenus par l'emploi du valérianate de caféine.
465. D'Azambuja. De l'ozène et de son traitement.
466. Ménétrez. Des polypes de l'urèthre chez la femme.
467. Essai sur les causes de l'adhérence du placenta.
468. Du Bourg. Étude sur les luxations sus-astragaliennes anciennes, difformités ou infirmités qu'elles entraînent, indications qu'elles représentent.
469. Wibaille. Des hernies de l'ovaire.
470. Mezbourian. Du diagnostic des bruits de souffle extracardiaques.
471. Ajello. Hyères, son climat, sa plage maritime, ses eaux-mères de salines.
472. Crouzel. De l'inflammation suppurée de la glande sous-maxillaire.

473. Descoq. De la tarsalgie des adolescents.
474. Poix. Des péritonites circonscrites de la partie supérieure de l'abdomen.
475. Durand. Étude sur l'emploi du koumys dans les affections pulmonaires.
476. Soudée. Étude synthétique sur le coca.
477. Ricau. De la pneumonie dans la grossesse.
478. Brehier. Quelques considérations sur l'asphyxie locale.
479. Rojnitza. Sur l'aphasie avec hémiplégie et gangrène simultanée des extrémités.
480. Laurent. Des anévrysmes compliquant les fractures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Académie des sciences. — Prix Montyon (médecine et chirurgie). — Conformément au testament de feu M. Auget de Montyon, et aux ordonnances du 29 juillet 1821, du 2 juin 1825 et du 23 août 1829, il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui seront jugés les plus utiles à *l'art de guérir*, et à ceux qui auront trouvé les *moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre*.

L'Académie a jugé nécessaire de faire remarquer que les prix dont il s'agit ont expressément pour objet des découvertes et inventions propres à perfectionner la médecine ou la chirurgie, ou qui diminueraient les dangers des diverses professions ou arts mécaniques.

Les pièces admises au concours n'auront droit au prix qu'autant qu'elles contiendront une *découverte parfaitement déterminée*.

Si la pièce a été produite par l'auteur, il devra indiquer la partie de son travail où cette découverte se trouve exprimée : dans tous les cas, la commission chargée de l'examen du concours fera connaître que c'est à la découverte dont il s'agit que le prix est donné.

Les sommes qui seront mises à la disposition des auteurs des découvertes ou des ouvrages couronnés ne peuvent être indiquées d'avance avec précision, parce que le nombre des prix n'est pas déterminé ; mais la libéralité du fondateur a donné à l'Académie les moyens d'élever ces prix à une valeur considérable, en sorte que les auteurs soient dédommagés des expériences ou recherches dispendieuses qu'ils auraient entreprises, et reçoivent des récompenses proportionnées aux services qu'ils auraient rendus, soit en prévenant ou diminuant beaucoup l'insalubrité de certaines professions, soit en perfectionnant les sciences médicales.

Conformément à l'ordonnance du 23 août 1829, outre les prix annoncés ci-dessus, il sera aussi décerné des prix aux meilleurs résultats des recherches entreprises sur les questions proposées par l'Académie, conformément aux vues du fondateur.

Les ouvrages ou mémoires présentés au concours doivent être envoyés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin de chaque année.

Prix Serres. — Feu M. Serres, membre de l'Institut, a légué à l'Académie des sciences une somme *de soixante mille francs, trois pour cent*, pour l'institution d'un *prix triennal « sur l'embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine. »*

Un décret en date du 19 août 1868 a autorisé l'Académie à accepter ce legs ; en conséquence, elle propose de décerner pour la première fois un prix de la valeur de *sept mille cinq cents francs*, dans sa séance publique de l'année 1875, au meilleur ouvrage qu'elle aura reçu sur cette importante question.

Les mémoires devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1875.

Prix Godard. — Par un testament, en date du 4 septembre 1862, feu M. le Dr Godard a légué à l'Académie des sciences « le capital d'une rente de *mille francs, trois pour cent*, pour fonder un prix qui, *chaque année*, sera donné au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires. Aucun sujet de prix ne sera proposé.

« Dans le cas où, une année, le prix ne serait pas donné, il serait ajouté au prix de l'année suivante. »

En conséquence, l'Académie annonce que ce prix sera décerné, chaque année, dans sa séance publique, au travail qui remplira les conditions prescrites par le testateur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pathologie et Clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire de bandages et d'embaumement, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, A. Delahaye.

Leçons sur les anesthésiques et sur l'asphyxie, par M. Claude Bernard, membre de l'Institut de France et de l'Académie de médecine, professeur de médecine au Collége de France.— 1 vol. in-8° de 520 pages avec figures. Prix : 7 francs.—Paris, 1875, J.-B. Baillière et fils.

Le Mal perforant, sa pathologie, par le docteur Soulages. In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Du traitement des hernies par le caoutchouc, par le docteur Moynac. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Des anévrysmes compliquant les fractures, par le docteur Laurent. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, 7, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Soubd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. de Quatrefages présente, au nom de M. Ponceri, un mémoire sur la *Phosphorescence des animaux marins*. D'après le savant napolitain, l'émission de la lumière se produit dans les cellules nerveuses terminales qu'on trouve dans les élytres de *Polynœs*.

Ce fait justifie la conclusion générale que M. de Quatrefages avait formulée d'après ses propres recherches, à savoir : que, sous la dénomination de *phosphorescence*, on a confondu longtemps des phénomènes essentiellement distincts et qui n'ont de commun qu'une production de lumière. Nous devons ajouter que, dans les recherches sur les ophiures et les noctiluques, M. de Quatrefages avait montré que la production de la lumière coïncidait toujours avec la contraction des muscles. — Dans élytres de *Polynœs* il n'y a pas trace d'élément musculaire. Reste donc à savoir si, lorsque les muscles des noctiluques produisent de la lumière en se contractant, on doit attribuer cette émission au muscle lui-même ou aux éléments nerveux qu'il renferme. C'est ce que l'avenir décidera.

— MM. Bergeron et l'Hôte présentent une note *sur la présence du cuivre dans l'organisme*. Après avoir exposé leurs procédés d'analyse, les auteurs concluent en ces termes :

« Le cuivre *préexistant* dans l'organisme est apporté sans aucun doute par l'alimentation. L'emploi de la vaisselle de cuivre, les aliments, le contact journalier d'objets de cuivre et de monnaie de billon, etc., introduisent dans nos organes des traces de cuivre dont la plus grande partie est éliminée ; mais il reste fixée à un état de combinaison non encore défini une petite quantité de cuivre dans le foie et dans le rein, et cela quels que soient l'âge, le sexe, les conditions d'existence. Dans nos expériences, nous avons constaté deux points importants : présence constante du cuivre, qu'on ne retrouve que dans le foie et le rein en quantité appréciable, et, en second lieu, détermination de cette quantité de cuivre qui, pour la masse totale du foie et des reins, ne s'élève pas au-dessus de 2 ½ milligrammes à 3 milligrammes, et, dans le plus grand nombre des cas, n'atteint pas deux milligrammes. »

— M. Robin présente, au nom de M. Jobert, une note intitulée : *Recherches sur les organes tactiles de l'homme*. L'auteur s'est occupé particulièrement, dans cette note, des cils, considérés comme organes tactiles, et ses investigations microscopiques l'ont conduit à constater que, au bord libre des paupières, les nerfs forment un véritable plexus destiné en grande partie aux follicules des cils.

« Les nombreuses connexions, dit l'auteur, des nerfs avec les follicules pileux, doivent nous obliger à accorder à ces petits organes une certaine importance dans l'appréciation des sensations produites par l'action de certains agents extérieurs, et, en première ligne, le mouvement des ondes aériennes. Toute vibration du poil devant être immédiatement suivie d'une sensation, grâce au collier nerveux si délicat qui entoure la tige rigide ébranlée, au point de vue de la physiologie comparée, nous possédons en nos cils, véritables poils tactiles, un critérium pour l'appréciation de la délicatesse des vibrisses des mammifères. Enfin nous pouvons, grâce à la connaissance de cet appareil nerveux que nous venons de décrire, considérer les cils en tant qu'organes de protection de notre appareil visuel, à un point de vue tout nouveau. »

Dr Édouard Fournié.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Sappey.

Du système lymphatique (1).

(Leçons recueillies par M. le docteur A. Brochin.)

Messieurs, après avoir décrit les origines réelles des vaisseaux lymphatiques et leurs connexions avec le système vasculaire sanguin, il me reste à vous faire connaître les organes qui sont pourvus de cet ordre de vaisseaux, et ceux qui en sont privés.

Nous avons vu que parmi les premiers se trouvaient la peau, les muqueuses, le tissu musculaire, les glandes et quelques viscères. Les seconds, dont nous allons maintenant nous occuper, sont le tissu conjonctif et ses dérivés, le système nerveux central et périphérique, les membranes séreuses et synoviales, les os et les cartilages.

Je parlerai seulement du tissu conjonctif, du système nerveux central et des membranes séreuses.

Tissu conjonctif. — Ce tissu est-il le point de départ des vaisseaux lymphatiques ? On l'a pensé jusqu'ici, et l'on s'appuyait sur les travaux de Virchow, qui a décrit dans ce tissu des cellules étoilées rappelant assez bien l'aspect des lacunes dont je vous ai parlé.

(1) Fin. — Voir les numéros du 31 décembre 1874 et du 14 janvier 1875.

Ces cellules, désignées sous le nom de cellules plasmatiques ou de corpuscules du tissu conjonctif n'existent pas; M. Ranvier a démontré qu'on n'y trouve que des cellules plates; il se compose de filaments réunis en faisceaux, de volumes divers et entrecroisés. Mais, en outre, M. Ranvier aurait vu, dans le tissu conjonctif, des cellules lymphatiques, et il se fonde sur ce fait pour admettre que le système lymphatique prend naissance dans ce tissu conjonctif.

Mais ces cellules éparses n'offrent nullement la disposition que j'ai indiquée : on ne les voit nulle part se ranger en séries linéaires et convergentes; nulle part on n'aperçoit de capillaires lymphatiques recueillant ces cellules et aboutissant à des ramuscules. D'une autre part, remarquons que les parties les moins riches en tissu conjonctif sont celles qui possèdent le plus de vaisseaux lymphatiques. Tels sont, par exemple, les follicules clos de l'intestin, les papilles, les villosités, les testicules; et ajoutons que les parties les plus riches en tissu cellulaire sont souvent très-pauvres en vaisseaux lymphatiques, ou s'en trouvent même complétement dépourvus. Constatons enfin que les anatomistes pour lesquels les capillaires lymphatiques naissent du tissu conjonctif reconnaissent eux-mêmes qu'ils n'en ont vu aucun partir de ce tissu.

Système nerveux central. — Ruysch, à la suite de l'insufflation du tissu cellulaire sous arachnoïdien, a vu des vésicules se succéder en série linéaire. Ces séries de vésicules, il les désigne sous le nom de *pseudovasa lymphatica*. Arnold et Fohmann ont aussi injecté le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, et ont pris à tort les traînées de cellules signalées par Ruysch pour de véritables lymphatiques. Mascagni, dans son grand ouvrage, nous représente, sur la convexité et sur la base du cerveau, des troncs lymphatiques qu'il a vainement tenté de suivre jusqu'aux ganglions, et qui sont de simples veinules.

MM. Robin et His ont constaté, sur le trajet des vaisseaux qui pénètrent dans l'encéphale et la moelle, des gaînes constituées par une membrane amorphe, et contenant un liquide analogue à la lymphe.

Que deviennent ces gaînes périvasculaires? Vont-elles se jeter dans un plexus lymphatique? M. Robin, qui en a suivi quelques-unes sur les vaisseaux de la pie-mère, pense qu'elles communiquent avec les vaisseaux décrits par Mascagni. Nous savons que ces vaisseaux ne sont nullement des lymphatiques. M. Robin, du reste, ne paraît pas éloigné d'admettre qu'elles représentent des organes d'une nature spéciale.

Il n'existe donc aucun fait positif démontrant nettement la présence des vaisseaux lymphatiques dans le système nerveux central.

Membranes séreuses. — Les anatomistes admettent, en général, la présence des lymphatiques dans les membranes séreuses. Jusqu'à présent, aucun observateur n'en a rencontré dans le feuillet pariétal. Quant au feuillet viscéral, il semble présenter un véritable réseau lymphatique sur certains viscères, comme l'estomac et le tube intestinal. Mais ce réseau appartient à la couche sous-jacente. Lorsqu'après avoir mis en évidence le réseau de la tunique musculaire de l'intestin, on examine ce réseau au microscope sur une coupe perpendiculaire à la surface de cette tunique, on voit que les lymphatiques n'ont aucun rapport avec la séreuse et qu'ils sont tous contenus dans l'épaisseur de la couche contractile.

Certains auteurs, en particulier Recklinghausen, prétendent que ces vaisseaux lymphatiques communiquent avec la cavité des séreuses par des orifices ou stomates dont la présence serait facile à constater, surtout chez le lapin.

Or j'ai injecté souvent les lymphatiques du diaphragme, et je n'ai jamais vu le mercure s'échapper par des orifices situés sur le trajet des vaisseaux distendus. Ces stomates sont niés par un grand nombre d'anatomistes, parmi lesquels je mentionnerai Auerbach, qui repousse comme moi leur existence et qui révoque en doute la présence des vaisseaux lymphatiques dans les membranes séreuses.

En terminant, messieurs, les considérations que je viens de vous présenter sur le système lymphatique, permettez-moi de les résumer dans les conclusions suivantes :

1° Les vaisseaux lymphatiques naissent d'un système de capillicules et de lacunes qui se réunissent pour former des capillaires, puis des troncs;

2° Les vaisseaux lymphatiques communiquent, à leur origine, avec les capillaires sanguins;

3° Le système lymphatique a pour fonctions non-seulement de concourir à l'absorption, mais encore de former les particules solides du sang.

4° Il n'y a pas de lymphatiques dans le tissu conjonctif, ni dans le système nerveux central, ni dans les membranes séreuses.

5° Les prétendus stomates n'existent pas.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. VALETTE.

Des accidents liés à la migration imparfaite du testicule (1).

Le malade dont j'ai à vous entretenir aujourd'hui est âgé de vingt et un ans et exerce la profession de terrassier.

La veille de son entrée à l'hôpital, il s'était levé bien portant. Sous l'influence d'un léger effort, le testicule droit, dont je décrirai tout à l'heure la position habituelle, remonta dans l'anneau inguinal. Immédiatement se manifestèrent de vives douleurs au pli de l'aine, et des coliques violentes qui obligèrent le malade à se mettre au lit. Ces phénomènes morbides augmentant d'intensité et se compliquant de vomissements, il se fit transporter à l'hôtel-Dieu. Nous avons alors constaté l'état suivant :

Le facies, profondément altéré, exprime une très-grande angoisse; le ventre est ballonné et douloureux. Il y a eu plusieurs vomissements bilieux au début, plus tard des matières fécaloïdes ont été rendues, et le malade a été pris de hoquets fréquents. Depuis deux jours, il n'y a pas eu de garde-robe; le pouls est à 96, la respiration à 26. La peau est recouverte d'une sueur froide. L'agitation du malade est telle, qu'il ne m'est pas possible de prendre la température axillaire.

Le testicule occupe la région inguinale, il est en partie engagé dans l'anneau externe; il n'a pas, du reste, augmenté de volume et n'est pas douloureux; on peut même, en procédant avec ménagements, l'écarter de l'orifice aponévrotique et explorer ce dernier. Je constate l'absence complète de hernie, aussi les accidents ne me paraissent pas tenir à un étranglement intestinal, mais placés sous la dépendance d'une ectopie testiculaire, qui a agi d'après un mécanisme que je vous exposerai dans un instant.

Quinze sangsues sont appliquées en couronne autour de la tumeur, et en même temps on pratique sur la paroi abdomi-

(1) Le savant professeur de clinique chirurgicale de l'école de médecine de Lyon doit publier prochainement, à la librairie J. B. Baillière, le résumé de vingt-sept années de pratique. Nous empruntons cette leçon à sa *Clinique chirurgicale*.

nale des onctions avec l'extrait de belladone; puis on maintient sur la région des cataplasmes de farine de graine de lin. Je prescris l'administration par les voies supérieures de 45 grammes d'huile de ricin. Ce médicament a été rendu presque immédiatement après son ingestion. La nuit et la journée qui suivent ont été mauvaises, les symptômes de l'étranglement s'accentuent davantage encore; le ventre est fortement ballonné, les circonvolutions intestinales distendues se dessinent à travers l'épaisseur des parois abdominales, la face est grippée, les vomissements et les hoquets continuels; les extrémités sont froides; le pouls est à 120; la respiration à 32.

Dans la nuit suivante, le malade a des selles abondantes, les symptômes s'amendent avec rapidité; à ma visite du soir, tout danger me semble conjuré. Le ventre n'est plus ni tendu ni douloureux, le pouls est à 80.

Le lendemain, l'amélioration continue, la physiologie a pris une toute autre expression, le malade demande à manger : à ce moment, il est facile de faire descendre le testicule dans le scrotum, une pression légère suffit à l'y maintenir.

Je songeai alors à imiter la conduite de Velpeau et à faire construire un bandage approprié à la disposition des parties, afin de maintenir le testicule dans le scrotum et l'empêcher de remonter. J'ai dû renoncer bien vite à cette idée, car lorsqu'on essaie de remplir cette indication avec la main, les douleurs reparaissent; elles cessent, au contraire, dès que l'on ne s'oppose pas à la réascension de la glande : des tentatives répétées sont toujours suivies du même résultat.

Je ne vous ai rien dit encore des antécédents du malade. La situation de cet homme était si grave, que je n'ai rien pu en tirer; ce n'est que plus tard, lorsque les accidents se sont dissipés, que j'ai pu me procurer les renseignements que voici :

Le malade ne peut m'indiquer l'époque à laquelle le testicule droit est sorti de l'abdomen; il affirme seulement que cet organe occupait fréquemment l'orifice inguinal, descendait le plus ordinairement dans le scrotum, sans se placer cependant au même niveau que celui du côté opposé. Des accidents analogues à ceux qu'il vient de présenter se sont manifestés à plusieurs reprises. C'est ainsi qu'il y a trois ans, à le suite d'un effort, il fut pris de violentes coliques accompagnées de vomissements. La crise n'a duré cette fois que vingt-quatre heures : au dire du malade, le testicule était remonté brusquement dans l'aine. Il y a un an, encore à la suite d'un effort, le testicule remonte brusquement et les accidents éclatent de nouveau; ils se dissipèrent au bout de quarante-huit heures. Il convient d'ajouter que très-souvent le mouvement d'ascension de la glande se produisait sans provoquer de troubles graves. Toutefois, dans l'intervalle des grandes crises que je viens de signaler, la santé était loin d'être parfaite. Le malade éprouvait presque constamment des pesanteurs dans le ventre, de la lassitude, des gargouillements, et, à chaque instant, il était obligé de suspendre ses travaux; aussi n'est-il pas arrivé jusque-là sans demander à la médecine un soulagement. — Un confrère, consulté, a essayé de maintenir le testicule dans le scrotum au moyen d'un bandage, mais cette tentative a échoué, l'appareil n'a pu être supporté. — Cette circonstance a contribué à me faire renoncer au projet que j'avais conçu, et dont j'ai d'ailleurs reconnu l'impossibité d'exécution.

Nous avons à déterminer les causes auxquelles doivent être attribués les accidents que je viens de décrire, et à indiquer les moyens que nous devons employer pour en empêcher le retour. Ce malade a présenté tous les symptômes d'un étranglement intestinal : constipation, vomissement de matières bilieuses et fécaloïdes, refroidissement des extrémités, facies hippocratique. Il y a quelques années, aucun praticien n'eût hésité à affirmer qu'il existait dans ce cas une cause mécanique, un obstacle matériel au cours des matières fécales; mais des recherches récentes nous ont appris que des malades pouvaient présenter tous les symptômes de l'occlusion intestinale et succomber, sans qu'on pût trouver la moindre trace d'un étranglement ou d'une obstruction mécanique de l'intestin. Aussi l'assertion de M. Masson, qui écrivait dans sa thèse en 1857 : « Dans aucun cas où la mort a suivi les symptômes de l'occlusion intestinale, il n'est arrivé qu'on n'ait pas rencontré à l'autopsie la cause mécanique qui a dû produire ces symptômes »; cette assertion, dis-je, ne saurait être soutenue aujourd'hui. M. Henrot cite dans sa thèse remarquable (1) plusieur faits qui ne laissent prise à aucune critique. J'ai trouvé, d'autre part, dans le compte rendu de la Société de médecine de Nancy, pour l'année 1868, une observation dont je vais vous communiquer les principaux détails.

Un homme de trente-huit ans succombe après avoir présenté tous les signes d'un étranglement interne. A l'ouverture du corps on trouve les anses intestinales très-distendues, disposées en lignes parallèles. L'S iliaque a son calibre normal, mais le côlon descendant étroitement appliqué contre le flanc gauche paraît tout à fait aplati et resserré sur une petite quantité de matières fécales; au-dessus, le côlon transverse contraste par son volume et est distendu par des gaz.

La distension est surtout considérable à partir du cœcum et tout le long de l'intestin grêle. Il suffit d'exercer sur le côlon transverse une pression dans le sens du colon descendant pour faire pénétrer immédiatement les gaz dans cette dernière partie de l'intestin, qui ne renfermait que quelques boulettes de matière stercorale assez résistantes. Examiné avec soin, ce segment du tube digestif ne présentait aucun rétrécissement, et ses parois n'offraient aucune trace de lésion. Il est bien évident, fait remarquer l'auteur de cette observation, qu'il ne s'agissait ici que d'un pseudo-étranglement déterminé par un spasme qui, au moment de la mort, était fixé sur le côlon descendant, et qui à l'autopsie a été facilement vaincu, en forçant, par la compression, les gaz à passer de la portion supérieure du gros intestin dans la portion contracturée.

La réalité des pseudo-étranglements n'est du reste plus mise en question aujourd'hui; trop de faits authentiques et bien observés ont été recueillis, pour qu'il soit besoin d'insister davantage sur ce point. Vons comprenez déjà que notre malade ait pu présenter ces symptômes d'étranglement intestinal, sans cependant être atteint d'une occlusion du tube digestif; il nous reste maintenant à expliquer comment et pourquoi ces symptômes ont pu se manifester.

Des expériences nombreuses, instituées par des physiologistes éminents, notamment par Claude Bernard et Brown-Séquard, ont démontré que les mouvements de l'intestin sont placés sous la dépendance d'actions réflexes dues soit à une excitation spéciale de la muqueuse intestinale, soit à celle du péritoine, soit des téguments, soit même d'un organe avoisinant la cavité abdominale, comme le testicule. Il suffit, pour que le mouvement réflexe se produise, qu'un nerf sensitif qui reçoit une impression la communique à un centre nerveux, d'où part un nerf moteur se rendant à la tunique musculeuse

(1) Henrot. *Sur les pseudo-étranglements que l'on peut rapporter à la paralysie de l'intestin.* 1865.

de l'intestin. Brown-Séquard a encore démontré, et ceci est de la plus haute importance pour l'intelligence de l'explication donnée par M. Henrot, que les actions réflexes sont de deux ordres : les unes produisent un mouvement, une contracture de la fibre musculaire, les autres se traduisent par une paralysie : ce sont des actions réflexes d'arrêt ou paralysantes. Or le fait que nous venons d'observer me paraît être un exemple de pseudo-étranglement déterminé par une paralysie intestinale réflexe.

Les faits de cette nature sont rares dans la science. Le testicule, arrêté et enflammé dans le trajet du canal inguinal, se voit encore quelquefois, mais il s'agissait chez notre malade de toute autre chose. La glande, en effet, était indolente au toucher, et cette indolence contrastait avec la sensibilité de l'abdomen. Je puis ajouter aujourd'hui que je relève l'observation complète, que l'examen anatomique du testicule, qui a été fait après l'opération, n'a montré ni dans l'épididyme, ni dans le corps de l'organe, ni dans son enveloppe séreuse la moindre trace de phlegmasie.

En présence de ces trois faits : indolence et volume normal du testicule, rapidité de la guérison dès que le cours des matières s'est rétabli, absence de toute trace de processus inflammatoire dans la glande et ses enveloppes, il n'est pas permis de supposer que les symptômes d'étranglement fussent causés par une inflammation péritonéale dont le point de départ aurait été le testicule. C'est là, en effet, l'explication que l'on a donnée dans quelques cas où cet organe étant retenu à l'anneau, il s'est manifesté des symptômes d'étranglement intestinal. Que les choses se soient toujours passées comme chez notre malade, je ne saurais évidemment le soutenir, mais c'est là une question qui mérite des éclaircissements. Ce qu'il y a de bien établi, c'est que, dans plusieurs circonstances, l'ablation du testicule a fait cesser immédiatement les symptômes de l'étranglement, ainsi qu'on peut le voir dans une observation publiée par M. Delasiauve (1). On crut avoir affaire à une hernie étranglée, et l'on trouva un testicule serré à l'anneau. Le numéro du 31 mars 1865 de la *Gazette des Hôpitaux* renferme un fait recueilli à la clinique de Velpeau, et qui présente la plus grande analogie avec celui que nous observons en ce moment. Le testicule n'était pas le moins du monde enflammé, et son ablation fit cesser l'étranglement. Deux faits, cités par Curling (2) prouvent que les symptômes de l'étranglement peuvent exister sans péritonite, et se développer sous l'influence de la migration imparfaite du testicule. Ce sont là, comme dans notre cas, des exemples de pseudo-étranglement.

(*A suivre.*)

DE L'OZÈNE ET DE SON TRAITEMENT (3)

Par le docteur D'AZAMBUJA.

Conclusions. — L'ozène est un coryza chronique fétide ; en d'autre termes, pour qu'il y ait ozène, il faut qu'il y ait inflammation chronique de la pituitaire ou des tissus sous-jacents et fétidité de l'haleine. — L'ozène est presque toujours de nature scrofuleuse ou syphilitique ; plus rarement, il existe sans cause connue, ou bien, à la suite de traumatismes, de corps étrangers ou de calculs des fosses nasales, ou de lésions destructives survenant comme complication du décours ou de la convalescence des fièvres graves ; plus rarement encore, l'ozène est de nature herpétique (?) — Il existe un ozène simple non ulcéreux, un coryza chronique fétide sans ulcérations ; ce coryza se présente sous deux formes, la forme humide et la forme sèche. Il appartient spécialement à la scrofule. Il est douteux que la syphilis donne lieu à cette variété d'ozène. — Il existe un ozène ulcéreux sans lésions osseuses ; celui-ci reconnaît pour cause soit la scrofule, soit la syphilis. Les ulcérations de la scrofule se font des parties superficielles vers les parties profondes ; elles sont plus irrégulières que celles de la syphilis. Les ulcérations syphilitiques se font par deux processus différents : 1° par des éruptions analogues à celles qu'on observe du côté de la peau, et qui, pour ce motif, méritent le nom de syphilides des fosses nasales ; 2° par ramollissement et ouverture de gommes syphilitiques. — L'ozène le plus grave est celui qui débute par des lésions primitives du squelette (carie et nécrose). L'ozène nécrosique d'emblée est plus fréquent dans la syphilis que dans la scrofule. — L'ozène accompagne toujours l'affection décrite sous le nom de coryza caséeux. — Le traitement de l'ozène doit être à la fois général et local. Le traitement général est celui de la scrofule et de la syphilis. La meilleure méthode de traitement local consiste : 1° dans les douches et les irrigations nasales ; 2° la cautérisation directe des ulcérations. Cette méthode donne d'excellents résultats, même dans les cas de coryza nécrosique. Le traitement chirurgical par la méthode de Rouge (de Lausanne) donne des résultats plus rapides ; mais il a ses dangers (phlébite, infection purulente, opération incomplète) et ne doit être employé que dans les cas où la maladie se montre rebelle au traitement non sanglant, employé pendant longtemps et avec méthode.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 décembre 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

M. FAUCON continue sa lecture :

OBS. I. — J'ai été consulté au mois d'août dernier, par une femme de trente-cinq ans, affectée de kyste riziforme de la synoviale des tendons de l'extenseur commun des doigts.

Cette tumeur, dont le début remonte à sept ans, me paraît reconnaître deux ordres de causes.

Cette femme a exercé pendant près de vingt ans, jusqu'il y a sept mois, la profession de coupeuse de velours. Cet état exige le glissement continuel de la main gauche le long du bord d'un métier, la main se trouvant dans l'extension forcée et fortement appuyée sur ce métier. La malade éprouvait depuis longtemps, surtout à la fin de la journée, des douleurs dans la main le long des tendons dorsaux des *nerfs*, comme elle dit.

A cette irritation lente et continue vint s'adjoindre une autre cause. A la suite d'un effort brusque qu'elle fit un jour pour soulever son métier, elle sentit au niveau du poignet une douleur violente qui ne persista que quelques jours ; mais, au bout de cinq à six semaines, elle vit apparaître une tumeur de la grosseur d'une noisette au-dessous du radius, à la face dorsale du poignet.

Cette tumeur s'accrut peu à peu sans vive douleur et sans l'empêcher d'exercer sa profession fatigante. Mais, il y a environ sept mois, il lui devint impossible de vaquer le soir aux soins du ménage, à cause de la gêne qu'elle éprouvait dans la tumeur à la suite de son travail de la journée, et elle renonça à sa profession.

Voyant que, malgré un repos relatif et des applications de teinture d'iode qui lui avaient été conseillées, le kyste continuait à s'accroître, elle vint réclamer mes soins.

Je constatai un kyste riziforme de la synoviale des tendons de l'extenseur commun des doigts, facilement reconnaissable à son siége anatomique, à sa division en deux lobes par le ligament dorsal du carpe, et à la sensation bien nette de crépitation que j'éprouvais en recherchant la fluctuation.

La tumeur dépassait d'environ trois travers de doigt l'interstice radio-carpien aussi bien du côté de l'avant-bras que du côté de la main.

J'essayai d'abord la compression du kyste au moyen d'un bandage

(1) Delasiauve, *Revue médicale*, année 1860.
(2) Curling, *Traité des maladies du testicule*.
(3) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

(1) Suite. — Voir les numéros des 26, 28 et 30 janvier.

ouaté que j'appliquai le 9 août de cette année. Mais, au bout de deux heures environ, il se développa dans la tumeur des douleurs assez vives pour donner lieu chez cette jeune femme nerveuse à des spasmes hystériformes, et force me fut d'enlever mon appareil six heures après l'avoir posé.

La malade ne voulut plus me permettre d'essayer une compression un peu plus modérée ; elle me demanda de recourir à une opération, s'il en existait qui dût la guérir.

Sous l'influence de l'idée que les injections iodées réussissaient très-bien dans ces sortes de cas, je proposai à cette femme l'opération, qui fut acceptée.

Je pratiquai le 28 août la ponction du kyste avec un trocart d'assez fort calibre, que j'eus le soin d'enfoncer à une profondeur d'environ 2 centimètres et demi. Cette ponction ne fut suivie d'aucune évacuation spontanée ; je dus exercer des pressions assez fortes pour faire sortir par la canule du trocart environ deux cuillerées à bouche de corps riziformes, agglutinés les uns aux autres par une très-minime quantité de liquide visqueux.

Ces corps, que je conserve dans la glycérine, présentent la forme et le volume de grains de riz. Je n'insiste pas sur ces particularités anatomiques bien connues.

Plusieurs d'entre eux portent encore le petit pédicule qui les attachait autrefois à la paroi interne du kyste.

Lorsque mes pressions furent devenues impuissantes à faire sortir les derniers de ces corpuscules que je sentais encore dans l'intérieur de la tumeur, je pratiquai dans la cavité une injection d'eau tiède qui, en ressortant, en entraîna encore quelques-uns ; mais un certain nombre demeura dans la poche. A ce moment seulement, je vis sortir quelques gouttes d'un liquide visqueux et sanguinolent.

La malaxation avait été indolente ; ce ne fut que quand le kyste fut distendu par mon injection que la malade accusa une légère douleur.

Pendant que j'aspirais dans la seringue le liquide iodé que je destinais à l'injection, un mouvement brusque de la malade ou de l'étudiant en médecine qui me servait d'aide, et auquel j'avais confié la fixation de la canule, fit sortir cette dernière de quelques centimètres, et je constatai, par l'introduction d'un stylet, qu'elle ne se trouvait plus dans la cavité kystique ; je remis l'injection iodée à une autre circonstance. La tumeur avait diminué des deux tiers.

J'appliquai une légère compression avec un bandage ouaté ; un peu de gonflement, sans grande douleur, et d'une durée de trois jours, fut la suite de cette ponction.

Le 26 septembre, trouvant la tumeur plus volumineuse qu'après l'opération, je pratiquai une seconde ponction, mais je ne pus extraire qu'une dizaine de corps hordéiformes.

Je revis cette malade le 18 octobre, au sujet d'une hydarthrose du genou dont elle était affectée depuis six mois et dont elle ne m'avait pas encore parlé. Cette hydarthrose, dont la coïncidence avec un kyste synovial me parut digne d'être notée, avait presque totalement disparu sous l'influence de plusieurs vésicatoires volants.

Le kyste du poignet restait diminué de plus de moitié ; il n'y avait que la partie correspondante à la région de la main qui faisait saillie dans l'extension ; quant à la partie antibrachiale, elle n'apparaissait que dans la flexion forcée du poignet.

Les douleurs avaient complétement disparu ; pendant toute une semaine cette femme a lessivé et repassé sans souffrir le soir, comme cela lui arrivait auparavant. J'ai pu constater hier que la situation reste la même sous le rapport des douleurs, mais que la tumeur s'est depuis deux mois très-légèrement accrue, la crépitation y est redevenue très-manifeste.

Que dois-je désormais entreprendre dans l'intérêt de cette malade? Je n'ignore pas que ce qu'on peut appeler les moyens de douceur, tels que les applications topiques, les révulsifs et la compression, appliqués au traitement de ces kystes ont pu quelquefois en amener la guérison, soit par la résorption, soit par la transformation des corps hordéiformes.

Je m'en réfère sur ce point à l'autorité de Velpeau, qui disait à ce sujet dans ses leçons : « J'avais cru que la sortie des concrétions granuleuses contenues dans les kystes était indispensable à leur guérison ; mais les faits m'ont démontré le contraire. Je sais maintenant qu'après la disparition des matières liquides qui les invisquent, les grumeaux s'agglomèrent, se confondent entre eux, s'unissent aux tissus voisins, s'amoindrissent de plus en plus et finissent par ne plus former que de légères plaques indurées qui semblent disparaître complétement à la longue, *sans troubler notamment l'action des tendons des fléchisseurs des doigts.* »

Je regrette à ce point de vue de n'avoir pu continuer la compression, qui, longtemps prolongée, et pratiquée au moyen d'appareils munis d'une quantité de ouate suffisante pour la rendre à la fois active et tolérable, ainsi que je l'avais vu faire par mes maîtres dans les hôpitaux, m'a été si utile dans le traitement des synovites fongueuses articulaires et tendineuses.

Guérir les kystes du poignet par l'emploi de méthodes non dangereuses, pour ainsi dire sans intervention opératoire, tel est assurément l'idéal des chirurgiens ; mais cet idéal est-il facile à réaliser, dans quelle proportion, dans quelles circonstances? C'est là question que je voudrais voir résolue par la Société de chirurgie.

Lorsque ces moyens échouent, soit à cause de leur impuissance, soit à cause de l'impatience des malades qui ne persévèrent pas assez longtemps dans leur emploi, que faut-il faire?

Je confesse mon embarras pour répondre à cette question.

Après avoir consulté les nombreux et excellents travaux qui ont paru en France sur la matière, j'en suis à me demander si nous sommes aujourd'hui plus avancés dans le traitement des cas que j'ai en vue qu'à l'époque où Dupuytren a appelé l'attention sur ces tumeurs.

Voici quelle était l'opinion de ce grand chirurgien. Après avoir exposé qu'à ses yeux l'incision et la suppuration de ces kystes étaient les seuls moyens d'en obtenir la guérison, il ajoute que, vu leur indolence habituelle et les dangers auxquels peut exposer leur traitement par des opérations, « on ne doit avoir recours à l'opération que lorsque le volume de ces tumeurs, devenu fatigant pour les malades, les gêne au point de s'opposer au libre exercice de leur état.

« *Dans le cas contraire*, le chirurgien consulté pour cette affection doit engager le patient à vivre avec son mal, et s'il désire absolument en être débarrassé par l'opération, il est de son devoir de le prévenir des risques qu'elle peut lui faire courir (1). »

Telles étaient également l'opinion et la conduite de Boyer, malgré les exemples qu'il cite d'extirpation de ces tumeurs pratiquée par lui ou par d'autres chirurgiens *avec conservation des mouvements des doigts et de la main* (2).

Mais, me dira-t-on, si avec Dupuytren et Boyer, nous rejetons l'extirpation, l'excision et l'incision, pour les cas dont vous nous parlez, nous ne saurions être aussi exclusif pour certaines méthodes chirurgicales qui ont pris naissance après eux ; le drainage chirurgical, par exemple, a fait disparaître les dangers qui suivaient autrefois l'emploi du séton ; l'injection iodée compte à son actif un grand nombre de guérisons de kystes du poignet, et parmi ces guérisons des cas de kystes hordéiformes.

J'arrive ici au point qui me paraît le plus important de cette communication ; et, dans l'espoir d'en faire surgir un enseignement utile pour la pratique, je prie la société de vouloir bien se rappeler quels sont les cas spéciaux que j'ai en vue.

Je ne nie pas que le drainage appliqué aux kystes hordéiformes du poignet soit moins dangereux que le séton, et que son emploi ne soit de nature à diminuer les chances d'inflammation et de suppuration qui avaient amené Dupuytren à proscrire ce dernier (3). Ce n'est pas, du reste, seulement dans ce champ restreint que M. Chassaignac peut se rendre le témoignage d'avoir, par cette découverte, rendu un signalé service à la chirurgie de notre temps.

Mais s'il a écarté les risques de mort ou d'amputation du membre, le drainage a-t-il fait des preuves au point de vue de la conservation ou du rétablissement des fonctions des doigts?

Comme il me paraît *a priori* devoir entraîner fatalement la suppuration et, par suite, des adhérences probablement irrémédiables, je n'aurais pas cru devoir en parler, si je n'avais tout récemment ren-

(1) Dupuytren, *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. III, p. 45.
(2) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. XI, p. 14.
(3) Dupuytren, *loc. cit.*, t. III, p. 44.

contré un cas de kyste hordéiforme du poignet traité avec succès par ce moyen associé à l'injection iodée dans le service de M. Demarquay, qui en a fait publier l'observation par un de ses élèves dans un travail destiné à démontrer les heureux résultats du traitement des kystes par le drain et l'injection de teinture d'iode (1). Ce fait m'avait d'abord singulièrement frappé, et j'avais espéré y trouver la solution du problème qui trouble mon esprit inquiet.

Mais je me demande si le cas de M. Demarquay rentre bien dans la catégorie de ceux dont je m'occupe; dans la relation concise que j'en ai lue, il n'est rien dit des troubles fonctionnels présentés par le malade antérieurement avant l'opération.

Quant au résultat définitif, je ne le connais que par ces quelques mots de l'observation : « Au bout de quatre semaines de traitement, le malade sort *tout à fait* guéri. »

Que devons-nous entendre par cette guérison radicale? ne s'agit-il que de la disparition de la tumeur kystique? Si un pareil résultat est tout à fait satisfaisant pour la généralité des kystes, il ne constitue qu'un des éléments de la cure des kystes synoviaux tendineux : on doit tenir compte ici d'un autre élément important, la conservation des mouvements des doigts.

En présence d'un kyste hordéiforme du poignet, autant je serais satisfait de la disparition de la tumeur, alors même que les fonctions des doigts ne se rétabliraient pas, si leurs mouvements se trouvaient déjà abolis avant l'opération, autant je trouverais cette terminaison déplorable dans le cas où je n'aurais constaté avant l'opération qu'une gêne dans l'action de ces organes.

Vient maintenant l'injection iodée, qui semble avoir été pour la première fois appliquée à la cure des kystes riziformes par M. Chassaignac que poussèrent dans cette voie « les succès obtenus par M. Velpeau à l'aide des injections iodées, comme moyen de provoquer une inflammation *adhésive* dans des kystes d'une autre nature », et qui en rapporte deux cas dans son *Traité des opérations* (2).

Quel est le bilan de cette autre méthode? J'espérais trouver sur ce point une solution précise, car M. Chassaignac a eu bon nombre d'imitateurs.

On a dû avoir à s'en louer dans un certain nombre de cas; car, d'après Follin (3), on obtient « souvent au bout de quelques mois le *rétablissement complet* des mouvements dans la partie qui avait été le siége du kyste. »

M. Boinet, qu'il faut toujours consulter quand on s'occupe des affections justifiables du traitement par les injections iodées, me paraît du même avis que Follin. « Après les injections iodées, dit-il, l'inflammation n'est pas un obstacle invincible aux mouvements des articulations, car cette inflammation se borne à une irritation qui modifie les surfaces du kyste sans provoquer des adhérences, par exemple, au bout d'un temps plus ou moins long, les parties reprennent leur mobilité, les dépôts plastiques se résorbent peu à peu, les mouvements de glissement déterminent la formation de nouvelles bourses, qui amènent la liberté et le jeu des tendons (4). »

Michon, qui rapporte dans sa thèse sept observations de kystes du poignet traités par cette méthode, est beaucoup moins affirmatif, comme on peut en juger par l'extrait suivant de son travail : « L'examen de ces observations, dit-il, est favorable à l'injection iodée. » Il établit dans les lignes qui suivent l'innocuité de l'injection, mais reste dans le doute sur la question des récidives. Quant au rétablissement des mouvements, il ajoute qu'il « offre des difficultés *inévitables* dans *toutes* les opérations qui ont entraîné des inflammations à leur suite. A ce point de vue, la ponction sous-cutanée est celle qui inspire le moins d'inquiétude. *Vient ensuite l'injection iodée.* . . . . . .

Mais quand bien même l'inflammation qui s'est établie a laissé après elle des gênes et des impuissances, ce n'est pas une raison pour *désespérer* de voir, au bout d'un temps plus ou moins long, les parties reprendre leur mobilité.

(1) Ed. Schwartz. *Quelques considérations sur la réunion des plaies et le traitement des kystes par le drain et l'injection de teinture d'iode.* — *Gazette des Hôpitaux*, 13 août 1874, n° 94, p. 147.

(2) Chassaignac, *Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales*, t. II, p. 178.

(3) Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, p. 151.

(4) Boinet, *Traité d'iodothérapie*, p. 432.

Maintenant, à la suite de laquelle de nos opérations un tel retour est-il plus facile? Là-dessus les documents pour une *réponse complète* manquent, et tout ce qu'on peut dire en général, c'est que « moins l'inflammation aura été longue, plus le rétablissement pourra être espéré » (1).

Voici l'opinion de M. Legouest au sujet de l'injection iodée :

« Par ce traitement, peu de malades, quelques-uns seulement, ont pu se dire radicalement guéris. Beaucoup ont éprouvé un soulagement marqué sans diminution notable du volume de la tumeur, chez quelques autres la maladie a récidivé, peu ont été atteints d'accidents graves. »

Au sujet des adhérences, il ajoute :

« L'injection peut bien, il est vrai, par les modifications qu'elle apporte dans les parois des cavités closes, amener la production de ces adhérences; mais comme M. Hutin l'a démontré par des recherches faites sur la tunique vaginale, anciennement atteinte d'hydropisie et opérée par l'injection, ces adhérences *persistent rarement*, et la liberté entre la surface pariétale et la surface viscérale se rétablit après un temps plus ou moins long » (2).

Il me paraît résulter de ces citations que la constatation clinique du rétablissement ou de la conservation des mouvements des doigts est loin d'avoir été faite aussi souvent que Follin et M. Boinet semblent le croire.

La fréquence d'un semblable résultat est-elle du moins établie par l'anatomie pathologique?

Je ne rencontre, pour m'éclairer à ce sujet, que l'observation de M. Chassaignac (3), qui eut la bonne fortune de pouvoir s'assurer du résultat produit par l'injection iodée sur un de ses malades, qui mourut quelques mois après l'opération d'une affection de poitrine.

Or il est dit dans l'observation que « des adhérences s'étaient établies dans la presque totalité de la tumeur. »

Ce fait n'est pas encourageant; il explique l'opinion des chirurgiens qui ne voient qu'une illusion dans l'espoir de conserver par cette opération la liberté des doigts. C'est ainsi qu'en juge, dans sa clinique chirurgicale, M. Gosselin (4), dont l'attention a été de longue date appelée sur les kystes synoviaux du poignet.

On peut répondre à cela, ainsi que M. Legouest l'a avancé, que les adhérences persistent rarement, et que la liberté des mouvements se récupère à la longue. (*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

481. Bourru. Étude sur l'albuminurie dans la variole.

482. Guiton. Du sulfate de quinine. Quelques mots de son emploi à titre préventif des fièvres intermittentes au Sénégal.

483. Pourieux. Recherches sur la fréquence des fistules à l'anus, otites et panaris chez les tuberculeux.

484. Renard. Des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus

485. Ulviniami. Des myomes utérins au début.

486. Lutaud. Du vaginisme.

487. Cohen. Quelques considérations sur les granulations de la conjonctive et sur leur traitement.

488. Soulages. Le mal perforant, sa pathogénie.

489. Renou. Étude sur les affections péri-articulaires de la hanche simulant la coxalgie.

490. Delaunay. Biologie comparée du côté droit et du côté gauche chez l'homme et chez les êtres vivants.

491. Du glaucome hémorrhagique.

(1) Michon, *Des tumeurs synoviales de la partie inférieure de l'avant-bras, etc.* Thèse, *Concours de clinique chirurgicale*, p. 156.

(2) Legouest, *Des kystes synoviaux du poignet et de la main.* Thèse, *Concours pour l'agrégation*, Paris, 1867, p. 129.

(3) Chassaignac, *loc. cit.*, p. 179.

(4) Gosselin, *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité*, t. II, p. 592.

492. Moye. Contributions à l'étude du retour des battements dans les anévrysmes poplités et de l'extrémité inférieure de la fémorale après la ligature de cette artère.

493. Lévy. Essai sur l'action physiologique et thérapeutique du bromure de lithium.

494. Weill. Du croton-chloral hydraté, ses propriétés, son emploi.

495. Bergeron. Le chloroforme dans la chirurgie des enfants.

496. Gontier. Du traitement du tétanos traumatique par l'hydrate de chloral.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Académie des sciences. — Prix Montyon (physiologie expérimentale). — Feu M. de Montyon ayant offert une somme à l'Académie des sciences, avec l'intention que le revenu en fût affecté à un prix de physiologie expérimentale à décerner chaque année, et le gouvernement ayant autorisé cette fondation par une ordonnance en date du 22 juillet 1818.

L'Académie annonce qu'elle adjugera une médaille d'or de la valeur de *sept cent soixante-quatre francs* à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Prix Montyon (arts insalubres). — Conformément au testament de feu M. Auget de Montyon, et aux ordonnances du 29 juillet 1821, du 2 juin 1825 et du 23 août 1829, il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui seront jugés les plus utiles à *l'art de guérir*, et à ceux qui auront trouvé les *moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre.*

L'Académie a jugé nécessaire de faire remarquer que les prix dont il s'agit ont expressément pour objet des découvertes et inventions propres à perfectionner la médecine ou la chirurgie, ou qui diminueraient les dangers des diverses professions ou arts mécaniques.

Les pièces admises au concours n'auront droit au prix qu'autant qu'elles contiendront une *découverte parfaitement déterminée.*

Si la pièce a été produite par l'auteur, il devra indiquer la partie de son travail où cette découverte se trouve exprimée : dans tous les cas, la commission chargée de l'examen du concours fera connaître que c'est à la découverte dont il s'agit que le prix est donné.

Les sommes qui seront mises à la disposition des auteurs des découvertes ou des ouvrages couronnés ne peuvent être indiquées d'avance avec précision, parce que le nombre des prix n'est pas déterminé ; mais la libéralité du fondateur a donné à l'Académie les moyens d'élever ces prix à une valeur considérable, en sorte que les auteurs soient dédommagés des expériences ou recherches dispendieuses qu'ils auraient entreprises, et reçoivent des récompenses proportionnées aux services qu'ils auraient rendus, soit en prévenant ou diminuant beaucoup l'insalubrité de certaines professions, soit en perfectionnant les sciences médicales.

Conformément à l'ordonnance du 23 août 1829, outre les prix annoncés ci-dessus, il sera décerné des prix aux meilleurs résultats des recherches entreprises sur les questions proposées par l'Académie, conformément aux vues du fondateur.

Les ouvrages ou mémoires présentés au concours doivent être envoyés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin de chaque année.

— Par décret en date du 25 janvier 1875, M. Rey, médecin de 1re classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal (2e tour, choix).

— *Erratum.* — C'est M. le docteur Tachard, médecin-major à Toulouse, et non M. le docteur Haehard, à Toulon, qui a présenté à la Société de chirurgie un siphon aspirateur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des péritonites circonscrites de la partie supérieure de l'abdomen, par le docteur Foix. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'angine superficielle scrofuleuse chronique, par le docteur Lemaistre. In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, 7, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 — Un an. 30 —

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance solennelle de l'Académie de médecine tend à devenir chaque année plus tardive; et ce n'est pas un bien, car les mois d'hiver sont ainsi perdus pour la discussion des grands problèmes médicaux. Or, à Paris, l'hiver est par excellence le moment de l'activité scientifique et de la dépense intellectuelle. C'est alors que le plus grand nombre de membres viennent se presser aux séances, pleins de zèle et tout disposés à renouveler, à la tribune, si l'occasion s'en présentait, ces belles joutes oratoires qui ont si puissamment contribué à établir l'autorité et le renom de notre Académie. Mais ils ne peuvent qu'assister, s'ils en ont la patience, à un genre de lectures qu'en général on entend fort peu, s'il arrive qu'on les écoute.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC.

De la balano-posthite et du phimosis symptomatiques des chancres infectants (1).

(Leçon recueillie par M. CHEVALIER, interne du service.)

VI

3e CATÉGORIE. — *Balano-posthites et phimosis symptomatiques des chancres infectants de la couronne, de la rainure et du reflet préputial.*

Nous avons vu que, dans les cas de la première catégorie, le phimosis constitue surtout la complication des chancres du filet, du limbe et du méat. Dans les chancres infectants balano-préputiaux, c'est au contraire la balano-posthite qui prédomine. Il semble que l'irritation inflammatoire se fait plus facilement d'arrière en avant que dans le sens opposé. Mais une des principales causes de la balano-posthite en pareil cas, c'est le contact incessant et forcé des deux muqueuses avec les produits morbides plus ou moins irritants qui découlent des érosions et des ulcérations chancreuses. Il faut tenir compte aussi de l'entrave que la présence de ces masses indurées au point de jonction du gland et du corps caverneux apporte dans la circulation sanguine et lymphatique.

Quoi qu'il en soit, la balano-posthite dépend avant tout de ce qu'on pourrait appeler le *tempérament* des chancres infectants. Or rien n'est plus variable que le tempérament de ces chancres. Les uns resteront indolents et comme inertes depuis leur début jusqu'à leur terminaison, sans provoquer autour d'eux la moindre réaction locale un peu vive. Ils subiront même la phase de régression ou de gangrène en masse, sans que ces deux processus sortent de la masse indurée, pour rayonner à sa périphérie. D'autres, plus aigus, montreront dès leur naissance une tendance plus marquée à l'irritabilité, et l'on verra peu à peu se développer et grandir autour d'eux une zone d'inflammation qui pourra parcourir tous les degrés d'intensité, depuis les plus faibles jusqu'aux plus violents.

Qu'arrive-t-il alors chez les individus dont le prépuce est long? C'est que cet organe se tuméfie, s'infiltre, se déplisse imparfaitement et finit par s'immobiliser sur les parties sous-jacentes. L'orifice préputial se rétrécit et devient insuffisant; mais s'il n'existe pas des chancres au limbe, le phimosis peut rester fort incomplet. Quant à la balano-posthite, elle est de règle. Elle se révèle par un flux de pus plus ou moins copieux, qui se mêle aux produits séro-gommeux du chancre et leur succède.

Il est rare que les accidents de la balano-posthite surviennent brusquement, comme dans les cas de chancres mous. Ils sont progressifs et ne surprennent point, en général, ceux qui peuvent suivre jour par jour leur développement.

Ils se concentrent autour de la rainure et irradient de là en avant et en arrière. Dans cette dernière direction, ils peuvent envahir toute la verge et se propager jusqu'au pubis et aux aines.

En voici un exemple :

En juillet 1873, un monsieur âgé de trente-huit ans, vigoureux et d'une bonne santé habituelle vint me consulter pour des accidents graves qu'il avait aux parties génitales depuis un mois environ. Ce malade, qui n'avait vu d'autre femme que sa maîtresse, s'aperçut un jour, dans le sillon balano-préputial d'une petite papule presque insignifiante, qui grandit peu à peu, devint humide et finit par s'ulcérer. C'est à ce moment qu'une inflammation vive envahit le prépuce. Cinq à six jours après, il existait un phimosis à peu près complet.

L'inflammation, au bout d'une semaine, atteignit des proportions effrayantes; elle gagna la verge, le pubis et l'aine

(1) Suite. — Voir les numéros des 26-29 novembre 1874, 7 et 28 janvier 1875.

gauche, où elle forma une tumeur diffuse, mais circonscrite, très-dure, d'un rouge sombre, constituée par une suffusion de lymphe plastique dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Quand je vis le malade pour la première fois, le phimosis avait déjà un peu diminué. En refoulant le prépuce en arrière, on pouvait découvrir une portion du gland, et l'on apercevait à gauche, au fond du sillon, une excavation énorme remplie des détritus du sphacèle, qui avait détruit la partie centrale de l'induration. Ce n'était plus alors qu'une coque élastique. Tout le reflet préputial était induré en masse, immobile sur le sillon et presque aussi dur que la coque cartilagineuse du chancre.

Quoique les phénomènes inflammatoires fussent peu prononcés dans l'aine gauche, la vaste suffusion plastique qui s'y était faite se ramollit sur deux points. J'ouvris le premier, il en sortit un pus grisâtre et sanieux; deux ou trois jours après, j'ouvris aussi le second. Mais tandis que le premier se cicatrisait très-rapidement, le dernier se convertit en une grande excavation gangréneuse, qui se prolongeait depuis le milieu du pli inguinal jusqu'au pubis. Les parois de cette excavation étaient tapissées de lambeaux du tissu cellulaire sphacelé. La peau qui l'entourait était comme hypertrophiée et d'un rouge sombre. De ce foyer sortait une quantité considérable de sérosité grisâtre, mêlée à des détritus gangréneux, etc... Ces lésions locales si graves guérirent rapidement. Quant aux accidents syphilitiques généraux, ils survinrent après une très-courte incubation et furent fort sérieux.

Ainsi, messieurs, il s'est produit dans ce cas un gros chancre infectant balano-préputial, qui est devenu gangréneux et a provoqué autour de lui une inflammation spéciale, laquelle s'est étendue depuis le limbe jusqu'au pubis et aux aines.

Cette inflammation, dont il importe que vous connaissiez bien le processus, occupait la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Elle était caractérisée par ses phénomènes ordinaires et surtout par l'infiltration plastique, qui constitue l'œdème dur, symptomatique des chancres infectants.

Or cette infiltration plastique du tissu conjonctif est, à cette période, de même nature que l'hyperplasie du chancre induré. Elle n'en diffère que par la diffusion de ses produits; mais elle est susceptible de subir la même phase de résolution simple, de régression moléculaire phagédénique, ou de gangrène en masse.

C'est cette aptitude qui explique les destructions étendues de la peau du prépuce et de la peau du fourreau, qu'on observe quelquefois dans les cas de chancres balano-préputiaux compliqués de balano-posthite avec ou sans phimosis.

Supposez que, dans le cas précédent, la fonte gangréneuse, au lieu de se fixer à l'aine, se fût effectuée sur le prépuce et sur le fourreau; vous auriez eu une variété de balanoposthite gangréneuse qui est tout à fait propre au chancre infectant.

Ici, en effet, la compression ne joue qu'un rôle accessoire dans la pathogénie des accidents. Les éléments plastiques de nouvelle formation semblent doués d'une vitalité trop grande, et que sa surabondance même condamne à une existence éphémère et à une fin prématurée. C'est donc dans les excès de la prolifération plutôt que dans des circonstances extérieures ou dans l'intensité des phénomènes de l'inflammation commune qu'il faut chercher la cause de la régression destructive que subissent certains chancres infectants, et leurs balano-posthites consécutives. C'est une destruction moléculaire, une fonte de tissus plutôt qu'une gangrène. Cela est si vrai, que parfois l'odeur gangréneuse fait défaut, et qu'on ne voit survenir aucun des phénomènes généraux qui accompagnent d'ordinaire les processus aigus de cette nature.

(*A suivre.*)

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. VALETTE.

Des accidents liés à la migration imparfaite du testicule (1).

Les faits de cette nature étaient inexplicables à l'époque où la physiologie des phénomènes réflexes n'était pas connue; aujourd'hui nous pouvons nous en rendre compte et saisir la filiation des symptômes :

1° Irritation, excitation des nerfs testiculaires par suite du déplacement et de la compression de l'organe;

2° Transmission de l'impression à la moelle qui réagit sur l'intestin par l'intermédiaire des filets du nerf grand sympathique;

3° Action paralysante de ce dernier sur les fibres musculaires de l'intestin, aussi bien que sur ses vaisseaux, d'où arrêt des matières alimentaires, phénomènes d'étranglement, congestion, etc., etc.; et si les choses durent assez longtemps, possibilité du développement d'une phlegmasie.

Je pourrais rapporter, à l'appui de l'interprétation que je viens de donner, une observation qui, sous certains rapports, présente quelque analogie avec celle de notre malade, et dont quelques-uns d'entre vous peuvent se souvenir. Il s'agit d'une femme qui fut portée à la clinique dans le courant de janvier de l'année dernière. Elle présentait tous les signes d'un étranglement intestinal, et je fus appelé auprès d'elle dans la journée pour pratiquer la kélotomie. Je diagnostiquai non une hernie, mais un abcès développé dans l'épaisseur d'un ganglion inguinal. L'ouverture de la tumeur donna issue à une assez grande quantité de pus, et les symptômes d'étranglement disparurent comme par enchantement. S'il y avait eu chez cette malade propagation de l'inflammation au péritoine, les phénomènes eussent-ils disparu avec cette rapidité, et n'était-ce pas là encore un exemple de pseudo-étranglement placé sous la dépendance de l'action réflexe de la moelle épinière?

Je reviens à mon malade; quelle était la conduite à suivre pour empêcher le retour des accidents? La première idée qui venait à l'esprit était de maintenir le testicule dans le scrotum au moyen d'un bandage; j'ai été, vous le savez, obligé d'y renoncer; vous vous rappelez, d'ailleurs, qu'une première tentative dans ce sens avait complétement échoué.

Rosenmerckel a, dans un cas analogue, tenté de creuser une cavité dans le scrotum, d'y ramener le testicule et de l'y fixer au moyen d'incisions et de points de suture convenablement combinés. Cette opération a été suivie d'insuccès, et Curling la rejette catégoriquement : « Cette opération, dit-il, n'est pas de celles que je serais disposé à pratiquer. » Le traité de l'auteur anglais renferme trois faits analogues au nôtre, et dans lesquels la castration fut pratiquée.

Dans le premier cas, le testicule se trouvait dans une poche isolée, sans communication avec le péritoine : il fut enlevé par Hamilton (de Dublin); les suites de l'opération furent très-simples et la guérison radicale. Dans le second cas, opéré par Polly, la séreuse testiculaire communiquait avec le péritoine. Le malade guérit, mais non sans avoir couru de grands dangers; car on eut à combattre une péritonite. Le troisième fait

(1) Fin. — Voir le numéro du 2 février.

a été consigné par M. le professeur Gosselin, dans les savantes notes dont il a enrichi le traité de Curling (1). Il s'agit d'un malade qui vint réclamer la castration à Blandin, afin de mettre un terme à des accidents répétés qu'occasionnait la position anormale du testicule. Ce chirurgien refusa tout d'abord de se rendre à ce désir, et fit porter un bandage dans le but de maintenir la glande dans une position convenable. L'appareil fut mal supporté ; il n'empêcha ni le retour des accidents, ni la formation d'une hernie qui vint encore compliquer la situation. Après des péripéties diverses, Blandin se décida à enlever le testicule ; les suites de l'opération furent très-simples : la séreuse testiculaire ne communiquait pas avec le sac herniaire.

Ces trois faits sont les seuls que je connaisse, et j'ai fait, pour en découvrir d'autres, d'assez nombreuses recherches dans les principaux recueils publiés en France depuis une trentaine d'années. Ceci prouve que le cas est rare.

Quoi qu'il en soit, j'ai été très-heureux de trouver des précédents pour me guider dans le choix du traitement. Vous voyez que, dans les trois cas, on a été obligé d'enlever le testicule.

L'observation de Blandin est surtout très-instructive, car ce chirurgien ne s'est décidé à opérer que lorsqu'il y a été en quelque sorte forcé par le retour des accidents. J'ai longtemps réfléchi moi-même avant de m'arrêter à l'opération ; je n'ai pas manqué de m'adresser les objections qui se présentent naturellement à l'esprit ; je me suis demandé s'il était permis d'enlever un organe aussi important que le testicule, lorsqu'il ne présente pas une altération qui, par elle-même, justifie cette ablation. Les faits que je viens de vous raconter brièvement m'autorisaient déjà à le faire ; car non-seulement cette amputation a été pratiquée par des chirurgiens d'une grande autorité, mais leur conduite a été approuvée, et je n'ai trouvé nulle part la moindre critique à cet égard. Chez notre malade, le testicule était sain, cela est vrai, mais il était pour la santé générale une menace continuelle. Les accidents ont offert une intensité telle que ceux qui l'ont observé ont pensé que ce malade allait promptement succomber, et moi-même j'ai porté le pronostic le plus grave. Or il est à remarquer que les crises ont une durée et une intensité de plus en plus grandes. N'était-il pas à craindre qu'une nouvelle attaque ne fût suivie d'une issue funeste ? En outre, l'ectopie testiculaire était pour le malade une cause de souffrances incessantes et de fatigues non interrompues. Ces raisons, à mon sens, étaient suffisantes pour justifier l'opération. Il est bon d'ajouter que, dans les cas de ce genre, bien que le testicule présente de bonnes apparences et semble sain, il a cependant subi le plus ordinairement, dans sa structure, des modifications assez profondes pour être devenu impropre à remplir ses fonctions. Ceci est une remarque de Curling : « Autant, dit cet auteur, que l'on en peut juger par les dissections, on trouve bien plus souvent le testicule incomplet et atrophié lorsqu'il s'est arrêté dans le canal inguinal que lorsqu'il est resté dans l'abdomen ; et un tel résultat ne doit pas surprendre. Quand le testicule est dans le ventre, rien ne peut nuire à ses fonctions. » (P. 32.) Goubaux et Godard vont encore plus loin que Curling. Ils considèrent toute situation anormale du testicule comme très-compromettante pour l'exercice de la fonction. Je dirai dans un instant ce que l'examen de l'organe a révélé.

Une autre objection se présentait ; la castration expose à des accidents plus ou moins sérieux, comme, du reste, toutes les opérations un peu importantes ; mais dans ce cas particulier, les dangers ne pouvaient-ils pas être bien plus grands que dans les opérations de castration ordinaire ? La séreuse testiculaire communique souvent avec la cavité péritonéale. C'est un fait que l'on s'explique facilement. Le testicule franchit le canal beaucoup plus tard, et la communication peut ne pas se refermer. Pour pratiquer l'opération, on est obligé de faire une plaie pénétrante de l'abdomen ; c'est là une cause de dangers sérieux, et, de fait, le malade de Polly, qui présentait cette disposition, a été pris de péritonite. Je vous ai dit que cette objection ne pouvait m'émouvoir, par la raison que mon procédé de castration par la pince caustique me permet précisément d'éviter ce danger. Le péritoine est sectionné, mais la cavité péritonéale n'est pas ouverte. Pour peu que vous vouliez accorder une minute de réflexion à cette proposition, vous reconnaîtrez qu'elle est exacte. La cavité péritonéale et la cavité vaginale communiquent, je le suppose, ou, en d'autres termes, la cavité vaginale n'est qu'un diverticulum de la cavité péritonéale ; il est clair que, si vous coupez simplement ce diverticulum avec un bistouri, vous ouvrirez la cavité et vous ferez une plaie pénétrante ; mais en saisissant ce diverticulum entre les branches de ma pince, vous fermez la cavité. Coupez au devant des pinces, le péritoine est mécaniquement fermé ; mais, à ce moment même, commence ce travail adhésif que je vous ai souvent décrit, et lorsque l'escarre tombe, la cavité est oblitérée par derrière, par la raison que le travail qui amène l'élimination de l'escarre produit aussi et assure les adhérences. Je n'avais donc aucune inquiétude sous ce rapport ; vous avez suivi le malade, et vous avez pu contrôler l'exactitude des détails que je rappelle en ce moment.

27 février. — Le malade ayant été éthérisé, je pratique l'opération. Je dois dire que celle-ci était vivement désirée par le patient ; il avait, passez-moi l'expression, le sentiment de sa situation, et il comprenait très-bien que le testicule était la cause des souffrances qu'il ressentait fréquemment et des dangers auxquels il se savait exposé.

Une incision longitudinale est pratiquée sur les téguments, et une dissection rapide me permet de dégager l'organe et son cordon. A ce moment, j'ai constaté, en faisant voyager le testicule dans la poche séreuse que j'avais eu soin de ménager, qu'il y avait communication entre le péritoine et la tunique vaginale. Cette démonstration, que je tenais à vous faire, a constitué le temps le plus long de l'opération. Lorsque le pédicule a été saisi entre les branches de la pince caustique, il a suffi de promener la lame d'un bistouri au devant d'elles ; tout ce qui devait être enlevé a été incisé d'un seul coup ; je n'ai pas eu à faire une seule ligature.

Les suites de l'opération ont été d'une bénignité remarquable ; le pouls n'a jamais eu plus de 78, et le thermomètre n'a jamais accusé une élévation sensible de température. Les pinces ont été enlevées le 3 mars ; le 19, la cicatrisation de la plaie était achevée. J'ai gardé ce malade dans la salle le plus longtemps possible afin de pouvoir l'observer. Il n'éprouve plus aucune gêne ni aucun des malaises qu'il ressentait autrefois presque constamment ; il est dans un état de bien-être qu'il ne connaissait pas, et, pour me servir de l'expression qu'il emploie, et qu'il ne faudrait pas malicieusement interpréter, il ne se sent plus le même homme.

Le testicule enlevé a été examiné avec le plus grand soin. A l'œil nu, on ne constate rien d'anormal, ni sous le rapport du volume ni sous celui de la texture. L'examen histologique a été fait par M. Christot, chef de clinique ; une goutte de

(1) Curling, *Traité des maladies du testicule*, p. 59 Paris, 1857.

sperme, recueillie à l'extrémité du canal déférent, présente des spermatozoïdes en petit nombre et parfaitement immobiles. Ils ne reprennent pas leurs mouvements sous l'action d'une solution de carbonate de potasse, ce qui fait supposer que leur immobilité est déjà ancienne. Quelques-uns ont leur extrémité effilée contournée sur elle-même. Des coupes faites sur le testicule, durci par l'acide picrique, nous ont permis de constater l'intégrité du parenchyme de la glande. Les cellules centrales des canaux séminifères sont toutefois plus granuleuses que de coutume.

Le fait intéressant que vous venez d'observer, et les considérations que je viens de vous présenter, m'autorisent, je crois, à formuler les conclusions suivantes :

1° La migration imparfaite du testicule, ou l'ectopie testiculaire, peut, alors même que l'organe n'est plus engagé dans le canal, et alors qu'il n'est pas le siége d'une lésion phlegmasique ou autre, devenir la cause d'accidents graves et qui mettent la vie en danger ;

2° Ces accidents sont dus à un pseudo-étranglement, placé sous la dépendance du pouvoir réflexe de la moelle épinière ;

3° Dans les cas de ce genre, on est autorisé à pratiquer la castration ; à moins que l'on puisse maintenir, au moyen d'un bandage, le testicule dans une position convenable ;

4° Cette opération n'offre pas, en général, une grande gravité, mais elle peut être la source de dangers sérieux, si la communication entre la cavité péritonéale et la tunique vaginale persiste ;

5° Cette opération est rendue infiniment plus simple, et les dangers éventuels que je viens de signaler sont écartés par l'application de mon procédé de castration par les pinces caustiques.

Un dernier mot avant de terminer.

Du moment que l'indication de faire l'ablation du testicule existait, n'eût-il pas été préférable de faire cette opération de suite, et de ne pas laisser le malade exposé aux chances de mort qu'il a courues pendant deux jours : n'était-ce pas là le meilleur moyen de faire cesser les accidents de pseudo-étranglement qui auraient très-bien pu amener une catastrophe ?

Je suis aujourd'hui entièrement de cet avis.

Si un cas semblable se présentait, je serais moins temporisateur ; mais, comme justification de la conduite suivie, je vous ferai remarquer que j'ignorais que le malade eût déjà présenté, à d'autres époques, ces accidents sérieux.

Son état était tellement grave qu'il n'a pu nous donner aucun renseignement sur les antécédents ; nous n'avons pu obtenir des détails sur les commémoratifs que lorsque la crise a été dissipée.

Je ne savais rien des tentatives qui avaient été faites inutilement pour maintenir le testicule dans le scrotum, et j'ai dû essayer d'abord de remplir cette indication ; enfin j'ai été surpris par un fait rare, insolite ; c'est précisément ce qui donne à cette observation un si grand intérêt.

Je vous engage donc à la rédiger avec soin, et si vous voulez bien rapprocher ce fait de ceux que j'ai pu recueillir dans les auteurs et que je vous ai fait connaître, vous serez en mesure, le cas échéant, d'éviter les hésitations qui n'ont eu heureusement dans ce cas aucune influence sur le résultat définitif.

HOPITAL DE HAM. — M. SURMAY.

Hernie entéro-épiploïque étranglée depuis huit jours. — Opération. — Intestin largement gangrené. — Anus contre nature. — Guérison au bout de six mois, après avivement et suture des bords de l'orifice anormal (1).

Messieurs, le fait dont je viens vous prier de vouloir bien entendre la communication ne vous présentera rien de nouveau, ni même de particulièrement curieux dans son genre, mais il n'est pas commun, et il fait honneur à l'art. A ce double titre, il m'a paru mériter d'être enregistré, et c'est pourquoi je me suis résolu à vous en offrir l'exposé.

Le 30 novembre 1873, dans la soirée, entrait à l'hôpital de Ham le nommé D..., âgé de vingt-sept ans, employé comme valet de charrue dans une ferme située à 10 kilomètres de Ham; il avait été pris, huit jours auparavant, de tous les symptômes de l'étranglement herniaire. On avait regardé cela comme une maladie vénérienne, on ne lui avait donné aucun soin, et, finalement, on l'avait renvoyé chez ses parents, qui avaient refusé de le recevoir. C'est ainsi qu'il était venu échouer, à huit heures du soir, à la porte de l'hôpital, où l'on faisait encore quelques difficultés pour le recevoir.

Voici dans quel état je le trouvai : face profondément altérée, peau froide, pouls petit et accéléré, vomissements fécaloïdes. La bourse droite était remplie par une hernie grosse comme les deux poings et qui, depuis huit jours, n'était pas rentrée. Le malade me dit qu'il avait toujours eu cette hernie, et qu'elle n'avait jamais été maintenue par un bandage. La tumeur était uniformément ovoïde, et il n'était pas possible d'en séparer ni le cordon ni le testicule, dont je soupçonnais seulement la situation par la douleur spéciale que causait la pression sur un point de l'extrémité inférieure de la tumeur. C'était une hernie congéniale.

Il n'y avait guère de chances de pouvoir obtenir une bonne réduction par le taxis, et il n'était pas prudent d'insister sur ce mode de traitement. Aussi ce fut par acquit de conscience que je chloroformai immédiatement le malade et que j'exerçai à peine quelques pressions extrêmement mesurées sur la tumeur qui naturellement résista. Je proposai alors l'opération, et j'insistai sur l'urgence extrême qu'il y avait à la pratiquer. D... refusant absolument d'y consentir, il ne me restait qu'à tenter la ponction aspiratrice à laquelle il voulut bien se soumettre. Je pus extraire ainsi, par deux ponctions, environ deux cuillerées à soupe d'un liquide rosé à odeur intestinale, mais non gangréneuse, après quoi j'essayai encore une fois de faire rentrer la hernie. Il n'en fut rien, et je dus quitter le malade après l'avoir placé dans une position déclive du bassin à la tête, les cuisses dans la flexion, et prescrit un lavement purgatif.

Le lendemain matin, 1er décembre, D... consentit à l'opération, et je la pratiquai sur-le-champ.

Une incision d'environ 20 centimètres ouvrit un vaste sac où je trouvai au milieu d'une sérosité abondante une anse de l'intestin grêle de 12 à 15 centimètres de longueur, recouverte en partie par une masse épiploïque assez volumineuse et, en bas, par le testicule. La partie convexe et la plus saillante de l'anse intestinale présentait une plaque gangréneuse, longue de 4 à 5 centimètres et occupant environ le tiers du pourtour du tube intestinal ; l'épiploon était congestionné, mais paraissait vivant. Avec le plus grand ménagement, j'explorai du doigt l'anneau inguinal, où je ne rencontrai pas d'adhérence, et je pratiquai un léger débridement. Cela fait, j'incisai la partie gangrénée de l'intestin et les liquides intestinaux s'écoulèrent en abondance. Je plaçai une ligature sur l'épiploon hernié, et je l'excisai au ras du fil; enfin la plaie fut recouverte d'une masse de charpie.

Il ne se passa rien de particulier jusqu'au cinquième et sixième jour après l'opération, mais alors je m'aperçus que les liquides intestinaux, au lieu de sortir par l'ouverture que j'avais faite, s'échappaient entre l'intestin et l'angle externe de la plaie abdominale. L'exploration me fit découvrir, à 3 centimètres environ de l'orifice terminal de l'intestin, une ouverture longue d'au moins 3 à 4 centi-

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 30 décembre 1874.

mètres, et qui paraissait se perdre derrière l'anneau externe. Cette ouverture, conséquence d'un sphacèle qui avait échappé au premier examen, était séparée de la première par un pont de tissus sains long de 5 à 6 centimètres. C'est par elle que sortaient tous les liquides dont aucune partie ne paraissait atteindre le bout inférieur de l'intestin hernié, lequel était séparé du bout supérieur par un promontoire extrêmement volumineux. Les matières intestinales sortaient environ une heure après le repos.

Je dirai tout de suite que, dans le but de suppléer à la digestion incomplète des aliments, je ne tardai pas à faire donner chaque jour au malade deux lavements alimentaires. Ces lavements, habituellement introduits par l'anus, le furent quelquefois par le bout inférieur que je m'appliquai à maintenir dans un état suffisant de dilatation.

Vingt jours après l'opération, D... rendit, pour la première fois, par l'anus une selle composée de boules dures qu'on ne me montra pas.

Le 29 décembre, les matières continuant à sortir uniquement par l'ouverture cachée littéralement dans le fond de la plaie, j'appliquai l'entérotome sur le pont qui la séparait de l'ouverture terminale. Le même jour, on me montra une selle que le malade avait eue par l'anus ; elle était composée de matières fécales de couleur gris brunâtre, en forme de boudin marronné et gros comme les deux pouces, et d'une plus grande quantité de matière blanchâtre d'apparence gélatineuse et semblable à du frai de grenouille condensé.

Le 1er janvier l'entérotome tomba, et dès lors l'écoulement des matières se fit par un seul et large orifice bien ouvert au dehors. Mais cet orifice restait séparé de celui du bout inférieur par un éperon dont la saillie empêchait absolument toute communication de l'un avec l'autre. De plus, la muqueuse, très-boursouflée, très-rouge, formait un repli très-volumineux qui fermait de temps en temps le bout supérieur et arrêtait l'écoulement des matières; il en résultait des coliques, du ballonnement du ventre, des vomissements jusqu'à ce qu'au moyen d'une sonde j'eusse rendu l'évacuation possible. C'était lors de ces accidents, que les mouvements péristaltiques, toujours visibles d'ailleurs sur les deux bouts de l'intestin, étaient surtout énergiques.

Le 28 janvier, nouvelle selle anale composée de trois boudins longs de 4 à 5 centimètres chacun et de couleur grisâtre comme les selles des ictériques.

La rétraction des deux bouts de l'intestin sous l'anneau se fit peu à peu, mais bien plus sur le bout inférieur que sur le supérieur et l'éperon devint ainsi de plus en plus saillant, en même temps que la plaie abdominale se rétrécissait.

Le 5 février, deux mois après la kélotomie, j'appliquai l'entérotomie sur l'éperon et sur une longueur de 5 centimètres environ. Il tomba le 11 février. A la suite de cette opération, il se forma un infundibulum dans lequel la muqueuse boursouflée rentra en partie, et au fond duquel le doigt sentait l'éperon tranchant et d'une hauteur d'environ 1 centimètre et demi. Cet infundibulum, tout entier intestinal, devint de plus en plus profond, l'éperon rentra un peu vers la cavité abdominale et arriva à dépasser à peine l'orifice extrême de l'anneau inguinal. Mais les matières intestinales continuaient à sortir par l'anus accidentel, à l'exception de deux selles d'aspect normal qui se firent par le rectum, le 27 et le 28 février.

Après avoir, pendant quelques jours, essayé en vain d'un bandage compressif, j'appliquai une seconde fois l'entérotome, le 7 mars, mais sur une très-petite longueur, voulant achever d'inciser l'éperon à petits coups. Cette précaution me parut commandée par la situation de plus en plus profonde de l'éperon.

Le 17 mars, troisième entérotomie.

Le 20 mars, je constatai avec le petit doigt que l'éperon avait été incisé sur une longueur d'environ 1 centimètre au moins, et que la cloison qui séparait les deux orifices de l'intestin était située à pareille distance de l'orifice externe de l'anneau inguinal.

Le 21 mars, selle, par le rectum, abondante et tout à fait normale de couleur et de consistance. A partir de ce jour, il n'en fut plus autrement, tant que le malade restait couché; mais les matières s'écoulaient par l'ouverture accidentel quand il était levé. Aussi lui fut-il prescrit de ne pas quitter le lit.

Le 28 mars l'orifice abdominal n'avait plus que 1 centimètre à 1 centimètre et demi dans son plus grand diamètre qui était le transversal, et la muqueuse faisait au dehors une hernie de la grosseur d'une cerise. J'explorai la plaie au moyen du petit doigt, et voici ce que je constatai :

Aussitôt après avoir traversé l'orifice extérieur de la plaie abdominale, le doigt porté en dedans tombe sur la branche horizontale du pubis, qu'il suit jusqu'à l'épine de cet os, parcourant ainsi une cavité assez étroite, tapissée par une muqueuse lisse et bien lubréfiée. En ramenant le doigt en dehors vers l'orifice extérieur, on arrive à l'anneau inguinal dans lequel on pénètre aisément et l'on entre ainsi dans une cavité située plus profondément que la première et qui est comprise dans la cavité abdominale elle-même, tandis que la première était en dehors. Le doigt se trouve appliqué en bas sur l'artère iliaque externe dont il suit les battements. En continuant d'enfoncer le doigt on reconnaît que l'on est dans un bout d'intestin. Si alors on ramène le doigt vers l'extérieur, on sent une cloison par-dessus laquelle on passe, et l'on entre dans un autre bout d'intestin. Celui-ci est le bout supérieur, l'autre était le bout inférieur. La distance de la cloison à l'orifice cutané est de 4 centimètres environ, et la distance de la cloison à l'orifice externe de l'anneau inguinal est d'environ 1 centimètre. Il est certain que la membrane qui tapisse toute la cavité intermédiaire à l'orifice cutané et au canal inguinal est la muqueuse intestinale. Du reste, j'ai vu de la manière la plus manifeste les adhérences s'établir entre les parois de la plaie extérieure et la surface péritonéale de l'intestin.

Le 2 avril, afin de favoriser le rapprochement des bords de la plaie abdominale et l'oblitération de l'orifice qu'elles circonscrivaient, je me décidai à supprimer le bourrelet muqueux qui persistait à l'obstruer en faisant au dehors sa saillie déjà signalée. Pour cela, j'appliquai l'entérotome à la base de ce bourrelet.

Le 4 avril, l'instrument tomba, ayant coupé la muqueuse intestinale qui, dès lors, affleura encore l'orifice, mais ne le dépassa presque pas. Le rapprochement des bords de la plaie refoulant complétement la muqueuse, je fis maintenir ce rapprochement au moyen d'une masse de charpie placée comme un coin dans le pli de l'aine et retenu par la branche verticale d'un bandage en T.

Le 27 avril, presque cinq mois après la kélotomie, n'ayant pas obtenu de résultat satisfaisant, l'orifice dont les bords étaient très-durs, ne montrant plus aucune tendance à se rétrécir et gardant depuis longtemps les mêmes dimensions, qui étaient de 1 centimètre en tous sens, je me résolus à en demander l'oblitération définitive à l'anaplastie.

Pour cela, j'avivai les bords sur une étendue de 1 centimètre et demi à 2 centimètres, j'avivai la muqueuse elle-même sur une étendue de 6 à 8 millimètres environ, puis je fis le rapprochement des bords avivés au moyen de quatre fils d'argent qui, introduits par la peau saine d'un bord, allaient sortir par la surface avivée à une petite distance de la muqueuse et traversaient ensuite l'autre bord en sens inverse.

Le 28 avril, du liquide intestinal avait mouillé les lèvres de la plaie, les fils étaient relâchés et avaient un peu coupé les tissus, bien que ceux-ci n'eussent pas subi une tension notable, le rapprochement des bords ayant été rendu très-facile par le glissement très-libre de la peau.

Le 29 avril, des matières intestinales étaient sorties entre les lèvres de la plaie, que deux fils avaient entièrement coupées. J'appliquai alors trois épingles entortillées que j'enfonçai à 1 centimètre des bords.

Le 30, je plaçai cinq nouvelles épingles.

Le 1er mai, je constatai que trois épingles avaient coupé un bord de la plaie, laquelle était devenue au moins quadruple de ce qu'elle était avant l'avivement. Les matières continuaient de s'échapper par l'anus anormal. Je rapprochai les bords par des bandelettes de sparadrap qui recouvraient la plaie sur toute son étendue, et je maintins le tout au moyen d'une masse de charpie, ainsi que je l'avais fait avant d'avoir recours à la suture.

Le 3 et le 4 mai j'enlevai les dernières épingles. Il n'y avait pas d'adhésion, mais les bords de la plaie bourgeonnaient bien. Dès le 4, les matières intestinales avaient repris leur cours normal, et dès lors il ne s'écoula plus par l'anus accidentel, qu'une quantité extrêmement minime de liquide. Au moyen de charpie massée dans le pli de l'aine

et maintenue par un bandage approprié, la lèvre inférieure de la plaie fut rapprochée de la supérieure.

Sans ce pansement appliqué tous les jours, et tenu en place avec beaucoup de soin par le malade qui y veillait avec une grande attention, le bourgeonnement des bords de la plaie continua à se faire, ces bords s'agglutinèrent progressivement, et enfin, le 16 juin, ils étaient réunis par une cicatrice parfaite, et l'oblitération de l'anus artificiel était complète.

Je gardai encore le malade pendant un mois, pour m'assurer de la solidité de la guérison. Il sortit vers la fin de juillet après un séjour de sept mois à l'hôpital. Je l'ai rencontré dernièrement conduisant ses chevaux et fort satisfait de sa situation, qui est la suivante :

Quand l'homme est debout, on voit à la face où était la hernie opérée une tumeur légèrement saillante au-dessus de la peau, molle, allongée dans le sens transversal et s'engageant un peu dans la portion supérieure du scrotum. Cette tumeur est réductible avec gargouillement. C'est évidemment ce qui reste de l'anse intestinale herniée et qui n'a pu rentrer dans la cavité abdominale. Cela forme une poche intermédiaire aux deux bouts de l'intestin et en libre communication avec eux, comme une espèce de diverticulum. Par mesure de précaution, le malade porte un bandage muni d'une pelote concave que j'ai fait spécialement adapter à la tumeur qu'il s'agit de maintenir.

Tel est le fait qui m'a paru n'être pas indigne de l'attention de la société. Ce n'est pas autre chose qu'un nouveau cas de cure radicale de l'anus contre nature par l'entérotomie et l'anaplastie. S'il devait s'en dégager un enseignement particulier, ce serait, je crois, celui de ne pas m'imiter et de ne pas employer, comme je l'ai fait, la suture à points séparés avec des fils d'argent ; car j'incline à penser que j'eusse obtenu un succès plus facile si j'avais appliqué tout d'abord la suture entortillée ou, mieux peut-être encore, la suture enchevillée, ainsi que plusieurs de nos maîtres nous en ont donné l'exemple.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 février 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° le compte rendu *négatif* des maladies épidémiques dans le département de l'Aube pendant l'année 1874 (commission des épidémies). — 2° Des demandes en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, de nouvelles sources à Vals. — 3° Un rapport général sur les eaux de Capvern (Hautes-Pyrénées) pour l'année 1875 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un petit pli cacheté adressé à l'Académie par M. le docteur Pize, de Montélimart. (accepté.)

2° Un pli cacheté adressé par M. Venturini, pharmacien de la marine à Gorée (Sénégal) (accepté.)

3° Une lettre de M. le docteur Eyfeldel, de Saint-Pétersbourg, accompagnant l'envoi d'un *Traité de la transfusion du sang*.

4° Une lettre de M. le docteur Mazade (d'Anduze), accompagnant l'envoi de ses titres à l'appui de sa candidature à la place de correspondant.

5° Un mémoire sur l'*insomnie* pour le prix Civrieux (concours de 1875).

PRÉSENTATIONS

M. Henry Roger présente, au nom de M. Barth et en son propre nom, la 8e édition de leur *Traité pratique d'auscultation*.

M. Gubler fait hommage à l'Académie d'un travail intitulé : *Cinésialgie et myodiastasis*, extrait de son *Journal de Thérapeutique*.

M. Delpech offre, de la part de M. le docteur Édouard Burdel, un mémoire intitulé : *De la dégénérescence palustre*.

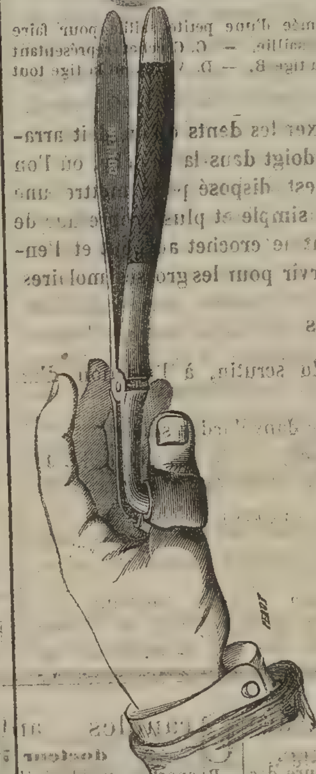
M. Noel Guéneau de Mussy fait hommage à l'Académie du tome second de sa *Clinique médicale*.

PRÉSENTATIONS D'INSTRUMENTS

M. le professeur Richet présente à l'Académie de médecine, au nom de M. le docteur Farabeuf, une *Nouvelle pince à réduire les luxations des phalanges*.

Pour réduire les plus fréquentes de ces luxations, celles du pouce, un grand nombre de procédés et d'instruments ont été proposés, mais tous les moyens employés jusqu'à ce jour se sont montrés peu efficaces dans les cas difficiles.

Les pinces à courroie, quelles qu'elles soient, prennent mal leur point d'appui, ne peuvent que tirer, et glissent généralement si l'on tire un peu fort. Elles sont absolument défectueuses au point de vue des mouvements de flexion, d'extension, de torsion, etc., qu'il faut imprimer à la partie luxée pendant la traction. Elles embarrassent, en outre, le champ de la luxation et empêchent l'aide de bien fixer le membre et de pratiquer la coaptation.



La nouvelle pince à phalanges que M. Farabeuf a fait construire par M. Collin n'est point passible des mêmes reproches. C'est un instrument très-simple, qui saisit le doigt comme une pince porte-abat-jour saisit la bougie sur laquelle elle est fixée. La concavité des mors, leurs dimensions ont été calculées de manière à embrasser parfaitement le corps des phalanges. On garnit les mâchoires de l'instrument en les emprisonnant dans un bout de fort tube en caoutchouc.

Appliquée sur le *corps* de la première phalange du pouce, par exemple, cette pince ne peut lâcher prise, même lorsqu'elle est maniée par une main peu vigoureuse. Les mouvements d'extension, de flexion, de torsion, les secousses, les tractions brusques, sont exécutés avec une grande puissance. Sur le cadavre, les ligaments, même les plus forts, sont rompus avec facilité, et cependant la peau ne présente pas trace de contusion. Pourquoi ferait-on désormais des sections sous-cutanées aveugles et aventureuses dans les luxations difficiles ?

La force de l'instrument, tel qu'il est, a paru bien suffisante, et c'est à dessein qu'il a été construit simple et léger, sans aucune des complications susceptibles de développer sa puissance outre mesure ou de modifier son mode d'action.

Grâce à MM. Trélat, Labbé et Guyon, M. Farabeuf a observé depuis peu trois luxations du pouce.

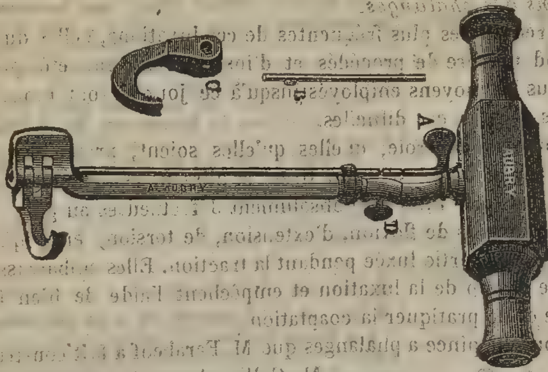
La malade de M. Trélat avait une luxation du pouce *en arrière*, contre laquelle la pince à courroie fut impuissante, mais qui néanmoins put être réduite par la coaptation simple sans instrument.

Le malade de M. Labbé était un homme âgé, atteint de luxation du pouce *en avant* depuis vingt-quatre jours. La nouvelle pince put briser les adhérences très-solides, dans tous les sens, et remettre le pouce en place sans chloroforme, assez rapidement et sans excorier la peau le moins du monde. Le malade quitta l'hôpital guéri, après avoir porté un appareil contentif une quinzaine de jours.

Enfin le malade de M. Guyon était un jeune homme ayant, depuis quarante-huit heures, une luxation complète comme, les deux précédentes, du pouce droit *en arrière*. La chloroformisation fut complète et après l'échec de manipulations méthodiques et énergiques, la réduction fut obtenue avec la nouvelle pince, M. Guyon tirant, inclinant et tordant le pouce à son gré, pendant qu'un aide fixant le métacarpien, employait ses propres pouces à la coaptation. Il fallut une force assez grande et un certain temps pour remettre la phalange en place, et la pince ne menaça pas un instant de glisser ; aucune reprise ne fut nécessaire.

Ces trois luxations se sont réduites graduellement sans produire le moindre choc, le moindre bruit, la moindre secousse.

— M. Thuau, médecin à Château-Gontier (Mayenne), présente une clef qu'il a fait construire par M. Aubry, fabricant d'instruments de chirurgie, donnant les avantages suivants :



A. Tige maintenant le crochet au panneton et armée d'une petite saillie pour faire tourner le crochet. — B. Tige munie de sa saillie. — C. Crochet représentant l'encoche dans laquelle s'engage la saillie de la tige B. — D. Vis fixant la tige tout en la laissant tourner.

1° En tournant la clef A, on peut fixer les dents qu'on doit arracher, sans être obligé de mettre le doigt dans la bouche, où l'on risquait d'être mordu ; 2° le panneton est disposé pour mettre une rondelle de caoutchouc, ce qui est plus simple et plus propre que de garnir de linge ; 3° on peut, en mettant le crochet au bout et l'encoche de la tige au dernier cran, s'en servir pour les grosses molaires.

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national.

La commission présente les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Coze (de Nancy). — En deuxième, M. Jacquez (de Lure). — En troisième, M. Berchon (de Pauillac). — En quatrième *ex æquo*, MM. Burdel (de Vierzon), Dechaux (de Montluçon), Raimbert (de Châteaudun).

Le nombre des votants étant de 72, majorité 37.

M. Coze obtient 46 voix. — M. Burdel, 8. — M. Dechaux, 8. — M. Jacquez, 7. — M. Raimbert, 2. — M. Berchon, 1.

En conséquence, M. Coze, ayant obtenu la majorité des suffrages, est nommé membre correspondant.

RAPPORTS

M. GOUBAUX lit un rapport sur le prix Portal. Un seul mémoire a été adressé à l'Académie. Il contient la description d'un monstre sternopage, avec un album de planches. Les conclusions de ce rapport doivent être lues en comité secret.

M. DEVILLIERS, au nom de la commission permanente d'hygiène de l'enfance, lit un rapport sur les mémoires adressés à cette commission pour le concours de 1874.

Les conclusions doivent être également lues en comité secret.

DISCUSSION

M. JULES GUÉRIN regrette que le bruit des conversations, couvrant la voix de M. Devilliers, l'ait empêché d'entendre la lecture du rapport. Il ne sait pas si la commission s'est suffisamment appliquée à distinguer l'allaitement artificiel de l'alimentation prématurée par toute autre chose que le lait, et à faire connaître les conditions qui rapprocheraient le plus l'allaitement artificiel de l'allaitement maternel, le meilleur de tous sans contredit.

M. DEVILLIERS exprime l'espoir qu'en lisant le rapport, quand il sera imprimé, M. Guérin y trouvera le vœu qu'il exprime, réalisé dans la limite du possible. La commission n'a pu que mettre en œuvre ces documents qui lui étaient envoyés ; mais, autant que ses documents le permettaient, elle a pris soin de distinguer les résultats d'une alimentation prématurée d'avec ceux du simple allaitement artificiel. Du reste, elle n'a pas manqué, dans la courte instruction qu'elle a fait imprimer pour la répandre dans les campagnes où se pratique le nourrissage, de bien indiquer les précautions qu'il faut prendre quand on emploie le biberon.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

— Clientèle dans Seine-et-Oise à vingt-cinq minutes de Paris. Prix 6,000 francs.— S'adresser au bureau du journal.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des complications cardiaques de la fièvre typhoïde.

Le rôle du cœur dans les affections pyrétiques aiguës, infectieuses, l'influence qu'il en reçoit et la part qu'il prend dans leur symptomatologie ou dans leur évolution, ont fait le sujet de nombreuses et importantes recherches dans ces dernières années. Ce n'est pas le cas de les rappeler ici, après l'historique qu'en a présenté tout récemment notre savant collaborateur et ami M. Bouchut, qui a pris lui-même une si large part à cette étude par ses recherches sur la myocardite et l'endocardite dans l'angine couenneuse et le croup, et par le travail beaucoup plus complet qu'il vient de consacrer à l'histoire des maladies du cœur chez les enfants, actuellement en voie de publication dans nos colonnes.

Pendant que la *Gazette* publiait la première série des leçons de notre confrère, M. Hayem, suppléant de M. le professeur Bouillaud, à la clinique de la Charité, consacrait aussi quelques leçons à l'étude des complications cardiaques de la fièvre typhoïde, à l'occasion de quelques faits de ce genre qu'il avait en ce moment dans son service. Nous croyons qu'il ne sera pas sans intérêt de présenter ici un rapide résumé des résultats principaux auxquels M. Hayem a été conduit par les recherches qu'il a faites, de son côté, sur un point qui a de nombreuses connexités avec le sujet traité par M. Bouchut.

N'ayant pu assister qu'à une des leçons seulement de M. Hayem, nous emprunterons, pour plus d'exactitude, les éléments de ce résumé à l'exposé qu'en a déjà fait M. le docteur Chouppe, chef de clinique de la Charité, dans la *Gazette hebdomadaire*.

Rappelons d'abord, en quelques mots, les faits qui ont servi de texte à ces considérations cliniques.

Le premier sujet est un jeune homme venant de la Suisse, qui avait contracté la fièvre typhoïde à son passage à Lyon. La maladie ne débuta qu'à son arrivée à Paris. Les premiers symptômes furent si bénins qu'il n'entra à l'hôpital que vers le quinzième jour. Dès le jour de son arrivée, on entendait à la pointe du cœur, et au premier temps, un souffle léger, musical, dont le maximum était parfaitement délimité. Les jours suivants, le bruit de souffle conserva les mêmes caractères, mais son maximum se déplaça peu à peu; il occupa successivement le bord droit du sternum, au niveau du quatrième espace intercostal; puis, au moment de l'entrée en convalescence, il devint plus fort à la base, se prolongeant dans les vaisseaux du cou. Cependant le bruit de souffle de la pointe persista jusqu'au jour de la sortie du malade de l'hôpital.

Un second fait est relatif à un jeune homme chez lequel un bruit de souffle à la pointe apparut au onzième jour de la maladie et disparut complétement le trentième jour, après avoir présenté les mêmes modifications que dans le cas précédent.

Voici, maintenant, d'après M. Hayem, quels sont les symptômes physiques et fonctionnels qui se rattachent aux altérations du cœur dans la dothiénentérie.

Dès le début de l'affection, dit M. Hayem, c'est-à-dire quand le malade est en pleine excitation fébrile, l'examen du cœur fait constater un choc vigoureux, mais sans aucun signe anormal; le rhythme est régulier; le pouls large, fort, légèrement dicrote vers la fin du premier septenaire.

Dans le deuxième septenaire, quand la dothiénentérie se complique de lésions du côté du cœur, on observe, comme phénomène principal, un affaiblissement des contractions de ce viscère, et souvent, vers la fin de cette période, un bruit de souffle systolique, souffle doux avec maximum à la pointe.

Mais c'est surtout pendant le troisième septenaire que les phénomènes cardiaques deviennent bien caractéristiques. Le cœur s'affaiblit de plus en plus. Le premier bruit, d'abord moins fort, finit par cesser complétement de se faire entendre. La pointe, qui soulevait faiblement l'espace intercostal, n'est bientôt plus perceptible.

Dans quelques cas, au contraire, l'impulsion cardiaque, au lieu d'être limitée à un seul point, soulève toute la région par une sorte de mouvement d'ondulation.

En même temps que l'intensité des battements, leur rhythme se modifie, le pouls est irrégulier et les faux pas assez fréquents.

Comme conséquence, le choc donné par l'artère radiale diminue. Au lieu du dicrotisme des premiers septenaires, on a une sorte de polycrotisme.

Dans ces conditions, on constate fréquemment un dédoublement du second bruit.

A cette période, quand le souffle existe, il se modifie; son maximum se déplace pour se porter vers la droite, où il reste jusqu'au moment où le souffle anémique produit par l'aglobulie vient le masquer d'abord, puis le remplacer.

Au moment où la convalescence s'établit franchement tous

ces symptômes se modifient, peu à peu le cœur recouvre sa régularité et sa force normales.

Comme conséquence de ces altérations du cœur, on observe, en même temps que les symptômes physiques, des signes fonctionnels généraux d'une grande importance au point de vue du pronostic et du traitement aux différentes périodes de la fièvre typhoïde.

Ces lésions cardiaques peuvent passer inaperçues et guérir sans qu'on en ait soupçonné l'existence, si l'on n'a pas le soin d'examiner attentivement le cœur chaque jour. Mais il arrive quelquefois qu'au début de la convalescence, au moment où tout faisait espérer une guérison définitive, prochaine, une syncope mortelle survient, sans aucun phénomène précurseur.

Dans quelques cas où la mort est moins brusque, elle est précédée de tous les phénomènes de collapsus. On constate alors une prostration considérable des forces coïncidant avec l'affaiblissement du choc précordial; le pouls devient filiforme et insensible; les yeux sont excavés, les extrémités froides et cyanosées; il survient des lipothymies fréquentes, allant quelquefois jusqu'à la syncope; la mort est la terminaison de cet état. Elle survient soit par une syncope, soit par une asphyxie lente.

La température est généralement abaissée dans ces cas et peut tomber à 1 ou 2 degrés au-dessous du degré normal.

Dans quelques cas, quand les malades ne sont pas trop affaiblis, peu à peu, à l'aide d'un traitement tonique soutenant les forces, on voit la température remonter et la maladie reprendre sa marche régulière.

Tel a été le cas d'une jeune femme du service, qui eut, vers le milieu du troisième septenaire d'une fièvre typhoïde, d'ailleurs assez légère, un accès de collapsus qui dura deux jours, pendant lesquels la température s'abaissa à 36 degrés. Cet accès se termina d'une manière favorable.

Dans quelques autres cas, enfin, la température reste plus élevée, les autres phénomènes se succédant comme précédemment. Ces collapsus avec élévation de température sont plus rapidement et plus souvent mortels que le collapsus avec abaissement.

Les altérations cardiaques constatées dans ce cas siégent dans le muscle lui-même, jamais dans les séreuses et les appareils valvulaires. Le tissu du cœur est jaunâtre, le plus souvent ramolli et friable. A l'examen histologique, les fibres musculaires sont granuleuses. On observe, en outre, une multiplication exagérée des noyaux musculaires; plus rarement, on constate la dégénérescence cireuse des muscles, soit seule, soit unie à la dégénérescence granuleuse. En même temps, le périmysium ou tissu lamineux qui entoure les fascicules secondaires que forme la réunion de plusieurs faisceaux striés ou primitifs des muscles, est le siége d'une multiplication de noyaux. Les éléments cellulaires de la tunique interne des vaisseaux prolifèrent; souvent même existe une endartérite diffuse, ordinairement limitée aux petites artères, mais s'étendant quelquefois aux artères sous-péricardiques. Dans tous les cas de mort subite ou de mort à la suite du collapsus qu'il a eu l'occasion d'observer, M. Hayem a constaté l'existence de ces altérations cardiaques. Aussi est-ce à ces lésions qu'il attribue les phénomènes qui viennent d'être décrits.

Pour M. Hayem, ces lésions cardiaques ne sont qu'une localisation particulière des altérations musculaires multiples que l'on trouve dans la fièvre typhoïde et plus généralement dans les maladies aiguës infectieuses portant une atteinte profonde à la nutrition générale.

Les complications cardiaques ont une grande importance au point de vue du pronostic général de la fièvre typhoïde. Voici, parmi les signes qu'elles fournissent, ceux dont le pronostic est le plus grave. L'affaiblissement et, plus encore, la disparition du premier bruit, surtout quand elle succède à un certain degré d'irritation, paraît à M. Hayem un signe d'une grande gravité. Il a vu, au contraire, guérir beaucoup de malades ayant présenté un bruit de souffle. Les irrégularités des pulsations sont aussi des signes fâcheux.

Le traitement des accidents cardiaques est fondé sur deux indications principales, générales ou communes à l'ensemble de l'affection elle-même et ayant toutes deux pour but de s'opposer à la dénutrition : modérer l'état fébrile, soutenir les forces du malade ; et sur une indication spéciale, qui serait de combattre les troubles cardio-vasculaires.

Au premier rang des antipyrétiques se place la digitale, qui est en même temps le meilleur moyen de combattre les phénomènes cardio-vasculaires. M. Hayem est d'avis qu'il faut commencer par des doses faibles et augmenter progressivement. La préparation qu'il préfère est l'infusion de feuilles, à la dose de 75 centigrammes, 1 gramme, 1 gr. 20, dans une potion de 250 grammes par cuillerée dans les vingt-quatre heures. Les lotions froides, aromatiques ou non, lui ont paru donner, dans certains cas, de bons résultats. (M. Hayem ne se prononce pas sur les bains froids, la question ne lui paraissant pas encore jugée). L'alcool lui paraît remplir à la fois les deux indications principales, l'alimentation dès le début venant en aide.

Enfin pour combattre la congestion pulmonaire consécutive, il a recours à l'emploi répété des ventouses sèches.

Kyste hydatique ouvert dans la cavité rachidienne.

MM. Liouville et Straus ont communiqué, dans l'une des dernières séances de la Société de biologie, un fait d'anatomie pathologique très-intéressant, qui s'est passé dans le service de clinique de M. le professeur Béhier, à l'Hôtel-Dieu.

Il s'agit d'un homme âgé de cinquante-deux ans, entré à l'hôpital en juillet dernier. Cet homme, bien portant jusque-là, avait été pris presque subitement, à cette époque, d'une paraplégie avec sensation de fourmillement dans les membres inférieurs. On hésita tout d'abord entre une hémorrhagie ou un ramollissement intra-rachidien, tout en faisant des réserves, toutefois, la cause échappant complétement et le malade n'accusant aucune souffrance intérieure. L'état du malade ne tarda pas à s'aggraver, les symptômes de compression de la moelle devinrent de plus en plus manifestes; il survint des escarres à la région du sacrum, des troubles de la miction, de la constipation et des phénomènes d'arthropathie. Bref, ce malade est mort dans le courant du mois de janvier.

L'autopsie démontra l'existence d'un kyste hydatique ouvert dans la cavité rachidienne, au niveau des neuvième et dixième vertèbres dorsales. Par suite de la présence de ce kyste, la moelle comprimée était presque complétement anémiée au-dessous du point enserré par la pachy-méningite et les vésicules hydatiques ; il en était de même des nerfs de la queue de cheval, qui étaient d'un blanc mat.

Au point comprimé, il y avait de la myélite.

Le ligament intervertébral correspondant était détruit et le corps de la vertèbre creusé de cavités dans lesquelles on voyait des hydatides.

Entre le poumon gauche et le diaphragme, on trouvait une vaste collection de vésicules arrondies de grandeurs variées, emprisonnées dans une matière gluante, visqueuse, jaunâtre,

composée de graisse et de cholestérine. Cette collection avait détruit le tissu cellulaire, les muscles, et érodé les os, en s'infiltrant en tout sens. La coexistence de plusieurs foyers hydatiques eût rendu difficile la question de savoir quel était le vrai point de départ de l'affection, si l'on n'avait pas constaté dans les parties extra-rachidiennes des lésions paraissant plus anciennes.

La rupture, probablement préparée sourdement, a dû être brusque, à en juger par la presque instantanéité des phénomènes de compression.

Ainsi que l'a rappelé M. Liouville en faisant cette communication, on trouve, dans les leçons de M. Charcot sur la compression lente de la moelle, que nous rappelions récemment, un cas semblable rapporté par Bartels. Il s'agissait d'une tumeur hydatique intra-rachidienne comprimant la moitié gauche de la partie inférieure du renflement cervical. Pendant trois mois on n'observa, pour tout symptôme, que des douleurs irradiant dans le bras, la main et l'épaule du côté gauche, et accompagnées d'un sentiment de constriction à la base du cou. Ce ne fut qu'au bout de ce temps que survinrent des fourmillements dans le pied gauche, et bientôt après les autres symptômes de compression spinale.

Éclampsie. — Effets de la saignée.

M. le docteur Bourguet (de Graissessac) nous transmet, à propos de la question en instance sur le traitement de l'éclampsie et comme élément d'appréciation, la relation des trois faits suivants qu'il a observés dans sa pratique.

1° La femme C..., âgée de trente ans environ, avait eu cinq accouchements, tous sans accidents. A la sixième grossesse (en 1867), elle a présenté de l'œdème aux malléoles dans les deux derniers mois et a vaqué comme d'habitude aux travaux de son ménage jusqu'au 10 septembre.

Dans la nuit, à deux heures, elle se lève, et balbutiant quelques mots sans suite, cherche à s'élancer par la fenêtre qu'elle vient d'ouvrir. Replacée dans son lit, elle est prise peu après d'une attaque très-violente, bientôt suivie de deux ou trois autres, après lesquelles M. Bourguet est appelé à cinq heures du matin. Il assiste à une nouvelle attaque, courte mais violente. Il prescrit une saignée de 500 grammes, qui est pratiquée par un de ses confrères.

Le soir, les attaques se reproduisant, une saignée pareille fut faite vers trois heures.

A cinq heures, on délivra la femme par le forceps, la dilatation étant suffisante L'enfant, très-développé, avait succombé pendant le travail.

Les attaques devinrent à peu près permanentes, et la mère mourut entre six et sept heures du soir.

2° Femme très-vigoureuse, âgée de vingt ans, primipare, entre le cinquième et le sixième mois de sa grossesse, prise d'accidents éclamptiques qui furent soignés par les inhalations d'éther.

D'après le confrère qui soignait la malade, les attaques cédèrent à ce moyen; l'avortement eut lieu, puis de nouvelles attaques reparurent quelques heures après la délivrance, qui résistèrent à l'anesthésique employé la veille. Appelé à neuf heures du soir auprès de la malade, M. Bourguet demanda qu'on essayât la saignée, malgré l'état de congestion très-avancé des poumons et du cerveau. Il y eut quelques instants de calme, après lesquels reparurent les attaques, et la femme succomba une ou deux heures après l'ouverture de la veine. Près d'un litre de sang en avait été obtenu.

3° R. M..., vingt et un ans, primipare, d'une excellente constitution, ayant travaillé jusqu'aux derniers jours de sa grossesse en développant d'assez grands efforts, éprouva les premières douleurs dans la matinée du 28 avril 1874. Travail régulier, d'après la sage-femme qui l'assistait; poche des eaux rompue à une heure de l'après-midi. Tout à coup, la femme déclare ne rien voir, et peu après survient la première attaque. Appelé immédiatement, l'état des organes le permettant, M. Bourguet applique le forceps sur la tête qui se présente en O. I. D. A.

Une deuxième attaque survint pendant l'extraction; une troisième après la délivrance opérée par la sage-femme un quart d'heure après la sortie du fœtus. Comptant sur la cessation naturelle des accidents, notre confrère prescrit une potion éthérée, des révulsifs à la peau et un quart de lavement salé.

A cinq heures, des attaques nouvelles ont eu lieu; elles vont en diminuant, et la dernière ne dure pas plus d'une minute.

M. Bourguet demande l'avis d'un confrère, qui pense que la saignée n'est pas urgente.

A sept heures, douzième attaque. A huit heures, seizième attaque, pouls très-développé à 120, congestion des poumons, face violacée.

Une saignée de 800 grammes est faite alors. A neuf heures, dix-neuvième attaque d'une minute à peu près; jusqu'à onze heures rien ne survient. De onze heures à minuit, trois attaques courtes, qui sont les dernières et portent le chiffre total à vingt-deux.

Le lendemain, le pouls est à 96, puis, à midi, à 88. L'intelligence reparaît un peu dans la nuit, et tout à fait le 30, c'est-à-dire quarante-huit heures après le début.

La malade a uriné involontairement à huit heures du soir, le 29. Quelques heures auparavant, M. Bourguet avait constaté avec soin l'état de la vessie, qui était absolument vide.

Il lui a paru bon de faire observer que c'est après la réapparition de l'urine que le mieux s'est affirmé.

Le 30, l'amélioration est considérable, l'intelligence complète, le pouls à 72. Dès ce jour tout se passe comme dans les cas les plus simples, et, le dixième jour, l'accouchée se lève.

Notre confrère, se demandant ce qu'on peut conclure de ces faits, pour ou contre la saignée, pour ou contre les anesthésiques, résume en ces termes l'impression que ces trois faits ont produite sur son esprit :

« Dans le premier cas, la saignée est seule employée, elle est faite largement, et la malade succombe.

Dans le second, on l'emploie trop tard, après que l'insuffisance des anesthésiques est reconnue.

Enfin, dans le troisième, elle intervient à un moment où les poumons et le cerveau sont légèrement atteints, et la femme guérit.

Sans vouloir donner les raisons scientifiques du mode d'action de ce moyen, je lui attribue, dans ce dernier fait, tout l'honneur de la guérison. J'ai suivi de très-près la malade, et ma conviction intime est qu'elle ne serait plus si je ne l'avais pas saignée.

Dans la seconde observation, je regrette de n'avoir pu la faire pratiquer quelques heures auparavant, alors que la circulation du poumon et du cerveau était moins embarrassée. La malade était dans une situation désespérée lorsque je fus mandé auprès d'elle.

Dans le premier cas, enfin, si elle n'a pas réussi, c'est que la statistique démontre qu'elle est inefficace une fois sur trois à peu près (leçons orales de M. le professeur Depaul), et qu'il s'agissait d'une malade peu vigoureuse, ayant eu à nourrir

quatre de ses enfants dans une situation voisine de la misère ; travaillant beaucoup, ayant un intérieur très-agité, conditions peu favorables, évidemment, pour la rendre apte à résister à une éclampsie.

Cette appréciation, favorable à la saignée dans l'éclampsie, ne doit pas être exclusive ; je n'ai pour but, en l'émettant, que de rendre justice à un moyen précieux, recommandé par des hommes d'une grande valeur. Je ne voudrais pas qu'on saignât seulement, et la preuve en est qu'avant la saignée j'ai employé l'éther. Je regrette de ne pas avoir, à sa place, ordonné le chloral, qui m'aurait peut-être suffi. »

M. Bourguet termine sa communication en disant qu'il se range, en tout cas, à l'opinion que nous avons émise, qui veut qu'on associe le chloral à la saignée, le cas échéant, se proposant, ajoute-t-il, de recourir, à l'occasion, à ce mode de traitement.

Dr Brochin.

DE L'UTILITÉ DU LARYNGOSCOPE

DANS QUELQUES CAS DE CORPS ÉTRANGERS DES VOIES AÉRIENNES.

Sangsues intra-laryngiennes.

La *Gazette médicale italienne* (province de Venise) a publié, dans son numéro du 28 novembre, un mémoire du docteur Gesualdo Clementi (de Caltagirone) *sur l'application du laryngoscope à la découverte et à l'enlèvement des sangsues qui pénètrent accidentellement dans le larynx.*

Ce mémoire, annoté par le professeur Vanzetti, est instructif à plus d'un titre, et nous espérons que nos lecteurs liront avec quelque intérêt la courte analyse que nous essayerons d'en donner.

Il s'agit, dans l'observation de M. Clementi, d'une femme nubile, âgée de cinquante-huit ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, et qui, le 1er août, fut prise subitement d'un accès de toux, avec crachement de sang et aphonie. Depuis ce moment jusqu'au 15 du même mois, jour de la première visite de M. Clementi, la malade eut tous les jours des accès semblables s'accompagnant d'oppression et de menace de suffocation.

M. Clementi ne trouvant pas, dans l'arrière-gorge et dans l'exploration de la poitrine, des motifs suffisants pour expliquer la nature et l'origine de ces phénomènes, eut l'idée d'examiner la cavité laryngienne avec le laryngoscope, et, grâce à cet instrument, il put constater la présence d'une sangsue (*mignatta*) dans le larynx. Cet annélide était attaché par sa ventouse orale à la partie supérieure du cartilage aryténoïde droit et, par sa ventouse anale, à la partie postérieure de la trachée, un peu au-dessous du cartilage cricoïde.

Persuadé qu'il n'y avait pas de temps à perdre, M. Clementi essaya le même jour d'extraire la sangsue avec une pince à polype ; mais les difficultés étaient grandes, on le conçoit. Cependant l'animal fut saisi à plusieurs reprises, et il eut été amené au dehors si la résistance n'avait pas été si considérable. Le lendemain, l'opérateur, secondé par un de ses confrères, fut plus heureux. Après avoir amené avec la pince à polypes la sangsue jusque dans l'arrière-gorge, l'aide saisit l'animal avec des pinces, et par des torsions répétées, il réussit à lui faire lâcher prise. Incontinent la malade recouvra la voix et l'aisance de la respiration.

M. Clementi apprit alors que la malade avait placé un paquet de laitue sur le vase qui renfermé l'eau à boire et que, probablement, la sangsue qu'elle avait avalée était tombée de l'un dans l'autre. Cette sangsue présentait, dit l'auteur, tous les caractères de la *hirudo sanguisorba* de Lamark : le dos olivâtre, le ventre noir, les anneaux peu distincts. C'est celle qui est désignée généralement en France sous le nom de *Hæmopis chevaline* de Moquin-Tandon, et qui, en effet, pénètre très-souvent dans les voies aériennes des bœufs, des chevaux et de l'homme.

Telle est, en résumé, l'intéressante observation du docteur Clementi.

Le professeur Vanzetti ne s'est pas borné à faire ressortir l'intérêt de l'observation et le mérite du chirurgien traitant; il a encadré la relation dans un récit historique complet, dont nous ne pouvons pas nous dispenser de donner l'analyse, car c'est une bonne fortune pour tous les praticiens.

La pénétration d'une sangsue dans le larynx pendant l'action du boire, dit le professeur Vanzetti, est un cas rare puisque les traités les plus récents de chirurgie en parlent à peine. Il cite à ce propos les *Éléments de chirurgie clinique* de M. le docteur Guyon (Paris 1873, page 443), où l'auteur se borne à dire : « Les sangsues qui ont franchi le pharynx, peuvent aussi s'engager dans le larynx et la trachée. Dès que l'on aurait acquis la certitude de leur présence dans les voies aériennes, il n'y aurait pas à hésiter à pratiquer immédiatement la trachéotomie. »

La critique du professeur de Padoue est juste. Il est regrettable qu'on ait passé sous silence les ressources que l'opération par les voies naturelles retire tous les jours de la laryngoscopie.

Cependant les annales de la science ne sont pas entièrement muettes sur des cas analogues à celui qui fait le sujet de cette publication.

M. Vanzetti cite l'observation de M. Lacretelle *sur une suffocation produite par la présence d'une sangsue dans le larynx d'un soldat* (*Nouvelle Bibliothèque médicale*, tome Ier, p. 281, Paris, 1828). Il cite encore Moquin-Tandon qui, dans les *Éléments de zoologie médicale*, dit que la plupart des faits rapportés par les auteurs, relatifs à des sangsues logées dans les voies digestives ou aériennes de l'homme, doivent être attribués à des *Hæmopis*, et que, lorsqu'on se trouve dans un pays (en Algérie surtout), où ces animaux sont abondants, il ne faut boire dans les sources, et surtout dans les mares, qu'avec beaucoup de précautions.

Entre autres faits semblables, M. Vanzetti cite encore le mémoire de M. le docteur Baizeau : *Des accidents produits par des sangsues avalées et de leur fréquence en Algérie* (*Abeille médicale*, 1863, p. 342), et l'observation du professeur Marcacci, intéressante assurément, puisque sans le secours du miroir laryngien, l'illustre professeur parvint à enlever la sangsue avec une pince à polypes.

Enfin M. Vanzetti constate que c'est M. le docteur Trolard qui, le premier, s'est servi du laryngoscope pour diagnostiquer la présence d'une sangsue dans la région pharyngo-laryngienne et en opérer l'extraction (*Algérie médicale*, 1870, n° 29).

Plus récemment (Morgagni, 1874), M. le docteur Massei s'est également servi du laryngoscope pour diagnostiquer la présence d'une sangsue dans la cavité laryngienne et pour l'enlever avec le plus grand soin.

La page historique que nous venons de résumer complète ce que l'observation du docteur Clementi présente d'instructif et d'utile. Le lecteur le reconnaîtra sans doute avec nous, et sans doute aussi il tirera de lui-même cette conclusion que, dans toute hémoptysie suspecte, il sera désormais indispensable d'examiner la cavité laryngienne avec le miroir et de

tenter l'extirpation des corps étrangers (sangsues et autres) par les voies naturelles avant d'avoir recours à la trachéotomie, universellement recommandée par les auteurs jusque dans ces derniers temps.

Dr Édouard FOURNIÉ.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 février 1875. — Présidence de M. LE FORT

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

Anévrysme de la carotide externe droite traitée par la compression digitale; guérison. — M. le docteur Marquez (de Lisbonne), candidat au titre de membre correspondant étranger, envoie une observation d'anévrysme de la carotide externe droite traité par la simple compression digitale.

Le traitement a duré quarante jours, et la compression a été faite pendant deux cent quatre-vingt-trois heures. La guérison a été obtenue.

Transfusion du sang. — M. le docteur Martinez (de Mexico), envoie une observation de transfusion du sang faite par le docteur Bellina. La malade, atteinte depuis longtemps d'un polype utérin et soignée par un charlatan, avait perdu une quantité considérable de sang, lorsqu'elle fut vue par M. Bellina. Le polype était alors complétement sorti de l'utérus, et la malade était presque exsangue. M. Bellina l'enleva au moyen de l'écraseur. Il estime à 6 onces la quantité de sang que la malade perdit pendant l'opération. Cela suffit pour amener une syncope grave. La pâleur était très-grande, le pouls imperceptible, la respiration lente et cessant parfois, le corps couvert de sueur froide. M. Bellina fit aussitôt la transfusion, en introduisant dans une veine du bras 300 grammes de sang défibriné et filtré provenant d'un domestique jeune et vigoureux. L'opération ne fut entravée par aucun accident, et la santé se rétablit.

VACANCE

M. LE PRÉSIDENT déclare vacante une place de membre titulaire, et rappelle aux candidats que leur demande doit, aux termes du règlement, être faite chaque fois qu'une place se présente.

RAPPORTS

M. MAGITOT fait un rapport sur un travail de M. Périer, intitulé: *Kyste hématique folliculaire de la mâchoire supérieure chez un nouveau-né.*

La société adresse des remercîments à l'auteur et renvoie le rapport et le mémoire au comité de publication.

M. DESPRÈS donne lecture d'un rapport sur un travail envoyé par M. Obedena, docteur de la Faculté de Paris et professeur à la faculté de Bucharest. Ce travail comprend trois observations de lésions testiculaires chez des enfants, que l'auteur rapporte à la syphilis constitutionnelle, se basant sur les antécédents syphilitiques des parents et des enfants et sur les lésions tégumentaires ou viscérales que ceux-ci ont présentées à l'autopsie. Mais M. Desprès ne veut y voir que des accidents causés par la scrofule, vu les mauvaises conditions hygiéniques où se trouvaient ces petits malades, enfants de bohémiens nomades, par l'infection paludéenne à laquelle ils ont en effet été sujets, et par le traitement auquel ils ont été soumis.

M. Desprès soutient cette thèse et nie, en définitive, l'existence du testicule syphilitique chez l'adulte comme chez l'enfant.

La société vote des remercîments à M. Obedena, et renvoie son mémoire et le rapport de M. Desprès au comité de publication.

M. LE DENTU rend compte de trois observations de M. Gaillard (de Parthenay), candidat au titre de correspondant national, et d'une observation de M. Gallerand (de Brest).

La première observation de M. Gaillard est relative à une blessure de la paume de la main chez un enfant. Des rondelles d'amadou imbibé de perchlorure de fer furent appliquées immédiatement et la compression établie. Ce premier pansement ayant paru avoir raison de l'hémorrhagie, M. Gaillard ne crut pas devoir le modifier; mais l'hémorrhagie se répéta neuf fois pendant les quinze jours qui suivirent, et M. Gaillard se décida à pratiquer la ligature de la radiale, guidé par ce fait que la compression de cette artère arrêtait l'écoulement du sang. Mais une nouvelle hémorrhagie se déclara. La compression intermittente fut alors établie sur la cubitale et très-bien faite par les parents. La guérison fut obtenue.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une section transversale du biceps et de l'artère humérale faite par une chute sur une faux. M. Gaillard lia l'artère au-dessus de la blessure, et le malade guérit sans hémorrhagie.

Dans la troisième observation, l'auteur relate un cas de section incomplète de la radiale, pour laquelle il fit la ligature des deux bouts. La guérison se fit rapidement sans hémorrhagie.

Les conclusions de M. Gaillard sont que le chirurgien ne doit se laisser guider pour son mode d'intervention que par les circonstances, et qu'il n'est pas toujours nécessaire de pratiquer immédiatement la ligature des deux bouts d'une artère sectionnée, opération qui peut présenter de grandes difficultés et compliquer la gravité du cas, puisqu'il est possible quelquefois d'obtenir la guérison par la ligature de l'extrémité supérieure seule et par la compression. M. le rapporteur n'est pas de son avis et pense qu'au contraire il faut lier les deux bouts, malgré les difficultés que cette ligature peut présenter, si l'on veut éviter les hémorrhagies consécutives, fréquentes dans ces sortes de blessures, et qu'on ne doit employer la compression ou la ligature éloignée que comme une dernière ressource, lorsque la première opération n'aurait pas rempli le but que se proposait le chirurgien.

Le travail de M. Gaillard, ainsi que le rapport de M. Le Dentu, est renvoyé au comité de publication.

Anévrysme de l'artère fémorale. Compression pendant deux années. Ligature de l'artère iliaque externe. — M. Gallerand a envoyé une observation intéressante d'anévrysme de l'artère fémorale qu'il a eu à traiter dans son service de l'hôpital de la marine à Brest. Le malade présentait un anévrysme, dont une partie faisait saillie au-dessous de l'artère fémorale, mais qui remontait au-dessus. Les méthodes de douceur furent d'abord employées. En premier lieu, l'appareil de Broca, puis la compression exercée par des poids au moyen d'une sorte de cachet chirurgical, surmonté d'une tige portant un plateau, où l'on plaçait des poids de 500 grammes, le tout maintenu par un cerceau qui ajoutait sa pesanteur au reste de l'appareil. Les poids furent successsivement portés au nombre de huit. Cette compression de plus de 4 kilogrammes fut assez bien supportée par le malade. M. Gallerand y joignit l'emploi des réfrigérants. Mais malgré la persistance de cette compression, qui dura *deux ans*, l'oblitération ne fut pas obtenue, et M. Gallerand se décida à faire la ligature de l'artère iliaque externe par le procédé de Marcellin Duval.

La circulation collatérale étant bien établie par suite de la compression prolongée, il ne se produisit aucun accident du côté du membre inférieur. Mais le malade mourut au bout de seize jours d'infection purulente, résultant d'une fusée qui se produisit du côté du psoas, malgré la précaution qu'avait prise M. Gallerand d'incliner le malade du côté opéré pour faciliter l'écoulement des liquides de la plaie. Il ne s'était pas produit d'abcès métastatiques.

L'auteur pense que, sans cette complication mortelle, la guérison de l'anévrysme aurait été obtenue, car à l'autopsie on trouva, au-dessus de la ligature, un caillot solide de 6 centimètres. Le sac était rempli par un liquide sanieux, composé de sang et de pus.

DISCUSSION

MM. PERRIN et PAULET demandent quelques renseignements sur la manière dont la compression a été faite.

M. LE DENTU répond que, dès la première application de la pelote de l'appareil de Broca, le malade eut une syncope due probablement à l'impression morale, plutôt qu'à la suppression brusque de la circulation dans le membre inférieur, car elle ne se renouvela pas les

autres fois, et la compression put, cet accident passé, être supportée quinze minutes la première fois. La deuxième séance eut lieu deux jours après, puis de deux en deux jours jusqu'au quinzième, où l'on dut y renoncer à cause de la douleur qu'elle causait au malade, de la rougeur qui s'y était développée et d'accidents imminents. Les autres procédés furent alors mis en usage. En résumé, la méthode employée a été la compression intermittente exercée par divers appareils.

M. TILLAUX regrette que la relation de l'autopsie soit si brève. Elle eût été intéressante, surtout au point de vue du développement des artères collatérales.

M. VERNEUIL a eu dans son service un malade atteint d'un anévrysme de l'artère axillaire, qui a guéri par la compression de l'artère sous-clavière exercée pendant six mois à l'hôpital, et que le malade a continué de faire chez lui pendant cinq à six heures tous les jours au moyen d'un petit appareil qu'il s'était fabriqué lui-même. La durée totale de la compression a été de plus d'une année, et, grâce à sa persévérance, le malade a guéri.

COMMUNICATION

Abcès de l'extrémité inférieure du tibia gauche. Trépanation. — M. DUPLAY avait amené à la dernière séance un malade, que l'heure avancée l'a empêché de présenter à la société. Il donne aujourd'hui la relation du fait qu'il a observé. Ce malade, âgé de vingt-sept ans, exerçant la profession de boulanger, entra dans le service de M. Duplay le 3 janvier 1873. Depuis dix ans, il souffrait de l'extrémité inférieure du tibia gauche. Un jour, sans cause connue, il vit un abcès se déclarer sur la face interne de la jambe. Cet abcès s'ouvrit seul, une fistule s'établit et dura quelque temps, enfin le tout se ferma sans qu'il fût sorti la moindre fragment d'os. Le même accident se renouvela vingt fois en dix ans, toujours avec les mêmes caractères, ouverture spontanée ou chirurgicale, fistule se fermant rapidement, pas de fragment osseux et jamais de phénomènes généraux. Il entre à l'hôpital pour cet abcès le 3 janvier 1873.

M. Duplay constate alors qu'il n'y a aucun point dénudé, il n'y a ni séquestre ni altération osseuse, seulement le périoste est épaissi sans fongosités, toute la partie inférieure du tibia est augmentée de volume uniformément et peu douloureux. L'articulation tibio-tarsienne est saine. Il y a un peu de gêne dans le glissement des tendons.

Le caractère de la douleur, recrudescente aux époques des abcès, mais permanente, localisée, contusive, surtout pendant la marche ou lorsque la position du pied était déclive, l'augmentation de la douleur par la fatigue, son atténuation par le repos et le sommeil, firent porter à M. Duplay le diagnostic *d'abcès de l'épiphyse inférieure du tibia.* Il parla d'opération ; mais le malade, effrayé, s'y refusa et promit de revenir si l'abcès se renouvelait. Il revint, en effet, le 14 décembre 1874, près de deux ans après. Il avait toujours éprouvé les mêmes symptômes ; ses douleurs n'avaient jamais été intolérables ; il s'arrêtait quelques jours, puis reprenait son travail. Quinze jours avant son entrée, sa jambe était devenue plus douloureuse. Un abcès se formait à la face antérieure du tibia. On sentait la fluctuation. Le tibia était douloureux, tous les symptômes étaient les mêmes. Il consentit à l'opération. Une incision cruciale fut faite sur le foyer, qui fut trouvé extra-périostique et, par conséquent, tout à fait indépendant de l'os. Puis le périoste, extraordinairement épaissi et de consistance fibreuse et très-adhérent, fut incisé et écarté, et une couronne de trépan du diamètre d'une pièce de 20 centimes fut appliquée à 7 centimètres au-dessus de l'extrémité inférieure du tibia. M. Duplay ne vit rien dans le tissu spongieux, mais il crut reconnaître quelques gouttelettes de pus sur une sonde cannelée introduite de haut en bas par l'ouverture. Il pratiqua alors une seconde trépanation deux centimètres plus bas, qui amena l'évacuation de pus phlegmoneux. Ce pus était renfermé dans une cavité tapissée par une véritable membrane pyogénique, rouge, tomenteuse, sensible au toucher, ne renfermant aucune portion d'os, et présentant des parois intactes, sans aucun point dénudé. Un tube de caoutchouc fut placé dans l'ouverture pour faciliter les injections, et la plaie recouverte d'un cataplasme. Le tube fut enlevé au bout de deux jours, les injections pouvant se faire facilement sans son intermédiaire, et la guérison se fit sans accidents en un mois. Aujourd'hui, le malade marche facilement, quoiqu'il boite encore un peu, et n'éprouve plus de douleurs.

Il existe déjà des observations d'abcès de l'extrémité inférieure du tibia dues à Baudy et à Cruveilhier ; mais dans les cas de M. Duplay les caractères étaient moins nets, les douleurs moins intenses. Son diagnostic s'est fondé sur la longue persistance du mal, et le nombre des abcès, sans apparence de carie ni de séquestre. C'était une ostéite suppurée.

Son but en publiant cette observation a été d'attirer l'attention sur l'utilité, dans certains cas, de la trépanation osseuse que l'on redoute trop d'habitude, et qui, non-seulement est bien souvent inoffensive, mais encore peut quelquefois sauver un membre. M. Duplay a vu lui-même, il y a six ans, un cas d'abcès épiphysaire du tibia, qu'il prit pour une ostéite compliquée d'arthrite tibio-tarsienne. Il fit l'amputation et reconnut, à l'autopsie du membre, que c'était un abcès de l'épiphyse. Ces abcès sont peut-être plus fréquents qu'on ne le croit, et l'on pourrait espérer de sauver un membre en pratiquant sans grand danger la trépanation.

DISCUSSION

M. DUBRUEIL a fait la trépanation pour un cas semblable. Il a observé que le pus renfermé dans la cavité osseuse était soulevé par les battements des artères nombreuses des bourgeons charnus.

M. DUPLAY n'a pas observé ce fait.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 3 février 1875, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Au grade d'officier : MM. Trudeau, médecin de 1re classe, à Saumur, chevalier du 7 août 1859 ; trente-huit ans de services, douze campagnes. — Ropert, médecin-major de 1re classe, au 54e régiment de ligne, chevalier du 25 juin 1859 ; trente-trois ans de services, seize campagnes. — Bédié, médecin-major de 1re classe au 4e régiment du train des équipages, chevalier du 14 mars 1864 ; trente-deux ans de services, six campagnes.

Au grade de chevalier : MM. Longuet, médecin-major de 2e classe au 38e régiment d'artillerie ; seize ans de services, quatre campagnes. — Vanmeris, médecin-major de 2e classe au 4e bataillon de chasseurs ; quinze ans de services, sept campagnes. — Lambert, médecin-major de 2e classe au 13e régiment de chasseurs ; dix-neuf ans de services, sept campagnes. — Schauenffelé, pharmacien-major de 2e classe, aux hôpitaux de la division d'Alger ; dix-huit ans de services, neuf campagnes.

— Par décret en date du 4 février 1875, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Leblanc, médecin de l'hospice de Fontainebleau ; chirurgien militaire, en 1814, à Erfurth ; employé au Val-de-Grâce, puis médecin des grenadiers à cheval de la garde royale en 1817 ; médecin de l'hospice de Fontainebleau depuis 1824 ; cinquante ans de service. Chevalier depuis 1850.

Au grade de chevalier : M. le docteur Reveilhe, médecin en chef des hospices de Nîmes ; cinquante ans de services publics. A obtenu deux médailles d'or ; s'est distingué pendant la guerre. — M. le docteur Delarue, médecin à Paris, vingt-quatre ans de services comme chirurgien-major de la garde nationale. A dirigé plusieurs ambulances pendant le siége ; nombreux services gratuits. — M. le docteur Compbalat, médecin en chef des hôpitaux de Marseille ; vingt-trois ans de services ; plusieurs fois médaillé pour son dévouement pendant les épidémies cholériques ; professeur à l'École de médecine. — M. le docteur Lampérière, médecin à Conches, médecin de l'hospice et de la compagnie des chemins de fer de l'Ouest, membre du conseil municipal. Soins dévoués aux militaires blessés ; plus de trente ans de services. — M. le docteur Bruté, médecin à Rennes ; médecin des prisons de Rennes depuis treize ans, et pendant quinze ans du dépôt

de mendicité et du bureau de bienfaisance; chargé du service de quatre ambulances pendant la guerre. Services exceptionnels.

— *Académie des sciences.* — *Prix Trémont.* — Par son testament en date du 5 mai 1847, M. Trémont a légué à l'Académie des sciences une somme *annuelle de onze cents francs* pour aider dans ses travaux tout savant, ingénieur, artiste ou mécanicien, auquel une assistance sera nécessaire pour atteindre un but utile et glorieux pour la France.

Un décret en date du 8 septembre 1856 a autorisé l'Académie à accepter cette fondation.

En conséquence, l'Académie annonce que, dans sa séance publique de 1876, elle accordera la somme provenant du legs Trémont, à titre d'encouragement, à tout « savant, ingénieur, artiste ou mécanicien » qui, se trouvant dans les conditions indiquées, aura présenté, dans le courant de l'année, une découverte ou un perfectionnement paraissant répondre le mieux aux intentions du fondateur.

Prix Gegner. — Feu M. Jean-Louis Gegner, par testament en date du 12 mai 1868, a légué à l'Académie des sciences « un nombre d'obligations suffisant pour former le capital d'un revenu de *quatre mille francs*, destiné à soutenir un savant pauvre qui se sera signalé par des travaux sérieux, et qui dès lors pourra continuer plus fructueusement ses recherches en faveur des progrès des sciences positives ».

L'Académie des sciences a été autorisée, par décret en date du 2 octobre 1869, à accepter cette fondation.

Prix Cuvier. — La commission des souscripteurs pour la statue de Georges Cuvier ayant offert à l'Académie une somme résultant des fonds de la souscription restés libres, avec l'intention que le produit en fût affecté à un prix qui porterait le nom de *prix Cuvier*, et qui serait décerné *tous les trois ans* à l'ouvrage le plus remarquable, soit sur le règne animal, soit sur la géologie et le gouvernement, ayant autorisé cette fondation par une ordonnance en date du 9 août 1839.

L'Académie annonce qu'elle décernera, dans la séance publique de 1876, le prix Cuvier à l'ouvrage qui sera jugé le plus remarquable entre tous ceux qui auront paru depuis le 1er janvier 1873 jusqu'au 31 décembre 1875, soit sur le règne animal, soit sur la géologie.

Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *quinze cents francs*.

Prix Delalande-Guérineau. — Par un testament en date du 17 août 1872, Mme Ve Delalande-Guérineau a légué à l'Académie des sciences une somme de *vingt mille francs*, réduite à *dix mille cinq francs*, pour la fondation d'un prix à décerner *tous les deux ans « au voyageur français ou au savant qui, l'un ou l'autre, aura rendu le plus de services à la France ou à la science »*.

Un décret en date du 25 octobre 1873 a autorisé l'Académie à accepter ce legs. Elle décernera, en conséquence, le prix Delalande-Guérineau dans la séance publique de l'année 1876.

Les pièces de concours devront être déposées au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin de l'année 1876.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 10 février, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° rapport sur la candidature de M. Duvernet. — 2° statistique des bureaux de bienfaisance pendant le 4e semestre de 1874.

— M. le docteur Tripier fera le lundi 8 février et les lundis suivants à midi et demi, à la clinique de M. le docteur Mallez, rue Christine, n° 3, des conférences sur les applications des courants continus et discontinus, au traitement des troubles nerveux des fonctions génitales. (Impuissance, spermatorrhée.)

— On demande à acheter tout ou partie d'une clientèle à Paris ou dans les environs très-rapprochés. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques des tissus et des organes du corps humain, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger. 2e édition entièrement refondue, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 551 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Monographie sur le type et la spécificité de la fièvre jaune établie avec l'aide de la montre et du thermomètre, par le docteur J. C. FAGET, de la Faculté de Paris, etc.— Paris, 1875, gr. in-8° de 84 pages avec 109 tracés graphiques (pouls et température). Prix : 4 francs. — J. B. Baillière et fils.

La Suisse. Études médicales et sociales, par le docteur Louis LAUSSEDAT, rédacteur en chef de *l'Art médical* de Bruxelles. Deuxième édition, revue et augmentée d'un travail nouveau : *les Stations sanitaires de la Suisse.* — 1 vol. in-12. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1875, Germer Baillière.

De l'ozène et de son traitement, par le docteur AZAMBUJA. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, 7, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Staphylôme consécutif à une ophthalmie purulente blennorrhagique.

(Leçon recueillie par M. J. SOURRIS, élève du service de santé militaire.)

Le malade dont nous allons nous occuper est entré dans le service, le 13 novembre, avec une ophthalmie purulente blennorrhagique siégeant sur l'œil droit. Vous verrez dans les auteurs qu'un grand nombre de traitements ont été institués pour cette grave maladie : antiphlogistiques, injections, cautérisations, etc. Quant à moi, j'ai employé les injections d'eau alcoolisée au quart, injections que j'ai préconisées et qui m'ont donné de bons résultats dans six cas consécutifs. Ces injections agissent de deux façons; elles agissent d'abord comme détergentes, et en cela elles remplissent une indication capitale, c'est de ne pas laisser séjourner le pus dans l'œil, car ce pus est contagieux et entretient l'irritation. M. Chassaignac avait admirablement compris cette particularité en instituant la douche oculaire à l'hôpital des Enfants trouvés, où sévit l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. De plus, l'alcool injecté fait subir à la conjonctive une certaine modification qui a pour effet de diminuer la suppuration. C'est, en effet, dans ce but que l'alcool est employé dans le pansement des plaies. Cependant, bien que les soins n'aient pas été épargnés, nous n'avons pu modifier l'inflammation, en ce sens que la cornée a été envahie par la suppuration, son tissu s'est ramolli et s'est infiltré de pus; dans ce cas, l'œil est perdu, car le pus ne peut se résorber.

Nous n'avons pu suivre pas à pas les modifications successives de la cornée, cela nous était difficile : d'une part nous ne pouvions ouvrir l'œil commodément, et, d'autre part, le plus souvent ces modifications se succèdent avec une très-grande rapidité. Nous constatons aujourd'hui, à la partie antérieure de l'œil, une grosse saillie sphérique, un peu irrégulière, et qui dépasse de beaucoup le point où se trouvait la cornée. Cette grosse saillie noirâtre s'avance dans l'espace interpalpébral, de sorte que le malade peut à peine fermer les paupières. Elle offre cela de remarquable que, tout en étant d'un sombre foncé, on peut y distinguer deux teintes : une centrale complétement noire, l'autre périphérique un peu plus rouge. La conjonctive oculaire est difficile à voir, elle est cachée par cette grosse saillie, et, de plus, il est difficile d'écarter complétement les paupières, car le muscle orbiculaire est contracturé, il y a une espèce de phimosis palpébral; c'est ce qui arrive ordinairement après une inflammation intense de l'œil.

Nous avons reconnu dans cette affection un staphylôme, grosse saillie qui occupe toute la place de la cornée, quand le staphylôme est général, et une partie seulement lorsqu'il est partiel. Par conséquent, si la kératite et les granulations palpébrales sont assez souvent la suite des ophthalmies purulentes, il y a aussi une autre conséquence assez fréquente, c'est le staphylôme. Le staphylôme venant à la suite d'une ophthalmie purulente est la conséquence de deux grandes lésions : d'abord la déchirure, l'ulcération et la destruction plus ou moins complète de la cornée; par suite le remplacement de la cornée par une autre des parties constituantes de l'œil, l'iris. Quelquefois, au contraire, la cornée ne se détruit pas, elle se ramollit et elle est poussée en avant par les milieux de l'œil qui viennent rapprocher l'iris de sa face postérieure. Il existe encore une troisième lésion que l'on rencontre plus souvent peut-être : c'est un mélange de destruction et de ramollissement de la cornée, c'est-à-dire qu'elle est ulcérée et détruite dans un point, et que dans une grande partie de son étendue, ordinairement à la périphérie, elle est molle. Alors l'iris remplace la cornée dans sa partie détruite, et les deux membranes semblent n'en faire qu'une seule.

J'aurais voulu pouvoir suivre les phénomènes qui se sont passés, car aujourd'hui je ne puis dire positivement par quoi est formé le staphylôme : est-il formé par l'iris, par la cornée projetée en avant, ou bien par un mélange d'iris et de cornée? Cependant, comme la saillie est en grande partie noirâtre, je suis disposé à croire qu'elle est formée par l'iris, et que la partie périphérique qui offre la teinte rouge brun doit être la cornée. Cette saillie augmente visiblement depuis quelques jours, et elle augmentera tant que le tissu sera trop mou pour résister à la pression exercée par les milieux de l'œil. Quand il se sera formé sur cette membrane un néoplasme qui sera un véritable tissu cicatriciel, l'œil aura plus de résistance, et le staphylôme sera alors achevé. Celui que nous étudions est encore en voie de formation.

Pour affirmer ce fait, je m'appuie sur deux raisons : d'abord la maladie est encore récente (trente-six jours), et il faut un temps plus considérable pour que le staphylôme soit devenu cicatriciel. Le second fait à l'appui de mon opinion est la couleur noire pigmentée que nous offre le staphylôme; cette couleur est due au pigment de l'iris. L'iris de l'œil sain est bleu, mais ici nous avons une coloration noire, parce que le pigment

est disséminé et qu'il se trouve en plus grande quantité. Il est arrivé ce qui arrive ordinairement, l'iris s'est appliqué contre la cornée, il y a eu fusion entre les deux membranes, et la dernière s'est aussi infiltré de pigment. J'invoque ce fait parce que, lorsque le tissu cicatriciel est complétement formé, la coloration noire disparaît sinon totalement, du moins en très-grande partie; nous avons alors le staphylôme sphérique opaque. Il se passe dans cette période des phénomènes physiologiques très-remarquables, que l'on ne peut bien suivre. Pour ma part, je crois que le pigment se résorbe, ou bien il est masqué par la coloration blanche du tissu cicatriciel.

L'œil du malade est donc perdu; en supposant que les milieux oculaires soient sains, ce qui n'est guère probable, le pigment empêche le passage des rayons lumineux, et quand le staphylôme sera confirmé, ce passage n'aura pas encore lieu. En admettant même que le tissu cicatriciel fût transparent, il n'y aurait pas une réfraction convenable. Puisque l'œil est perdu, nous aurons là une difformité persistante, consistant en une saillie de couleur blanchâtre, sans compter que la présence de ce corps entre les paupières entretiendra un état d'irritation qui provoquera, de temps en temps, quelques poussées inflammatoires. Il y aurait donc avantage à débarrasser le malade de son staphylôme, et c'est pour cela que je lui ai proposé l'ablation de la partie antérieure de l'œil; nous obtiendrions ainsi un moignon sur lequel on pourrait appliquer un œil de verre. Mais le malade veut attendre, il prétend distinguer vaguement le jour de la nuit, il se figure voir son doigt; enfin il croit, comme toutes les personnes qui perdent la vue, que plus tard il recouvrera la lumière. Nous ferons donc l'ablation de la partie antérieure de l'œil plus tard, lorsque le staphylôme sera confirmé, ce qui ne sera pas un grand inconvénient, et lorsque le malade aura la certitude que son œil est tout à fait perdu.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GUIBOUT.

Traitement des écoulements vaginaux.

(Leçon du lundi recueillie par M. P. FREDAULT, externe du service.)

La nature veut que les parties génitales de la femme soient sans cesse humectées par un liquide spécial, le liquide vulvo-vaginal, sorte de salive, qui les entretient dans une constante humidité. Ce liquide remplit aux parties génitales un rôle analogue à celui que remplit la salive dans la bouche.

Le liquide vulvo-vaginal à l'état morbide est, ou bien exagéré dans sa quantité ou bien modifié dans sa nature. Normalement, il ne fait que lubrifier les parties génitales; mais il arrive aussi que sa sécrétion est augmentée par une cause quelconque. Les parties ne sont plus alors lubrifiées, mais inondées; ce n'est plus une simple sécrétion, mais un véritable écoulement.

Or l'écoulement peut être inflammatoire ou non inflammatoire.

L'écoulement inflammatoire est habituellement abondant. Il se présente sous l'aspect d'un liquide jaune, verdâtre, semblable à du pus ou à du muco-pus. Tel est le liquide du catarrhe vaginal aigu ou blennorrhagique. Cet écoulement est toujours le résultat d'une inflammation plus ou moins intense de la vulve, du vagin et souvent aussi de l'utérus.

Lorsque le liquide morbide vient du vagin, c'est une humeur fluente et puriforme; c'est une humeur glutineuse, se laissant détirer et analogue à la sécrétion nasale, quand il vient de l'utérus.

La majorité des femmes, dans les grandes villes surtout, est atteinte de leucorrhée; celle-ci, dépourvue de tout caractère inflammatoire, n'est que l'exagération de la sécrétion normale.

Il faut traiter la leucorrhée, à cause de tous les inconvénients qu'elle entraîne : l'anémie, la faiblesse, l'épuisement, le dégoût qu'inspire la femme qui en est atteinte, la stérilité, et, dans bien des cas, un danger blennorrhagique pour l'homme dans les rapports sexuels.

Il est inutile d'insister sur la nécessité de traiter les écoulements inflammatoires ou blennorrhagiques, toujours si contagieux.

Or le traitement habituellement mis en usage, soit contre la leucorrhée, soit contre l'écoulement blennorrhagique, consiste en injections, il n'a aucune efficacité et laisse les écoulements s'éterniser.

Celui qu'emploie M. Guibout est le tamponnement; il guérit généralement dans l'espace de huit à dix jours. Il se pratique au moyen de bourdonnets de charpie imbibés d'un liquide astringent. Ce liquide peut varier. Les solutions de nitrate d'argent, de sulfate de zinc, de perchlorure de fer peuvent être employées, ainsi que la solution d'alun, mais elles présentent de tels inconvénients, soit au point de vue de leur nature caustique, soit au point de vue de leur excessive astringence, soit encore, relativement au linge de la malade, que M. Guibout les a complétement mises de côté. Il leur préfère la solution de tanin. Celle-ci n'a aucun inconvénient. Elle est peu colorée, elle n'a pas d'odeur; elle ne tache ni la peau, ni le linge, et ne resserre pas, comme la solution d'alun, les parois vaginales au point d'empêcher et de rendre très-douloureuse l'extraction des tampons.

Voici comment se fait l'opération :

Tous les jours, on introduit dans le vagin, au moyen du spéculum, deux premiers tampons imbibés d'une solution concentrée de tanin (25 grammes de tanin pour 100 grammes d'eau), et un troisième tampon sec, qui absorbe le liquide contenu dans les deux premiers et l'empêche de s'écouler au dehors. Ces tampons, faits en charpie, sont plus ou moins gros, suivant la capacité du vagin. Ils sont attachés chacun à un fil pendant au dehors, au moyen duquel la malade retire facilement elle-même chaque tampon au bout de vingt-quatre heures.

La malade gardera, autant que possible, le lit, l'immobilité, la position horizontale.

Au bout de vingt-quatre heures, les tampons ayant été retirés, elle fera une ou plusieurs injections vaginales détersives, après lesquelles on introduit trois tampons semblables aux premiers. On procède de la même façon tous les jours suivants.

Généralement, la guérison est ainsi obtenue en huit ou dix jours, qui suffisent pour tarir la leucorrhée et pour faire complétement disparaître les écoulements vaginaux, blennorrhagiques, ainsi que l'état inflammatoire de la muqueuse vaginale.

L'action des tampons s'explique, du reste, facilement. Ils font l'office de corps étrangers, restant à demeure sur des surfaces qui n'y sont pas habituées. Ils modifient la vitalité de ces surfaces malades; ils les isolent les unes des autres et empêchent leur contact réciproque. Si à leur action, déjà modificatrice par elle-même, se joint encore celle d'un liquide possédant aussi, comme le tanin, des propriétés astringentes et modificatrices, il est facile de comprendre avec quelle énergie et quelle promptitude la muqueuse vaginale malade doit être modifiée, et ramenée à sa manière d'être à sa sécrétion normales.

Il y a des contre-indications à ce traitement. Ainsi, d'abord l'approche des règles, et à plus forte raison, les règles elles-

mêmes. Il faut attendre, pour le commencer, que l'époque menstruelle soit passée. Il en est de même pour toute maladie aiguë intercurrente, qui est une contre-indication formelle.

En outre de la fatigue, et même de la marche, on interdira aux malades les rapports sexuels, et tout ce qui peut déterminer une congestion et une excitation vers les parties génitales.

Pratiqué dans ces conditions et avec ces précautions, le tamponnement constitue un traitement dont l'effet curatif est sûr et rapide. Il est de plus inoffensif; il ne cause ni gêne ni douleur locale; les malades le supportent très-facilement et presque sans s'en apercevoir, et il ne détermine pas de troubles nerveux hystériformes, ni d'accidents inflammatoires, utérins ou péritonéaux.

Si l'écoulement pour lequel on le pratique est une leucorrhée symptomatique, ou effet d'un état général d'anémie et de faiblesse, il est évident qu'il faudra en même temps s'occuper activement de relever la constitution affaiblie, par un traitement analeptique convenable, joint à l'alimentation la plus réparatrice.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. A. AMUSSAT.

Traitement de l'épithélioma du col de l'utérus par la galvanocaustique thermique.

L'épithélioma est la forme la plus ordinaire du cancer du col de l'utérus, c'est aussi celle qui paraît offrir le plus de chances de curabilité quand elle a été complétement enlevée, et qu'on suit ultérieurement un régime convenable. Dans le travail que j'ai publié en 1871 sur le traitement du cancer du col, j'ai donné les observations des cinq malades que j'avais opérées en employant la galvanocaustique thermique. J'ai pu les suivre presque toutes, ce qui me permet de compléter actuellement la relation de ces faits.

La première malade, opérée au mois de mars 1867, a vécu jusqu'au milieu du mois de juillet 1868. La seconde, opérée au mois juin 1867, est encore vivante, je l'ai examinée il y a deux ans, et j'ai pu m'assurer que la tumeur épithéliale que j'avais enlevée au col de l'utérus ne s'était pas reproduite; de plus, d'après des nouvelles assez récentes, elle jouit toujours d'une bonne santé. La troisième, opérée en juillet 1868, d'une tumeur encéphaloïde, était assez souffrante en 1872; depuis lors, je n'en ai plus eu de nouvelles. La quatrième, chez laquelle je n'avais pu enlever qu'une partie de la néoplasie au mois de décembre 1869, a succombé dans le courant de l'année 1871. La cinquième, à laquelle j'avais fait l'amputation du col pour se débarrasser d'une tumeur épithéliale très-volumineuse, est vivante et bien portante; je l'ai examinée il y a quelques semaines, et j'ai pu m'assurer qu'il n'y avait pas de récidive.

Ayant enlevé six tumeurs cancéreuses du col de l'utérus depuis la publication de mon premier travail, j'ai réuni les observations des cinq premières malades, la dernière étant encore en traitement, et j'ai pensé qu'il convenait de les publier, en les faisant suivre de réflexions pouvant être utiles aux chirurgiens désireux de pratiquer l'amputation du col de l'utérus par la galvanocaustique.

Tumeur épithéliale de l'utérus; amputation du col faite avec le sécateur galvanique, cicatrisation.

Mme J..., âgé de quarante-sept ans, d'un tempérament sanguin et d'un embonpoint assez développé, a été réglée à dix-sept ans. Les menstrues furent généralement en retard de plusieurs jours, mais assez abondantes. Mariée à vingt ans, elle a toujours joui d'une bonne santé; en 1868, il lui est apparu aux membres inférieurs de l'eczéma, qu'elle porte encore.

Au commencement du mois de septembre 1873, elle vint me consulter pour des métrorrhagies durant depuis dix-huit mois environ. En l'examinant, je trouvai un épithélioma du col, n'ayant pas envahi les culs-de-sac du vagin; la tumeur, bien limitée, me parut devoir être enlevée le plus tôt possible et la résection présenter des chances de succès. Il fut convenu qu'elle serait pratiquée après les règles.

Le 23, assisté par MM. les docteurs Billaudeau, Lapeyrère et Lyon, je fis placer Mme J... sur le bord de son lit, les pieds dans deux chaises, et elle fut soumise aux inhalations de vapeurs de chloroforme par M. le docteur Poignet. Quand l'insensibilité fut complète, je saisis le col au-dessus de la tumeur dans l'anse métallique de mon sécateur galvanique, et je la serrai convenablement, puis j'isolai la canule double des parties voisines avec des valves en buis. Tout étant ainsi disposé, je mis le sécateur en rapport avec une pile chirurgicale, et je fis lentement l'amputation du col sans éculement sanguin.

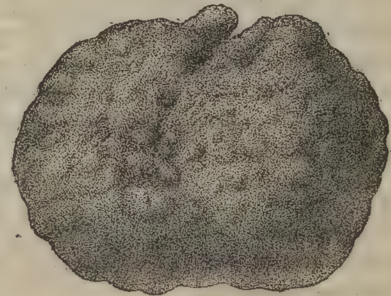


Fig. 1.

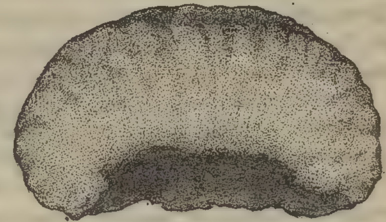


Fig. 2.

Le soir, la malade se plaignait d'avoir eu de la dysurie, puis elle avait uriné.

Le 24, j'appris que Mme J... avait de la fièvre depuis la veille au soir; le ventre était souple et indolore; 120 pulsations; cuisson à la petite lèvre gauche; diète, boissons abondantes.

Le 25, je trouvai 100 pulsations et 38 degrés. Urine presque normale et encore un peu de dysurie; cataplasmes de farine de riz sur la vulve; potages légers.

Le 26, il y avait 84 pulsations et 37°,5; une garde-robe dans la matinée; la malade ayant de l'appétit, je lui accordai une alimentation plus substantielle.

Le 27, abdomen parfaitement bien; quelques taches séro-sanguinolentes sur la serviette placée entre les cuisses; 80 pulsations, 37°5.

Le 28, très-bien; 70 pulsations; augmenter l'alimentation.

Le 2 octobre, je constatai que les escarres étaient en voie d'élimination; taches séro-purulentes sur la serviette.

Les règles parurent le 8, furent terminées le 11 et peu abondantes.

Le 14, je permis à l'opérée de se lever, de reprendre graduellement son genre de vie habituelle, et je fis placer un vésicatoire au bras gauche.

Au commencement du mois de novembre, l'examen au spéculum me permit de constater dans le fond du vagin une cicatrice rosée. Il existait à l'entrée une petite plaie, suite de cautérisation, qui laissait écouler un peu de sérosité sanguinolente.

Au mois de mars 1874, Mme J... vint me voir; le col était bien cicatrisé, mais l'ulcération vaginale, toujours à vif, donnait un suintement purulent. Pensant qu'elle était entretenue par le frottement bi-quotidien de la canule de l'irrigateur, je fis cesser les injections, et quelque temps après, je constatai la cicatrisation de l'ulcération.

La canule double s'échauffant pendant la section du col, il est important de bien l'isoler des parties voisines, afin d'en éviter la brûlure. Malgré l'attention que j'apporte toujours à cet isolement, deux points ont été cautérisés, et il en est résulté dans le vagin une petite plaie qui, écorchée journellement par la canule dont la malade se servait pour faire ses injections, ne s'est cicatrisée que lorsque je les ai fait cesser. Pour se mettre à l'abri de ces cautérisations, il convient d'éviter le contact prolongé de la canule double avec une des valves en buis, ou de l'arroser avec de l'eau froide pendant l'opération.

Tumeur épithéliale de l'utérus; amputation du col faite avec le sécateur galvanique; cicatrisation.

Mme G..., âgée de cinquante-trois ans, d'un tempérament lymphatique et nerveux, a perdu sa mère d'hémorrhagies utérines, et l'un de ses frères est mort à dix-huit ans d'un cancer à la tête.

Réglée à onze ans et demi, elle a toujours perdu peu de sang, et était ordinairement en avance de quatre ou cinq jours sur le mois. La ménopause a eu lieu en 1873. Mariée à vingt-huit ans, elle a eu deux enfants, qui sont morts. Elle habita l'Algérie depuis 1842 jusqu'en 1857; pendant son séjour en Afrique, elle a eu des fièvres intermittentes et une hépatite en 1855. Elle a perdu assez abondamment à ses époques pendant l'année 1872, et elle a eu de la leucorrhée dans les intervalles. Après la ménopause, les pertes blanches sont devenues de plus en plus abondantes.

Mme G... me fut adressée par M. le docteur Sergent jeune au mois de mai 1874. En l'examinant, je trouvai une tumeur épithéliale du col utérin, du volume d'une châtaigne, bien limitée et n'ayant pas envahie les culs-de-sac du vagin. Il fut convenu que cette tumeur serait enlevée très-prochainement.

Le 19, la malade étant placée sur le bord de son lit, les pieds dans deux chaises, fut soumise aux inhalations de vapeurs de chloroforme par M. le docteur Jaubert. Quand l'insensibilité fut complète, j'abaissai assez facilement la tumeur jusqu'au niveau de la vulve, que j'aurais désiré lui faire franchir afin de placer une aiguille courbe en ivoire, mais ne pouvant y parvenir qu'en exerçant des tractions très-énergiques et, par conséquent en m'exposant à la péritonite, j'y renonçai. Je plaçai l'anse de mon sécateur au-dessus de la néoplasie, puis je laissai remonter l'utérus, et j'isolai la canule double avec des valves en buis, que je confiai à M. le docteur Sergent. Je pratiquai alors la section du col sans écoulement sanguin.

Le 20, je trouvai 110 pulsations, et la malade avait eu des transpirations abondantes, sans frissons; elle se plaignait de ressentir dans l'abdomen un endolorissement que j'attribuai aux tractions exercées sur l'utérus; cataplasmes *loco dolenti;* alimentation légère.

Le 23, il n'existait plus qu'un peu d'exacerbation dans l'après-midi; 80 pulsations; taches séreuses sur la serviette placée entre les cuisses; continuer encore les cataplasmes sur l'abdomen, quoique l'amélioration soit marquée de ce côté.

Le 25, la fièvre avait disparu; je constatai que les escarres étaient en voie d'élimination.

Le 3 juin et le 7 juillet, je cautérisai avec le caustique de Filhos des tissus de nature douteuse.

Le 5 août, la cicatrisation était complète; je fis appliquer un vésicatoire au bras gauche.

Au mois de janvier 1875, j'ai revu Mme G..., et j'ai trouvé le col en très-bon état; l'exutoire, placé au bras gauche, était entretenu avec beaucoup de soin et la santé très-satisfaisante.

Lorsque les escarres furent complétement détachées, je touchai le col et j'y trouvai des bourgeons charnus plus résistants que d'ordinaire et me paraissant de nature douteuse. Je pratiquai deux cautérisations, à un mois d'intervalle, avec le caustique de Filhos et j'obtins une cicatrice très-saine. Quand on pratique l'amputation du col pour faire disparaître une tumeur épithéliale, il est très-important, si l'on trouve des tissus inspirant la moindre inquiétude, de les cautériser immédiatement et complétement; c'est en agissant ainsi, que l'on peut avoir l'espoir de guérir la malade, ou tout au moins de retarder pour un temps plus ou moins long l'apparition d'une tumeur de même nature.

Tumeur épithéliale de l'utérus; amputation du col faite avec le sécateur galvanique; cicatrisation.

Mme V..., née à Meaux, âgée de trente-huit ans, de taille moyenne et bien proportionnée, d'une bonne constitution et d'un tempérament sanguin, a été réglée facilement à treize ans et demi; les menstrues ont toujours été régulières, abondantes et un peu en avance sur le mois. Elle est orpheline; ses frères et sœurs sont vivants et bien portants. A l'âge de dix-sept ans elle eut une affection dartreuse qui guérit après neuf mois de traitement. Mariée à dix-neuf ans, elle eut, trois ans après, un garçon qu'elle a perdu à l'âge de quinze ans d'une fièvre typhoïde.

Elle a joui d'une bonne santé jusqu'à l'époque de la mort de son enfant; mais, depuis lors, elle a été affectée d'une leucorrhée de plus en plus abondante, qui l'obligeait d'être constamment garnie; elle n'a pas eu de métrorrhagie. Au mois de mai 1874, elle consulta M. le docteur Maurel, qui constata l'existence d'une tumeur épithéliale du col et me l'adressa.

En l'examinant, je trouvai un épithélioma du volume d'une forte noix avec une ulcération en croissant, placée à gauche à la base du col; pas d'engorgement ganglionnaire voisin. Tout d'abord je craignis que l'ulcération ne fût un obstacle à l'opération; mais, après l'avoir examinée à plusieurs reprises, il me parut encore possible d'enlever complétement la néoplasie. Je proposai donc l'opération, qui fut acceptée et fixée après la prochaine époque menstruelle.

Le 4 juillet, Mme V... étant placée sur le bord de son lit, les pieds dans deux chaises, fut anesthésiée par M. le docteur Blavot, et, quand l'insensibilité fut complète, j'abaissai la tumeur jusqu'à la vulve. Malgré des efforts assez persévérants, je ne pus placer le fil de platine au-dessus de l'ulcération, et je dus faire la section à son niveau; elle eut lieu sans écoulement sanguin. Je saisis alors le moignon du col avec une pince de Museux, et je l'abaissai encore un peu de manière à pouvoir embrocher le col et le vagin au-dessus de l'ulcération avec un trocart courbe, auquel je substituai une aiguille courbe en ivoire. Je saisis le col et le vagin au-dessus de l'aiguille dans l'anse du sécateur, que j'isolai des parties voisines, et je fis la section assez rapidement, à cause du voisinage du péritoine. L'opération terminée, on introduisit quelques morceaux de glace dans le vagin, et l'opérée fut remise dans son lit.

Le 5, M. le docteur Maurel, trouvant l'abdomen assez sensible, mais sans ballonnement, fit une application de collodion élastique.

Le 6, je trouvai l'abdomen endolori, sensible à la pression et aux mouvements, mais sans ballonnement; l'opérée n'avait eu ni nausées ni vomissements; elle avait eu, dit-elle, de la fièvre la veille, mais elle avait assez bien dormi. Alimentation légère.

Le 7, abdomen moins sensible et très-souple; 100 pulsations 37° 9; taches séreuses sur la serviette.

Le 8, abdomen de mieux en mieux; l'opérée ayant de l'appétit, je lui conseillai d'augmenter l'alimentation; 100 pulsations, 37° 6; quelques taches sanguinolentes sur la serviette.

Le 9, j'appris que Mme V... avait perdu quelques caillots de sang, et que mon confrère avait placé un tampon de ouate à l'entrée du vagin; abdomen plus sensible; 120 pulsations.

Le 10, bien; ne perd pas, abdomen peu sensible à la pression; retiré le coton; alimentation substantielle.

Le 11, abdomen souple et presque indolore; taches jaunâtres sur la serviette; 100 pulsations, 37°4.

Le 14, taches grisâtres sur la serviette; 100 pulsations, 37°6.

Le 16, j'appris que Mme V... avait perdu des caillots de sang la veille; plus de sang aujourd'hui; 120 pulsations, 38 degrés.

Le 17, assez bien, taches jaunâtres sur la serviette; 108 pulsations, 37° 6, alimentation substantielle.

Le 17, bien; 90 pulsations, 37 degrés.

Le 25, trouvant Mme V... parfaitement bien, je l'engageai à se lever.

Le 29, l'examen au spéculum me permit de m'assurer que la cica-

trisation marchait régulièrement, mais que la plaie était assez étendue.

A la fin de septembre, je trouvai une cicatrice rosée et un vagin raccourci. Je fis placer un vésicatoire au bras gauche.

J'ai revu Mme V... dans le courant du mois de janvier, et j'ai constaté que l'état général était aussi satisfaisant que l'état local. L'exutoire placé au bras gauche était toujours entretenu très-soigneusement.

Chez la malade qui fait le sujet de la seconde observation, j'ai abaissé assez facilement la tumeur jusqu'à la vulve; mais, arrivé à ce point, j'ai senti qu'il fallait exercer des tractions beaucoup plus énergiques afin de la faire saillir suffisamment pour passer une aiguille courbe derrière et y placer l'anse métallique du sécateur. La crainte de déterminer une péritonite m'a arrêté.

Pour Mme V..., il en a été de même, et ce n'est qu'après avoir enlevé la tumeur éphithéliale que j'ai abaissé encore un peu l'utérus, afin de pouvoir placer une aiguille courbe en ivoire derrière laquelle j'ai fait manœuvrer l'anse métallique.

J'avais l'intention de serrer le moignon du col avec un tube de caoutchouc; mais, étant très-près du vagin, cette manœuvre eût encore abaissé l'utérus. J'ai dû faire la section rapidement sans comprimer les vaisseaux, et c'est pour cette raison, je pense, que la malade a perdu du sang après l'opération.

Ces deux malades ont présenté un endolorissement général de l'abdomen, imputable, je crois, aux tractions exercées sur l'utérus. Si elles eussent été plus fortes, il est probable que la péritonite eût été complète. Du reste c'est l'accident auquel on l'expose en abaissant l'utérus, et c'est le motif pour lequel je n'ai pas poussé trop loin cette manœuvre.

Afin d'avoir des aiguilles courbes en ivoire suffisamment résistantes, j'ai fait découper et polir des défenses de sanglier, et j'ai obtenu les instruments représentés figure 3.

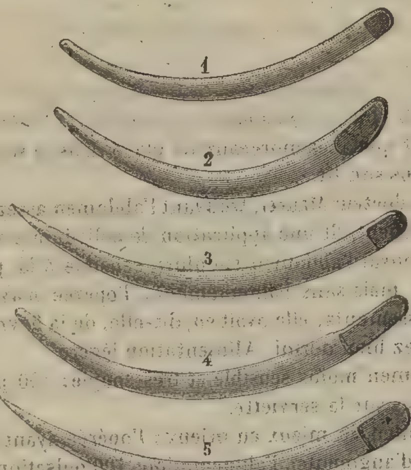


Fig. 3.

Pour m'en servir, je traverse le col avec un petit trocart courbe, puis je retire le poinçon; j'introduis alors l'extrémité pointue de l'aiguille dans la canule du trocart, et, en retirant celui-ci, je pousse celle-là qui chemine en sens inverse et vient occuper sa place. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 décembre 1874 (1). — Présidence de M. Perrin.

M. Faucon termine sa lecture.

Mais encore une fois où sont les faits qui le prouvent d'une manière indubitable ? Suffit-il pour entraîner la conviction d'invoquer des analogies tirées de l'histoire des injections iodées dans la séreuse vaginale? Le malheureux, dont nous aurions emprisonné un ou plusieurs tendons se soucierait bien peu de la liberté du testicule de son voisin.

Dans les observations assez nombreuses que j'ai consultées, souvent il n'est rien dit des troubles fonctionnels présentés par les malades avant l'opération; quant à leur état définitif, la plupart du temps il n'est indiqué que vaguement par les auteurs des observations qui se bornent à dire que le malade est guéri ou plus ou moins complétement débarrassé de son kyste.

Si donc je me trouve éclairé sur la valeur de la plupart des opérations appliquées au traitement des kystes synoviaux riziformes en tant qu'elles peuvent compromettre l'existence des malades ou le salut du membre, je ne rencontre en général sur ces deux points spéciaux : état de la fonction des doigts *avant* ou *après* l'opération, que des renseignements insuffisants pour me permettre d'asseoir un jugement précis sur la question toute particulière qui m'intéresse actuellement.

Avec cette pénurie de détails dans les faits, je note des assertions contradictoires émanant de chirurgiens également autorisés. Aussi en présence des incertitudes auxquelles je reste livré, avant de compromettre par une opération qui pourrait être imprudente les intérêts de l'art, aussi bien que ceux de ma malade, j'ai voulu consulter la Société de chirurgie — j'espère qu'elle ne m'en saura pas mauvais gré — et demande à l'expérience de mes collègues la solution des questions suivantes :

1° Le drainage, associé ou non à l'injection iodée, l'injection iodée simple, ou toute autre opération, peuvent-ils amener la guérison des kystes hordéiformes du poignet sans déterminer d'adhérences susceptibles d'entraver les mouvements des doigts ?

2° En supposant que ces adhérences soient un résultat inévitable de l'opération, est-il de règle qu'elles disparaissent au bout d'un temps plus ou moins long?

Et comme corollaire :

3° Un chirurgien est-il autorisé à soumettre aux méthodes précitées un malade atteint de kyste hordéiforme, alors que le développement de la tumeur n'a encore amené que de la gêne dans les mouvement des doigts?

4° Convient-il, au contraire, à l'exemple de Dupuytren et de M. Gosselin, de se borner à un traitement palliatif, qui peut exceptionnellement amener la guérison, tel que la ponction simple répétée selon les besoins, à intervalles plus ou moins rapprochés, et aidés par la compression et différents topiques, jusqu'à ce que le développement du mal ou l'apparition de complications, réclame une intervention plus active?

Je me crois d'autant plus autorisé à soumettre ces questions à l'appréciation de mes collègues que, tout récemment encore, j'ai eu l'occasion d'observer un second cas de kyste hordéiforme de la face dorsale du poignet, qui m'a prouvé combien était grande la divergence des opinions sur l'opportunité et le choix des méthodes applicables à ces sortes de tumeurs, à la période que j'indique.

Je termine par l'exposition très-brève de ce fait.

Obs. II. — Il s'agit d'un jeune homme de trente-deux ans, domestique à Paris, 36, rue La Fayette, et qui, originaire des environs d'Amiens, vint me consulter pour un kyste hordéiforme de la face dorsale du poignet, qui l'avait forcé de quitter momentanément son service.

Ce jeune homme m'a dit avoir été vu par deux de nos collègues, MM. Labbé et Chassaignac.

Le début de la tumeur remonte à environ dix-huit mois; comme elle est identique, au point de vue du siége et des troubles fonctionnels, à celle dont j'ai donné tout à l'heure une histoire plus détaillée, je me borne à extraire les quelques points suivants des renseignements que ce malade m'a donnés.

Il aurait été d'abord soigné par un praticien de Paris, qui lui aurait fait, avec un trocart explorateur, deux ponctions, qui n'auraient donné issue qu'à quelques gouttes de liquide.

Du 15 décembre 1873 au 15 janvier 1874, il se serait trouvé dans le

(1) Suite. — Voir les numéros des 26, 28, 30 janvier et 2 février.

service de M. Labbé, qui, après lui avoir fait une ponction exploratrice avec le trocart capillaire de Pravaz, aurait essayé des applications de cautère actuel, dont il conserve les traces sur la main et l'avant-bras.

M. Chassaignac, consulté à son tour, aurait conseillé le drainage.

Un médecin du Pas-de-Calais l'a soumis pendant un mois sans succès à une compression permanente.

Pour ma part, je lui ai conseillé de continuer la compression, à la condition d'essayer préalablement une ponction au moyen d'un trocart d'un calibre convenable.

Peut-on trouver, dans le traitement d'une affection chirurgicale, une discordance plus complète?

Aussi m'estimerai-je bien heureux si ma communication avait pour effet de donner à la Société de chirurgie l'occasion d'élucider cette question intéressante de pratique chirurgicale; car assurément plus d'un médecin a comme moi à cœur de savoir si les incertitudes et les hésitations que j'ai signalées sont inévitables et liées à la nature de l'affection, ou si l'on peut sans danger recourir de bonne heure à l'une ou l'autre des méthodes qui promettent une guérison radicale.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Un peu de poésie médicale.

Nous sommes dans les jours gras! Que nos lecteurs fassent donc un accueil indulgent à quelques poésies médicales. L'une nous arrive de Suisse, grâce au *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*. L'autre est Parisienne, et sous l'anonyme se dérobe un de nos confrères les plus spirituels :

I

AVIS D'UN VIEUX PRATICIEN GÉNEVOIS A SON JEUNE CONFRÈRE

— Vous voulez, dites-vous, pratiquer à Genève,
Mais, savez-vous, mon cher, ce qu'il y faut savoir?
Vous fûtes, à Paris, un excellent élève,
Travailleur assidu, de vos maîtres l'espoir;
Vous avez fréquenté les cours, l'amphithéâtre,
Les hôpitaux surtout, on ne vous voyait pas
Courir les bals, le jeu, les cafés, le théâtre.
Votre savoir, mûri par un long internat,
Reçut le complément de science étrangère
Que purent vous donner Berlin et l'Angleterre.
Vous savez l'allemand, l'italien, l'anglais;
Même vous connaissez cette nomenclature
Qu'un orgueilleux auteur, ennemi du français,
En torturant le grec, a su rendre si dure :
Mais vous ne savez pas parler le génevois.
Comment comprendrez-vous ce mélange barbare
De français, de latin, de grec et de patois;
Du langage savant dérivé si bizarre.

Le bon sens, il est vrai, parfois vous guidera;
Vous n'hésiterez pas quand une bonne femme
Viendra vous demander du *sirop magistra*,
De l'*huile de Russin* (1), ou bien un *cataplame*,
Vous comprendrez encore *charpi, digession*,
Valérienne, éreins (2), *melize, sinapisse*,
Purge, saigne, opiniâtre, arleuils, ostruction (3),
Elixir et *polmons, alphes* (4) et *rhumatisse*;
Mais qui vous traduira *dairde, orbet, gachillon* (5),
Cassin, érinière, ourles et *bourillon* (6)?
Pourrez-vous deviner que l'emplâtre oxycroce
A pris en genevois le nom de *cire crosse*?

(1) Ricin. — (2) Reins, mélisse. — (3) Opiat, orteils, obstruction. — (4) Aphthes. — (5) Dartre, orgelet, diachylum. — (6) Ecchymose, lombago, oreillons, nombril.

Écoutez ce récit; il s'agit d'un enfant
Petit, maigre, chétif et dont l'aspect attriste;
— Monsieur, c'est mon garçon qui s'en va *crevotant*,
Il a toujours été *femmelin, maladiste*,
Son sommeil est mauvais à cause du *malet*,
Il a beaucoup d'humeurs, du *cra* (1) tout plein la tête;
J'ai bien peur que *ça soye* une croûte de lait.
Il est *gringe* et pâlot; dans son lit il s'entête
A rester *d'à bouchon* (2), ou bien, s'il veut marcher
Il est tout *brelanchant* et s'en va *de bisingue* (3).
Le moindre courant d'air suffit pour l'*enroucher* (4),
En sorte que toujours il faut qu'on le *potringue*.

Il est tout *achati* (5), son sang est *venimeux*,
C'est toujours des *mals blancs*, des *dairdes*, des *bouchères* (6),
Des *flemmes* dans le cou, de la *piquairne* (7) aux yeux.
Tant qu'à ses dents, il vient de mettre les dernières,
Mais il faudrait déjà toutes les arracher.
Depuis l'hiver passé, il *rancote* et *toussille* (8),
Enfin le pauvre enfant, hier, pour s'achever,
En tombant de son lit, s'est *déboîté la grille* (9).
J'en ai bien soin, pourtant, et je lui donne à boire
Des tisanes, du vin, — pas de lait, c'est *bileux*!
J'ai posé sur sa *nique* un grand *évicatoire* (10)
Et l'ai *médeciné* (11) que c'en est ruineux.

Un autre vous dira : — Monsieur, je vous en prie,
Venez voir mon mari, je crois qu'il va mourir;
Il est tout *oppilé* et *le cœur lui varie* (12),
La nuit il *ronchemèle* et ne fait que *toussir* (13),
La bile sur ses nerfs est toute répandue (sic).
Et dès qu'il a mangé, il faut qu'il *contribue* (14),
Il est *enfle* partout, il ne peut *pancher l'eau*
Que quand il boit des *grus* avec un *jair de veau* (15),
Il *s'ennosse* (16) sans cesse et tout ce qu'il avale
Gargote dans son cou; depuis deux ou trois jours,
Il est *enveloppé* (17) et sommeille toujours.
Tout son mal est venu d'un *rhumatisse mâle*.

Le malade souvent dit son opinion
Sur le mal qu'il ressent et sur sa cause occulte.
Écoutez ce discours plein de prétention :
— C'est moi, docteur, qui viens chercher une *consulte*
A votre bon secours. Tout mon tempérament
Est vétilleux, pensif, bileux et sanguinaire, } (sic).
Je sue et puis j'ai froid dans le même moment :
J'en suis sûre, docteur, j'ai le *ver salutaire*.
Pour un rien j'ai le sang en *ébollution*,
La nuit je ne dors pas, je tousse *sans arrête*.
On m'a déjà donné certaine *portion*
Que c'était soi-disant pour me *purger la tête* (sic),
On croyait que c'était un vieux *dépôt de lait* (sic),
Parce que tous les soirs j'avais la *nervegie* (18),
Mais monsieur le docteur voit bien qu'on se trompait
Et qu'on n'a pas du tout *connu la maladie* (sic).

Vous êtes étourdi de ce vocabulaire!
Mais ce n'est rien encore, il faut, mon cher confrère,
Que vous connaissiez certaine expression
Dont le sens élastique à tout paraît s'étendre :
Quand un malade a dit : — C'est l'*enflammation* —
Il croit avoir tout dit, c'est à vous de comprendre.
Ne lui demandez pas, par là, ce qu'il entend,
Sa confiance en vous s'affaiblirait d'autant.

(1) Pellicules. — (2) Couché sur le ventre. — (3) De travers. — (4) Enrouer. — (5) Accablé. — (6) Herpès labialis. — (7) Croûtes ciliaires. — (8) Accès de ronchus trachéal. — (9) Luxé la cheville. — (10) Nuque, vésicatoire. — (11) Purgé. — (12) Constipé, avoir des nausées? ou plutôt des défaillances. — (13) Ronchus trachéal. — (14) Vomir. — (15) Jarret de veau. — (16) S'engouer. — (17) Comateux. — (18) Névralgie.

— C'est une *irruption*, ou bien un *feu de ventre* (1),
Ce sont des *boyaux cuits* — c'est une *cuison entre*
Le ventre et l'estomac. — Ici c'est une *atoux*,
Là c'est un ventre *gonfle*. — Un homme prendra peine
A vous développer comment sa *gargataine* (2)
Chaque fois qu'il a bu lui descend dans le cou.
— Sa femme vous dira qu'ayant *ses maladies* (3),
Ses pauvres *estomacs* (4) se sont tout aplaties !
Si, plus tard, le succès, couronnant vos efforts,
De nos riches salons vous ouvre les abords,
Les mots auront changé, mais non pas les idées;
Vous les reconnaîtrez, quoique mieux exprimées.

Mais j'en ai dit assez, trop peut-être pour vous,
Excusez mon babil et qu'il reste entre nous. Dr ***

II.

LE RHUME DE CERVEAU.

Où donc t'ai-je pincée, absurde phlegmasie,
Stupide coryza, catarrhe insidieux ?
Mon pouls est enfiévré, ma pensée obscurcie.
Coulez, ma pituitaire, et vous, pleurez, mes yeux !

L'éternuement secoue en vain mon inertie.
Pidoux avec Trousseau, docteurs judicieux,
N'opposant qu'un mouchoir au mal capricieux,
Croient qu'il faut le traiter par la diplomatie.

Eh bien ! je resterai farouche en mon fauteuil,
Les pieds sur les chenets et condamnant mon seuil.
A quoi bon laisser voir une face piteuse?

Et j'aurai des mouchoirs en tas, sous mon habit;
J'en veux mouiller autant qu'un évêque en bénit,
Car j n'ai plus d'espoir qu'en vous, ma blanchisseuse !

III.

LE COR AUX PIEDS.

Je suis le cor aux pieds, et c'est moi qui proteste.
Contre le cordonnier et son cuir oppresseur.
L'élégance m'impose un joug que je déteste.
Je veux que tu sois libre, ô phalange, ma sœur!

En vain le pédicure, en son dessein funeste,
Le scalpel à la main, réduit mon épaisseur.
Il se croit triomphant ! Erreur ! Le sol me reste;
J'y renais plus puissant contre l'envahisseur.

Le gommeux voudrait bien, comprimant la nature,
Faire admirer un pied plus grand que sa chaussure.
Le bottier, son complice, est aussi son bourreau.

Qu'un aveugle instrument nous taille et nous nivèle,
La persécution redouble notre zèle :
Oignons, durillons, cors, nous narguons Galoppeau !

Dr Georges C...

(1) Éruption, flux de ventre. — (2) Pharynx ou luette. — (3) Menstrues.— (4) Seins.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 5 février 1875, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Brion, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Auffret, médecin professeur de la marine à Brest. Sablé, — Legrand et Gardiés, médecins de 1re classe de la marine.

— *Distinctions honorifiques :* Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. Penquer, médecin du lycée de Brest, — Reveilhe, médecin du lycée de Nîmes, — Bataille, médecin de l'École normale primaire de Versailles, — Dagneau de Jumigny, médecin de l'École normale primaire de Bourges.

Officiers d'Académie : MM. Bonnet, secrétaire agent comptable de la Faculté de médecine de Nancy, — Bornet, chef de bureau à l'Académie de médecine, — docteur Bouland, délégué cantonal du treizième arrondissement de Paris, — docteur Bucquoy, délégué cantonal à Péronne, — docteur Claisse, délégué cantonal à Saint-Valérien.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Gombault (Albert), bachelier ès lettres et ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique de la faculté de médecine de Paris, annexé à l'École pratique des hautes études.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Astaix, professeur de chimie et pharmacie, est nommé directeur de ladite école, en remplacement de M. Bardinet, décédé.

— *Hôpitaux de Lyon.* — M. le docteur Humbert Mollière est nommé, au concours, médecin des hôpitaux.

— M. le docteur Carence, médecin adjoint du lycée de Toulon, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Levicaire, décédé.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 13 févier 1875, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

1° Synovites tendineuses symptomatiques de la syphilis et de la blennorrhagie, par M. le docteur Mauriac (lecture à l'appui de sa candidature); — 2° Calcul ayant la forme d'un bouble bouton, occupant l'orifice de l'uretère droit, par M. le docteur Reliquet.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. — Toutes ces thèses se trouvent chez M. Coccoz, libraire-éditeur, 30, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Hervieux vient de faire à l'Académie, sur la variole et la vaccine, une communication qui a beaucoup surpris : non, certes, par excès d'originalité; bien au contraire; il s'est borné à poser en thèse ce qui est admis par tout le monde, en s'appuyant d'une manière exclusive sur des documents dont les moins anciens remontent à 1839. Dans les citations de M. Hervieux, il n'est pas fait de distinction entre les varioles graves, les varioles légères et les varioloïdes, on ne tient pas compte des nombres proportionnels d'individus vaccinés et non vaccinés qui ont résisté à l'influence épidémique, de la léthalité différente dans ces deux classes. En 1840, on en était encore à prouver que l'action du virus Jennérien n'est pas absolue, indéfinie; et chaque cas de variole, même des plus bénignes, chez un sujet qui portait les marques d'une vaccination antécédente, devenait un argument précieux à invoquer.

La science a marché depuis lors. La *Conférence médicale de Paris*, tenue en 1870, a dissipé les derniers doutes qui pouvaient rester à quelques-uns sur l'urgence de revacciner, en masse, toutes les populations, dès la première apparition d'une épidémie variolique. Le regretté docteur Pasquier, médecin de la garde de Paris; MM. Toussaint, de Saint-Jean de Luz; Caradec, de Brest; Dagaud, d'Albi; Sebastian, de Béziers; Couzinier, d'Auriac; Robert, de Chaumont; Coion, de Suippes; Bordel, de Vierzon; de Goubriant, de Haugmeur; Pradel, de Prades; Chesnais, de Lohéac; Duvignaud, de Bordeaux; Bordier, de Bazancourt; Masséna, de Thiers; Danthon, de Montluçon; Quinemant, de Surgères; Puirabaud, d'Ancenis; de la Roncette, de Saint-Georges sur Loire; Méchinet, de Niort; Raimbert, de Châteaudun; Charcellay, de Tours; Féréol, Gallard, etc., ont démontré jusqu'à l'évidence qu'on pourrait éteindre la variole si l'on revaccinait tout de suite tous les habitants des localités menacées, sans distinction d'âges ou de dates de vaccinations antérieures. Et, dans un autre ordre de faits, des témoignages non moins nombreux prouvent que la revaccination peut réussir assez souvent, en temps d'épidémie, chez des enfants récemment vaccinés. On a même vu la variole atteindre deux fois le même sujet à quelques semaines de distance.

Il est donc des points acquis à la science, qu'il n'est plus possible de contester après cette grande enquête, sur lesquels tout le monde est maintenant d'accord, dans la pratique médicale comme au sein de l'Académie.

Il en est qui restent douteux. Nous aurons bientôt à en parler à propos du rapport annuel de la commission de vaccine.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC

De la balano-posthite et du phimosis symptomatiques des chancres infectants (1).

(Leçons recueillies par M. CHEVALIER, interne du service)

VII

Est-ce à dire que les balano-posthites symptomatiques des chancres infectants ne pourront pas devenir gangréneuses, suivant le mode que je vous ai décrit quand nous nous sommes occupés des balano-posthites qui accompagnent le chancre simple? Eh bien, messieurs, le fait ne peut pas être mis en doute. Oui, il existe des chancres infectants qui ressemblent beaucoup aux chancres mous par l'acuité et la violence de leurs phénomènes, et qui sont doués d'une aptitude très-grande à présenter autour d'eux une réaction inflammatoire de même nature. Or, quand ils siégent dans la rainure et sur la couronne, si le prépuce est long et l'orifice étroit, une balano-posthite intense avec phimosis ne tarde pas à survenir; et, comme les conditions vitales et physiques sont, à peu de chose près, les mêmes que dans les cas de chancres mous, on voit se développer en peu de temps la succession des mêmes accidents, locaux et généraux. La fièvre s'allume; elle est accompagnée d'une grande prostration des forces, de subdélirium, de délire, d'agitation, en un mot, de phénomènes ataxo-adynamiques qui cèdent lorsque le processus local gangréneux a produit tout son effet, c'est-à-dire une destruction totale ou partielle du gland et du prépuce. Les périodes d'élimination et de réparation se font aussi de la même manière que dans la balano-posthite gangréneuse du chancroïde. Il est inutile de vous refaire ici une description qui a reçu dans une leçon précédente tous les développements qu'exige l'importance du su-

(1) Suite. — Voir les numéros des 26-29 novembre 1874, 7, 28 janvier et 4 février 1875.

jet. Qu'il me suffise de vous faire remarquer pour le moment que si ce processus est aussi rapide et aussi destructeur dans les balano-posthites du chancre infectant que dans celles du chancre mou, il ne survient pas à une époque aussi rapprochée du début dans le premier cas que dans le second.

VIII

J'ai observé tout récemment un cas de balano-posthite chancreuse syphilitique qui mérite d'être rapporté.

Le malade, âgé de cinquante-huit ans, couché au nº 7 de la salle 6, n'avait jamais eu aucune maladie vénérienne, lorsque, après une continence de quatre mois et demi, il eut commerce, vers le mois de juin 1874, avec une coureuse. Sept à huit jours après, il survint un écoulement de pus et un phimosis, puis une balano-posthite très-aiguë, qui augmenta d'intensité jusqu'au moment où le malade entra dans mon service.

Un mois après le début de ces accidents, je constatai chez lui les symptômes d'une balano-posthite très-inflammatoire avec phimosis; mais il n'existait aucun signe particulier qui pût éclairer sur sa nature. Une première inoculation, faite le 3 juillet, fut négative.

Le 6, je constatai sur le côté droit du prépuce, à 2 centimètres de l'orifice préputial, une perforation ronde, régulière, à bords très-minces, n'ayant aucun caractère gangréneux, ni aucune apparence de chancre simple. On aurait dit qu'elle provenait d'une atrophie progressive de la peau. A travers cette perforation, on voyait une portion du gland recouverte d'érosions finement granuleuses. Vers la rainure et dans l'épaisseur du prépuce, on sentait quelques masses indurées. Le limbe était épaissi, mais sans dureté circonscrite et sans érosion chancreuse. Il y avait peu d'adénopathie. En pressant le prépuce et le gland pour les explorer, on provoquait une petite hémorrhagie sous-préputiale.

Ce fait que la perforation préputiale n'avait aucun caractère chancreux me fit écarter l'hypothèse d'une balano-posthite symptomatique de chancres simples, et je pensai que cette affection dépendait de chancres infectants multiples disséminés sur toute l'étendue de la muqueuse glando-préputiale. Il était évident que la perforation du prépuce avait un diamètre trop considérable pour qu'on pût espérer sa guérison spontanée. En réfléchissant à la façon dont s'était produite cette perforation, je finis par l'attribuer à la fonte centrale d'une plaque d'induration chancreuse siégeant sur la muqueuse du prépuce. Il s'était opéré sur ce point, de dedans en dehors, le même travail morbide que nous avons vu s'accomplir de dehors en dedans dans notre deuxième catégorie de faits. Le seul moyen de remédier à cette perforation, c'était d'enlever le prépuce. Je n'avais point à craindre l'inoculation, et je savais par expérience que la présence de chancres infectants favorise plutôt qu'elle ne contrarie la cicatrisation. L'événement m'a donné raison.

Je fis donc l'incision médiane du prépuce et l'excision des deux lambeaux, dont celui de droite contenait la perforation. Il s'est écoulé beaucoup de sang; mais la réunion s'est effectuée facilement. J'ai constaté sur le gland mis à découvert des indurations granuleuses, quelques-unes diffuses, d'autres circonscrites, et je ne doute pas que le malade ait plus tard les accidents consécutifs de la syphilis.

J'attire votre attention, messieurs, sur cette perforation atrophique du prépuce. Vous ne l'observerez jamais dans les balano-posthites symptomatiques des chancres mous, ni dans les balano-posthites blennorrhagiques. Elle ne survient que dans les balano-posthites du chancre syphilitique et dans celles qui sont symptomatiques de végétations sous-préputiales.

IX

J'en ai fini avec les variétés des balano-posthites et des phimosis, comprises dans ces trois catégories que j'ai établies.

Je vais maintenant jeter un coup d'œil d'ensemble sur les symptômes et la marche de ces balano-posthites, et les comparer aux symptômes et à la marche des balano-posthites du chancre simple.

Les phénomènes inflammatoires sont généralement moins vifs et moins rapides dans les balano-posthites syphilitiques que dans les balano-posthites chancroïdales. Mais c'est surtout par l'œdème et par la nature des produits de sécrétion que ces deux espèces diffèrent.

Ainsi tandis que, dans les balano-posthites chancroïdales, l'infiltration sous-cutanée du prépuce et du fourreau est séreuse, puis purulente, c'est-à-dire semblable à celle qui appartient au phlegmon et à l'érysipèle phlegmoneux, elle est, au contraire, plastique et devient dure dans les balano-posthites syphilitiques. De plus elle subit, si elle ne se résout pas, des processus régressifs et destructeurs, qui diffèrent, comme je vous le disais tout à l'heure, de ceux qui terminent l'inflammation portée à son degré le plus intense.

Quant à l'écoulement qui se fait par l'orifice préputial, il est presque toujours séreux, séro-gommeux ou séro-purulent, au début et à la fin de l'affection, et il reste même quelquefois tel pendant toute sa durée, si l'inflammation de la muqueuse glando-préputiale se maintient dans les limites d'une irritation catarrhale très-subaiguë. Rappelez-vous que dans les balano-posthites chancroïdales le flux glando-préputial, est, au contraire, toujours épais et purulent.

Mais ce qui distingue surtout l'un de l'autre les écoulements propres à chacune de ces deux espèces de balano-posthites, c'est que celui qui appartient à la balano-posthite syphilitique est absolument irréinoculable, tandis que celui de la balano-posthite chancroïdale peut s'inoculer au malade lui-même autant de fois que l'on veut. Il ne perd cette faculté que lorsque la gangrène, en détruisant les chancres, neutralise leur virus.

L'exploration physique fait constater aussi des différences entre ces deux espèces de balano-posthites. Dans les balano-posthites chancroïdales, les doigts ne découvrent aucune induration. La consistance des tissus est uniforme sur tous les points, sauf peut-être sur quelques-uns, tels que le limbe et la rainure glando-préputiale; et encore l'engorgement, s'il en existe, au lieu d'être circonscrit, dur et élastique, cartilagineux, comme dans les chancres infectants, reste-t-il pâteux, diffus et sans lignes de démarcation nettement tranchée.

Dans les balano-posthites symptomatiques du chancre infectant, au contraire, on finit toujours par découvrir soit des noyaux, soit des cordons, soit des plaques, soit de grosses masses présentant l'induration caractéristique de l'accident primitif. Sans doute, ces indurations ne sont pas toujours très-sensibles, surtout quand les phénomènes inflammatoires deviennent phlegmoneux ou gangréneux; mais avec le temps, elles se dégagent de l'engorgement périphérique qui empêchait de les percevoir; puis elles restent seules au sein des tissus revenus à leur état normal et ne se résolvent que très-lentement.

Il n'est pas rare, quand on explore ainsi la verge pour découvrir les chancres indurés sous-préputiaux, de provoquer une petite hémorrhagie, qui s'arrête d'elle-même. Ce fait n'a pas une grande signification, puisqu'il peut se produire dans les deux espèces de balano-posthites; mais il m'a semblé plus

fréquent dans l'espèce syphilitique que dans l'espèce chancroïdale.

Quand je vous aurai rappelé que les chancres indurés, qu'ils soient extra ou intra-préputiaux, qu'ils soient simples ou compliqués, résolutifs ou ulcéreux, phagédéniques ou gangréneux, provoquent toujours, dans les ganglions de la région inguinale, l'adénopathie spécifique dont je vous ai tracé si souvent les caractères, j'aurai épuisé l'énumération de toutes les circonstances morbides qui se rattachent aux balano-posthites syphilitiques. (*A suivre.*)

HOPITAL DE HAM. — M. SURMAY.

Ankylose en pronation de l'articulation radio-cubitale inférieure gauche. — Abcès froid sous-musculaire de la face palmaire de l'avant-bras du même côté, chez un tisseur (1).

Le 27 juillet 1874, était admis à l'hôpital de Ham, le nommé C.... entré depuis deux mois comme recrue au 87e de ligne.

Ce garçon, d'assez chétive apparence, portait sur la face palmaire de l'avant-bras gauche, immédiatement au-dessus du poignet, une tumeur de peu de volume, occupant à peu près toute la largeur de la région, fluctuante, modérément douloureuse et ressemblant, au premier aspect, à un kyste synovial. Le siége principal de la douleur n'était pas cette tumeur, mais l'extrémité supérieure de l'avant-bras immédiatement au-dessous du pli du coude. En cet endroit, la peau, qui portait la trace d'un vésicatoire volant, était légèrement soulevée. La palpation attentive donnait une sensation confuse de fluctuation profonde. Il semblait même que cette fluctuation se communiquait par une pression alternative de la tumeur supérieure à l'inférieure et réciproquement. Le mal avait débuté, trois mois environ auparavant, par une douleur à la partie supérieure de la face palmaire de l'avant-bras. Puis la région du poignet était elle-même devenue douloureuse et avait montré peu à peu une augmentation de volume. Toutefois cela n'avait pas empêché ce jeune homme de se livrer à son travail. Après son entrée au régiment, il avait, pendant quelque temps, pris part aux exercices militaires, mais il avait dû cesser bientôt à cause de la douleur qu'il éprouvait en maniant le fusil, et il était entré à l'infirmerie.

En examinant ce malade, je remarquai que la main gauche était toujours en pronation presque complète, et je m'assurai qu'elle était fixée dans cette position par une ankylose de l'articulation radio-cubitale inférieure. Les mouvements de rotation du poignet étaient à peu près nuls, mais les mouvements de flexion et d'extension étaient libres. Il n'y avait nulle trace de gonflement ni d'induration dans les parties composantes de l'articulation.

Interrogé sur cette particularité, C... m'affirma que depuis bien longtemps sa main était en cette position, que cela remontait à une époque qu'il ne pouvait fixer et s'était fait, sans doute petit à petit, sans causer jamais aucune douleur. Chose singulière! Cette ankylose et ces deux tumeurs fluctuantes de l'avant-bras avaient passé inaperçues lors de la révision. Le conscrit n'en avait pas parlé, et personne n'en avait fait la remarque.

Recherchant quelle pouvait être la cause de cette ankylose, et s'il y avait quelque relation entre elle et la double tumeur de l'avant-bras, j'appris que le malade était tisseur, de son état, et qu'un de ses oncles, tisseur comme lui, avait aussi la main gauche fixée dans la même position. Il n'en connaissait pas d'autre exemple dans sa famille ni parmi les tisseurs de son pays. Je pensai alors que la lésion de l'articulation radio-cubitale et celles de l'avant-bras avaient pour cause commune le travail professionnel. Il n'est peut-être pas indifférent d'ajouter que telle était aussi l'opinion du malade en ce qui regardait la difformité du poignet.

En effet, le tisseur se sert alternativement de ses deux mains pour faire son travail. De la main droite il met en mouvement la navette en tirant sur une corde qui pend devant lui comme un cordon de sonnette. La main gauche est constamment appliquée en pronation sur une barre transversale à laquelle est fixé le peigne, barre assez lourde, qu'elle saisit et attire vers l'ouvrier pour presser les uns contre les autres les fils que chaque passage de la navette a entraînés dans la chaîne. On comprend, dès lors, qu'une ankylose radio-cubitale inférieure puisse, en certains cas, être la conséquence d'un travail qui tient, tous les jours et pendant de longues heures, la main dans la position que j'ai indiquée, et qui est la pronation presque complète. Cette manière de voir me paraît corroborée par ce fait que l'oncle de ce jeune homme, occupé au même travail, est atteint de la même difformité.

Si mon appréciation est exacte, il y aurait, peut être, à ajouter aux difformités professionnelles l'ankylose radio-cubitale des tisseurs, car il n'est pas à ma connaissance qu'elle ait déjà été signalée.

Je reviens maintenant aux tumeurs fluctuantes de l'avant-bras.

Après mûr examen, je pensai avoir affaire à un abcès froid, en partie sous-musculaire et s'étendant de l'extrémité inférieure à l'extrémité supérieure de l'avant-bras. En conséquence, j'ouvris par une incision la tumeur inférieure. Il s'écoula une assez grande quantité de pus mêlé de sang plus ou moins altéré et présentant encore quelques petits caillots non désagrégés. Après m'être assuré au moyen d'un stylet que la tumeur inférieure et la supérieure communiquaient ensemble, j'incisai la tumeur supérieure, et je passai un drain d'une incision à l'autre. Je pus aussi constater que le trajet parcouru par le drain, sous-cutané dans son quart inférieur, était ensuite plus profondément situé, de telle sorte qu'on ne pouvait plus sentir à travers la peau le stylet explorateur qu'on y avait introduit, et qu'à son extrémité supérieure, il redevenait sous-cutané et se terminait près de l'épitrochlée.

L'incision inférieure avait découvert les tendons des muscles de la région superficielle de l'avant-bras.

Je supposais que le trajet en suppuration passait, en bas, entre les tendons des grand et petit palmaire, puis s'enfonçait sous la portion charnue de ces deux muscles et sortait enfin, pour redevenir sous-cutané entre le grand palmaire et le rond pronateur au niveau de l'attache épitrochléenne duquel il se terminait.

Au bout d'une quinzaine de jours, je supprimai le drain; un peu plus tard, une injection de teinture d'iode détermina la cicatrisation définitive, et le soldat put sortir guéri le 15 septembre.

Faut-il voir dans cet abcès un nouvel effet du travail professionnel? Telle est mon opinion, et il me semble plausible d'admettre que l'abcès a été la conséquence d'un épanchement sanguin intermusculaire ayant eu, lui-même, pour cause la mise en action prolongée, répétée ou excessive des muscles fléchisseurs et pronateur de la main.

Je ne terminerai pas sans remercier la société de la bienveillance avec laquelle elle a bien voulu entendre l'exposé de faits qui, sans nul doute, n'ont pas à ses yeux l'intérêt qu'ils m'ont offert. En particulier, le dernier ne peut avoir quelque mérite que si l'interprétation que j'ai osé lui donner est fondée, et je sens bien qu'elle ne l'est pas assez pour être admise sans preuves ultérieures. Mais cette confirmation ou cette infirmation, à qui la demanderai-je, si ce n'est à vous, messieurs? Cette considération me vaudra, j'espère, votre indulgence.

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 30 décembre 1874.

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DU PNEUMOTHORAX DE CAUSE TUBERCULEUSE.

Par M. le docteur BERNHEIM, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

M. le docteur Bernheim résume ainsi l'intéressant travail qu'il a publié sous ce titre dans la *Revue médicale de l'Est* (numéro du 1er janvier 1875.)

« Le pneumothorax par perforation peut guérir. La fistule peut se fermer, soit par épanchement pleurétique avec fausses membranes, cas le plus fréquent, soit par compression due à l'épanchement sans fausses membranes, soit, sans épanchement, par fausses membranes et soudures des deux plèvres. La fistule peut être fermée rapidement quelques jours après s'être produite. Le plus souvent, c'est après un

ou deux mois au plus tard qu'elle s'oblitère. L'affection tuberculeuse, compliquée de pneumothorax, peut continuer à subir une évolution très-lente et même rester stationnaire; toutefois l'influence favorable du pneumothorax comme enrayant la tuberculose n'est pas démontrée. Lorsqu'un épanchement succède au pneumothorax, il est prudent, si l'état le permet, d'attendre pendant un ou deux mois l'oblitération possible de la fistule avant de pratiquer la thoracentèse; alors l'épanchement, s'il ne se résorbe pas, devra être évacué, et, s'il devient purulent, des injections iodées pourront être faites dans la cavité pleurale; lors même que l'oblitération de la fistule n'est pas démontrée, il ne faut pas attendre trop longtemps pour évacuer le pus. On a vu la fistule se fermer seulement après plusieurs ponctions. Les injections iodées, en irritant la plèvre, favorisent peut-être le travail de néoformation connective propre à amener la cicatrisation avec adhérence de la fistule. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 février 1875. — Présidence de M. GOSSELIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie le compte rendu négatif des maladies épidémiques qui ont régné dans le département des Landes pendant l'année 1874 (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une observation adressée par M. le docteur Marquez (de Lisbonne, intitulée : *Anévrysme de l'artère carotide externe droite*, traité par la compression digitale (commission : MM. Verneuil et Broca).

2° Une lettre de remercîment de la part de M. le docteur Coze (de Nancy), récemment élu membre correspondant.

3° Une lettre de M. le docteur Netter (de Nancy), qui réclame la priorité du traitement des maladies des yeux, et en particulier de l'héméralopie par la lumière.

4° Un mémoire pour le concours du prix Godart.

5° Une lettre de M. Cabaret, architecte, qui fait part d'un pensionnat d'enfants nouveau-nés (renvoyée à la commission d'hygiène de l'enfance.)

6° Un mémoire de M. le docteur Gariel, intitulé : *Pathogénie et Traitement des affections chroniques de l'utérus* (commission : MM. Gosselin, Richet, Verneuil).

7° Un travail, de M. Bedoin, médecin-major, intitulé : *Trocart explorateur à deux voies*.

8° Un mémoire de M. le docteur Cazenave de la Roche, intitulé : *De l'équitation dans les maladies de poitrine* (commission : MM. Barth, Bergeron, Woillez).

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente de la part de M. Ferrand, médecin-major de première classe, une brochure intitulée : *Lettre sur la phthisie*.

M. JULES GUÉRIN offre en hommage à l'Académie, de la part de M. Louis Figuier, le dix-huitième volume de l'*Année scientifique et industrielle*.

M. BÉCLARD, secrétaire perpétuel, signale, dans la correspondance imprimée, le premier fascicule des *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*.

RAPPORT

M. POGGIALE lit, au nom de la commission des eaux minérales, une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources d'eaux minérales. Les conclusions en sont adoptées sans discussion.

COMMUNICATION

Vaccine humaine. — M. HERVIEUX, sans vouloir discuter la valeur comparative de la vaccine animale et de la vaccine humaine, demande à l'Académie la permission d'aborder un point dont l'importance, et surtout l'importance pratique, n'échappera à personne, celui qui se rapporte à la durée de la préservation vaccinale obtenue par la vaccine humaine.

Ce n'est pas la première fois que cette question a été posée devant l'Académie. Déjà en 1838, elle l'a été, mais dans des termes différents : il s'agissait de savoir si la vertu préservatrice de la vaccine était temporaire ou absolue; et sur ce point il y eut, dans les opinions exprimées, une divergence considérable.

Plus tard, la science ayant marché, on n'a plus discuté que sur la question de savoir combien de temps pouvait subsister cette vertu préservatrice. Tandis que M. Jules Guérin, s'appuyant sur les recherches statistiques de M. Vleminckx, lui attribuait une durée moyenne de quinze à vingt ans, M. Depaul soutenait qu'elle était beaucoup moindre.

Il est donc bon de recourir aux faits. Ces faits ont été recueillis pour la plupart avec beaucoup de soin jusque vers l'année 1840 dans l'excellent ouvrage de M. Steinbrunner (Paris, 1846). Ils prouvent que, dans un assez grand nombre d'épidémies, dont la dernière est antérieure à l'année 1840, des individus vaccinés depuis un temps très-court ont pu être affectés de variole.

Toutes ces citations, que M. Hervieux a longuement énumérées, et les chiffres sur lesquels s'appuient la plupart d'entre elles, ont, dit-il, une éloquence qui dispense de longs commentaires. Elles établissent non-seulement que la préservation par la vaccine Jennérienne est temporaire, mais que les limites de sa durée sont bien inférieures au chiffre de quinze ans fixé par M. Jules Guérin.

Il ne faut pas conclure de là que la vaccine n'a pas une puissance préservatrice réelle. On oublie qu'elle n'est qu'un contre-poison pour la variole comme le sulfate de quinine pour la fièvre intermittente, et que quand la dose et l'énergie du poison absorbé sont supérieures à la dose et à l'énergie du contre-poison celui-ci peut rester sans effet ou ne produire qu'un effet insuffisant; indépendamment des conditions de réceptivité individuelle, la puissance du poison variolique est essentiellement variable. Elle diffère notablement à l'état épidémique de ce qu'elle est à l'état sporadique. Quant à ses manifestations, quant à sa léthalité, quant à sa transmissibilité, elle varie aussi dans les différentes épidémies.

La vaccine n'est qu'une digue opposée à l'agent toxique. Comme toute digue, elle n'a qu'une puissance limitée; si le courant qu'elle est appelée à contenir ne la dépasse pas comme force et comme niveau, elle lutte avec avantage, mais si, au contraire, le courant devenu trop impétueux la déborde, la digue est culbutée et demeure impuissante. C'est l'image de la vaccine.

Il serait donc peu logique de prétendre fixer d'une manière absolue la durée et les limites du pouvoir préservateur de la vaccine.

M. Jules Guérin avait invoqué les statistiques de M. Vleminckx recueillies dans l'année 1858. Mais M. Vleminckx reconnaît lui-même que des faits ultérieurs sont venus ébranler ses convictions, et que le dernier mot n'est pas dit sur cette question. D'ailleurs il procédait par revaccination, cherchant après combien de temps une inoculation nouvelle réussirait. Or rien ne prouve que la réceptivité pour la vaccine et la réceptivité pour la variole soient corrélatives.

M. Hervieux conclut en ces termes :

1° La préservation vaccinale, non-seulement n'a qu'une durée temporaire, mais les limites de cette durée ne sauraient être fixées d'une manière absolue.

2° Elle est subordonnée à des éventualités dépendant de la réceptivité du sujet pour la vaccine et la variole, de l'épidémicité et de la spontanéité variolique, du degré d'intensité de l'épidémie, etc.

3° S'il est indifférent d'attendre jusqu'à dix ou quinze ans pour revacciner lorsqu'il n'existe aucune épidémie, la prudence exige qu'on revaccine, même les sujets au-dessous de cinq ans, dès l'instant qu'une épidémie de variole se déclare.

DISCUSSION.

M. JULES GUÉRIN. Je suis très-étonné de me voir pris à part par M. Hervieux, à propos d'une courte réflexion que j'avais faite, il y a six ou huit ans, dans le cours d'une discussion sur la vaccine. Je ne parlais pas alors en mon nom personnel. Je me bornais à rappeler des recherches faites en Belgique et publiées par M. Vleminckx. Ainsi la durée de quinze ans pour la préservation vaccinale n'est nullement une idée qui m'appartienne en propre et que je sois disposé à défendre. Quel peut donc être l'à-propos du mémoire de M. Hervieux, et quelle peut être son utilité? Je ne le vois pas, je l'avoue. Il nous a lu de vieilles statistiques tendant à prouver que la vaccination est restée inefficace contre certaines épidémies de variole; mais ces statistiques sont incomplètes, insuffisantes, et ne peuvent être invoquées sans exposer à de grossières erreurs. Elles donnent un chiffre de vaccinés qui ont eu la variole, mais elles ne donnent pas le chiffre de ceux qui ne l'ont pas contractée, malgré l'influence épidémique, parce qu'ils étaient vaccinés.

Quant à la question de savoir s'il convient de revacciner en temps d'épidémie, elle n'est plus en contestation. Tout le monde est pleinement d'accord sur ce sujet.

M. DEPAUL. Tout le monde est, en effet, d'accord maintenant sur l'utilité des revaccinations.

Il y a environ quinze ou vingt ans que ce point a été pleinement mis hors de doute devant l'Académie, et je crois y avoir contribué.

Je me rappelle encore l'époque où Bousquet soutenait le contraire et affirmait que l'action de la vaccine était indéfinie. Il était bon alors de noter tous les cas de variole survenus chez des individus vaccinés. M. Guérin reproche aux statistiques recueillies à cette occasion d'être incomplètes parce, qu'on n'a pas noté le nombre des individus qui échappaient à l'épidémie par la vertu de la vaccine, mais une pareille statistique était impossible à Paris.

Une voix. Elle était possible dans les provinces. On y a recueilli plus récemment des statistiques de ce genre.

M. DEPAUL. Je remercie M. Hervieux de sa lecture, mais je dois lui faire remarquer que ce sont là des opinions courantes dans la science et dans la pratique. Aujourd'hui tout le monde sait qu'il est bon de revacciner en temps d'épidémie, et le public lui-même, instruit par la masse des praticiens, ne manifeste plus aucune répugnance pour l'inoculation répétée. Tous les jours on est appelé à revacciner dans les familles, non-seulement avant vingt ans, avant quinze ans, mais avant dix ans. Personne n'ignore que la variole peut parfois survenir fort peu de temps après une vaccination. Je viens d'en voir un nouvel exemple chez un enfant de deux mois, mais il est bon de tenir compte des modifications que la vaccine apporte en pareil cas à la variole. Cet enfant n'a eu qu'une varioloïde.

M. CHAUFFARD. Je n'ai que quelques mots à dire pour appuyer les observations de MM. Guérin et Depaul. Je me demandais ce que la lecture de M. Hervieux avait appris de nouveau, et je le cherche encore. Il est évident que quand on parle d'une durée pour la préservation vaccinale, on ne songe pas à autre chose qu'à établir des moyennes tout en prévoyant des exceptions.

Il n'existe rien d'absolu en pareille matière. L'organisme humain n'est pas constamment dans les mêmes conditions de réceptivité. Tel sera resté longtemps indemne au milieu d'un puissant foyer épidémique, qui a été frappé au moment où l'épidémie allait disparaître. Tout ceci est d'un bon sens vulgaire, et ce serait perdre le temps de l'Académie que d'insister sur ces vérités, au sujet desquelles nous sommes certainement tous d'accord.

M. HERVIEUX. Je suis bien aise d'apprendre que tout le monde est aujourd'hui d'accord sur cette question. Mais, dans l'ancienne discussion à laquelle je me référais, ce bel accord, s'il existait déjà, ne pouvait être qu'implicite. M. Depaul fixait une durée, M. Guérin en fixait une autre, ou plutôt deux autres, car d'abord il avait dit de vingt à vingt-cinq ans, puis de quinze à vingt. Il eût peut-être dit de dix à quinze si l'on eût insisté.

M. JULES GUÉRIN. Cela n'est pas sérieux, ni digne de l'Académie.

A cinq heures moins le quart, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 décembre 1874 (1). — Présidence de M. PERRIN.

DISCUSSION

M. DESPRÈS. Je considère comme dangereuse toute tentative opératoire faite sur un kyste hordéiforme, avant que l'ouverture spontanée de ce kyste ne soit imminente. Il en est tout autrement quand on se trouve aidé par ce travail naturel; et les résultats que l'on obtient sont presque toujours satisfaisants, et les mouvements peuvent être conservés.

M. BOINET. Je crois qu'on a bien fait d'établir une grande distinction entre les kystes synoviaux proprement dits et les kystes hordéiformes. Les kystes synoviaux guérissent facilement, soit par la compression, soit par la ponction. Il n'en est pas de même des kystes hordéiformes : j'en ai vu un certain nombre de la grosseur d'une bille occupant la face dorsale du poignet et datant de plus de six mois; c'est même à l'ancienneté du kyste que l'on doit attribuer la formation des grains riziformes qui manqueraient absolument si l'on opérait de bonne heure. Dans un cas de la sorte, tout dernièrement, j'ai vidé le kyste avec un ténotome; j'ai fait glisser avec soin sur la lame les grains qu'il contenait; puis, au bout de quinze jours, j'ai ponctionné la petite tumeur à l'aide d'un trocart, et j'ai injecté une petite quantité de teinture d'iode. Aujourd'hui la malade est absolument guérie et, chose que je constate, les tendons extenseurs sont absolument libres d'adhérences; je ne crois pas, en effet, que la teinture d'iode soit susceptible de produire une inflammation adhésive; elle détermine une simple modification des surfaces, je me rappelle avoir opéré de la même manière, il y a dix ans, un employé qui portait sur la face dorsale du poignet un kyste du volume d'un œuf. Il a parfaitement guéri et n'a jamais présenté la moindre adhérence.

M. GUÉRIN. J'avoue qu'autrefois je craignais de toucher aux kystes du poignet, et j'appréhendais avec raison, je crois, les complications inflammatoires qui pouvaient résulter de l'intervention chirurgicale. Depuis que j'ai pu apprécier les bons effets du pansement ouaté, je n'hésite pas à ouvrir largement ces cavités kystiques, de façon à ne pas avoir de fusées, et à interposer même quelques fragments d'ouate entre les lèvres de la plaie que j'ai faite. Les malades opérés de la sorte guérissent très-vite et se servent de leur main sans la moindre roideur.

ÉLECTION DE TROIS MEMBRES CORRESPONDANTS.

Au premier tour de scrutin sont nommés :

MM. Pamard avec 22 voix; M. Vast avec 21.

Au second tour, M. Puel avec 23 voix.

La société se forme en comité secret à cinq heures dix minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

Séance du 30 décembre 1874. — Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine de la semaine.

MM. DENEFFE et VAN WETTER, professeurs à l'université de Gand, offrent leur ouvrage sur *la Ponction de la vessie*.

M. MORÉ (de Besneuil) adresse un travail manuscrit sur *la Fracture de la clavicule* (commissaires : MM. Dubrueil, Horteloup, Le-dentu.)

M. VERNEUIL fait hommage d'un travail imprimé intitulé : *Des névralgies traumatiques secondaires précoces*.

MM. PUEL (de Fergeac) et VAST (de Vitry-le-François) remercient

(1) Fin. — Voir les numéros des 26, 28, 30 janvier, 2 et 9 février.

la société de leur nomination au titre de membre correspondant national.

RAPPORT

M. GUÉRIN fait un rapport verbal sur un travail de M. Surmay. Il s'agit d'une hernie entéro-épiploïque étranglée depuis huit jours, et pour laquelle M. Surnay a pratiqué la kélotomie. Il a trouvé l'intestin largement gangrené et a fait l'anus contre nature. Après avivement et suture du bord de l'orifice anormal, la guérison a été obtenue au bout de six mois.

Ce que je tiens à signaler de particulièrement intéressant dans le fait de M. Surmay, c'est la présence de deux éperons bien distincts; fait qui explique la nécessité de deux ou trois entérotomies pour le rétablissement de la perméabilité de l'intestin. M. Surmay a du reste, selon moi, le tort d'appeler son opération une anaplastie. C'est un avivement suivi d'une réunion par seconde intention. Le fait de M. Surmay est d'ailleurs intéressant à un point de vue qui n'a peut-être pas été envisagé par l'auteur. M. Surmay dit avoir passé son doigt autour de l'anneau pour chercher les adhérences ; j'estime qu'il ne faut pas s'exposer à les rompre quand elles existent : et je serais, par suite, opposé à cette manœuvre ; il en est de même du débridement de l'anneau. Je ne suis pas non plus partisan de cette pratique. En résumé, je propose la publication du fait très-instructif, rapporté par M. Surmay, en même temps que le renvoi au comité de publication d'une observation intitulée : *Ankylose en pronation de l'articulation radio-cubitale inférieure gauche. Abcès froid sous-musculaire de la face palmaire de l'avant-bras du même côté chez un tisseur*. Bien que M. Surmay attache peut-être une importance trop exclusive à la profession de son malade, considérée comme étiologie; puisque la position vicieuse due à cette profession n'était pas constante, il y a dans cette observation des aperçus d'un grand intérêt.

Les conclusions de M. Guérin sont adoptées.

Hernie entéro-épiploïque étranglée depuis huit jours. — Opération. — Intestin largement gangrené. — Anus contre nature. — Guérison au bout de six mois, après avivement et suture des bords de l'orifice anormal. (Voir plus haut, page 108.)

Ankylose en pronation de l'articulation radio-cubitale inférieure gauche. — Abcès froid sous-musculaire de la face palmaire de l'avant-bras du même côté, chez un tisseur. (Voir plus haut, page 131.)

DISCUSSION

M. TILLAUX. M. Guérin, dans son rapport, vient de toucher à une grosse question de pratique chirurgicale. Faut-il débrider dans un cas de hernie gangrenée? M. Guérin s'est prononcé pour la négative. Je ne partage point cet avis. Quand l'intestin est ouvert, on trouve une extrême difficulté à faire sortir les matières par cet anus anormal; aussi me demandé-je si l'on doit accepter en principe qu'il ne faut pas débrider l'anneau; j'adopterais plutôt la pratique contraire et je débriderais exactement, comme pour chercher à réduire, afin de faciliter l'issue des matières fécales.

M. LANNELONGUE. J'estime que, pour prendre une décision dans ce cas, il faut distinguer. Parfois l'issue des matières est rendue difficile par l'étroitesse même de l'orifice; mais il n'en est pas toujours ainsi. L'issue, difficile pour les matières solides, est encore assez aisée pour les liquides, surtout si l'on s'aide d'une grosse sonde. Aussi me rangerai-je à l'opinion de M. Guérin, surtout si je considère que, dans la suite, la guérison de l'anus contre nature sera d'autant plus facile à obtenir que l'orifice aura été plus étroit.

M. DESPRÈS. Mon opinion se rapproche beaucoup de celle de M. Tillaux. Deux fois j'ai fait l'opération de l'anus contre nature, et j'ai éprouvé une certaine difficulté à fixer l'intestin à la paroi abdominale, et je me suis convaincu qu'il faut se faire une place suffisante pour mener à bien cette fixation; j'ai donc débridé. Quant à l'obstacle à l'issue des matières fécales, il n'existe guère que dans les premiers vingt-quatre heures.

Dès que la débâcle arrive, le cours s'établit régulièrement, s'il ne survient point de péritonite comme chez les deux malades que je citais à l'instant. Je crois donc qu'étant donnée une très-large ouverture, il n'y a rien à faire; mais que, dans le cas contraire, il faut débrider.

M. GUÉRIN. Il est évident que certaines propositions de ma communication peuvent prêter à contestation. Il faut distinguer à ce sujet les hernies crurales des hernies inguinales pour ce qui a trait au débridement. De par l'expérience qui m'est personnelle, je crois qu'il faut s'abstenir de débrider dans la hernie inguinale. L'anneau est, dans ce cas, toujours assez large, et le débridement ne pourra que faciliter la rentrée de l'intestin. Or l'on sait que ce qui peut arriver de plus favorable est l'immobilité parfaite de l'anse herniée et la création rapide d'adhérences. On peut établir en principe le contraire pour la hernie crurale. Le plus souvent, dans ce cas, une très-petite anse d'intestin, voire même parfois une partie d'anse seulement, est compromis. Je crois donc qu'il faut se garder d'être exclusif, et qu'il est nécessaire de se laisser guider par les circonstances et surtout par les conditions spéciales auxquelles on aura affaire.

M. LE FORT. Tout en pensant qu'il est impossible d'établir à ce sujet de règle générale et absolue, je pense que le débridement est dans l'espèce, une bonne manœuvre; je crois également qu'il est utile d'attirer au dehors une petite portion d'intestin sain, afin d'empêcher l'épanchement de se faire dans le péritoine, quand il n'y a pas d'adhérence établie.

LECTURE

M. le docteur Dehoux, directeur de l'école de médecine de Port-au-Prince, lit une note intitulée : *Sur le traitement des fractures et des plaies*. (Commission : MM. Tillaux, Cruveilhier, Terrier, rapporteur.)

COMMUNICATION

M. DEMARQUAY fait la communication suivante :

Sarcome développé sur le trajet du nerf musculo-cutané. — Alexis M..., âgé de vingt-quatre ans, cultivateur, est entré le 4 août 1874 dans mon service.

Ce malade, pâle et d'un tempérament lymphatique, arrive de son pays pour se faire opérer d'une tumeur développée dans la paroi externe du creux de l'aisselle droite.

Il raconte que, depuis deux ans, il souffre de douleurs spontanées très-vives apparaissant surtout la nuit dans toute la longueur du bras droit ; que le moindre effort détermine une fatigue telle qu'il ne peut plus se servir de sa main.

Qu'il y a seulement six mois, il constata dans l'aisselle une petite grosseur du volume d'un pois, d'où semblaient partir les douleurs, et que, depuis cette époque, elle s'est accrue insensiblement, au point d'atteindre le volume d'un marron.

Cette tumeur, située dans la paroi externe du creux axillaire, un peu au-dessus de l'insertion du grand pectoral à l'humérus, à égales distances de l'insertion des muscles grand pectoral et grand dorsal à grand diamètre, suivant l'axe du membre, sans changement de couleur à la peau, glisse sous les téguments dans le sens antéro-postérieur, ainsi que sous les tissus sous-jacents.

De forme ovalaire, elle est dure, résistante, à surface lisse, sans battements, indolente à une pression modérée. Une pression plus forte détermine des douleurs très-vives, qui irradient dans le bras et s'étendent jusqu'à la main en suivant les ramifications du nerf radial.

Les douleurs spontanées qui surviennent, surtout la nuit, ne descendent pas au-delà de l'apophyse styloïde du radius.

Le siége de la tumeur, les douleurs spontanées et provoquées, indiquent que la tumeur est développée au milieu du plexus brachial et probablement sur le trajet de l'un d'eux. On s'arrête au diagnostic *névrome*.

4 août. — M. Demarquay, craignant que la tumeur n'enveloppe plusieurs nerfs à la fois ou contracte avec eux des adhérences qui rendront la dissection difficile, et suivant le conseil de M. Ricord, administre préalablement le traitement antisyphilitique, quoique le malade ne présente aucun antécédent de syphilis, et fait envelopper la tumeur

avec le coton iodé Méhu. Quelques frictions avec onguent napolitain furent faites. Loin de se modifier, la tumeur augmenta sensiblement de volume, et du 4 au 21 août, elle double de volume. Les douleurs spontanées deviennent de plus en plus vives, présentant ce caractère constant qu'elles irradiaient dans le bras et l'avant-bras sans jamais atteindre la main.

21 août. — L'opération est décidée. Le malade chloroformé. Le bras étant fortement relevé, M. Demarquay, par une incision cruciale intéressant la peau et l'aponévrose, met à nu la tumeur qui paraît appliquée sur le plexus brachial.

Disséquée et séparée sans peine des tissus sous-jacents auxquels elle adhère faiblement par quelques tractus celluleux, elle laisse voir au-dessous d'elle tout le faisceau vasculo-nerveux du bras, et n'est plus retenu que par un cordon grisâtre, qui part des deux pôles, et qui n'est autre chose que le nerf aux dépens duquel s'est développée la tumeur. Ce nerf est le *nerf musculo-cutané*. Il s'est écoulé peu de sang.

M. Demarquay coupe alors au-dessus et au-dessous de la tumeur le cordon qui la retient encore. La plaie est refermée à l'aide de quatre points de suture métallique et pansée avec un linge glycériné.

22 août. — Pas de fièvre. Les douleurs spontanées ne se sont pas reproduites.

23 août. — Même état.

24 août. — Le malade, à la visite du soir, est pris d'une fièvre très-intense, T. 40°,3. Les bords de la plaie sont rouges. Le bras est tuméfié. Sulfate de quinine, 30 centigrammes.

25 août matin. — M. Demarquay observe, sur la face antérieure du bras, une rougeur vive qui s'étend jusqu'au pli du coude. C'est un phlegmon diffus au début.

M. Demarquay enlève les fils, fait à la partie moyenne du bras une longue incision, d'où s'écoule du sang et à peine quelques globules de pus.

26. L'incision a enrayé le phlegmon. La fièvre tombe. La plaie perd son caractère inflammatoire.

29 août. — Le malade se trouve mieux. L'appétit est revenu. Plus de fièvre. Sommeil. Le malade est en voie de guérison.

31 août. — Même état.

Il sort complétement guéri.

Examen anatomique d'une tumeur développée au niveau de l'extrémité externe du plexus brachial, par M. Chouppe. — Tumeur allongée, ellipsoïde, entourée d'une zone de tissu conjonctif assez lâche. Cette tumeur est tapissée à toute sa surface par des filaments grêles et déliés. Cette tumeur pèse 80 grammes.

A l'état frais, les éléments de la tumeur, examinés par le raclage, se présentent sous forme de petites cellules arrondies, égales et munies d'un noyau. Un grand nombre de ces cellules sont en dégénérescence granulo-graisseuse. Leur volume est à peu près celui d'un leucocyte ordinaire.

Après durcissement dans l'alcool, l'on examine des coupes minces faites en différents points de la tumeur et en différents sens.

Toutes ces coupes offrent des caractères communs et sont composées : 1° d'un réticulum, 2° des éléments propres de la glande ; 3° des vaisseaux.

1° *Réticulum* formé d'éléments jeunes de tissu conjonctif et surtout de cellules fusiformes, disposées sous forme de traînées s'entre-croisant en divers sens, formant la charpente de la tumeur, mais ne constituant pas de cloisons complètes ni des alvéoles. Cette charpente est légère et, je le répète, formée d'un tissu conjonctif très-jeune et en voie de prolifération très-active.

2° *Le tissu propre de la tumeur* est exclusivement constitué par les petits éléments arrondis dont nous avons parlé précédemment, ceux-ci ont un noyau qui se colore vivement par le carmin. Ils sont fortement pressés les uns contre les autres, quelque-uns déformés et beaucoup sont devenus granuleux.

3° La *tumeur* est riche en *vaisseaux* d'un calibre assez fort n'ayant qu'une seule paroi et ramifiés.

En résumé, cette tumeur est un sarcome à petites cellules dont l'évolution a dû être très-rapide, ainsi que le montrent et le nombre considérable des éléments qui la composent et l'état jeune du tissu conjonctif.

Comment se comporte le nerf à l'égard de la tumeur? Tel était le dernier point qui restait à résoudre. Des coupes nombreuses faites en divers points, aussi bien à la surface que dans la profondeur, ne nous ont pas présenté une seule fibre nerveuse.

Mais à la périphérie, vers la partie supérieure de la tumeur, il nous a été facile de retrouver des faisceaux nerveux englobés dans la coque qui enveloppe la tumeur. Ces faisceaux ne sont plus réunis pour former un tronc nerveux; ils sont aplatis, dissociés et entièrement adhérents à la surface du néoplasme. Plus bas, il semble impossible de les retrouver, et ils paraissent avoir été complétement étouffés dans la tumeur.

Il serait donc permis de croire que la néoplasie a pris naissance tout d'abord aux dépens du névrilème, seul organe qui lui soit adhérent.

ÉLECTION DU BUREAU POUR 1875.

Sont nommés :

Président, M. Le Fort.

Vice-président, M. Houel.

Secrétaire et vice-secrétaire, MM. Marc Sée et Paulet.

Trésorier, M. Nicaise.

Archiviste, M. Terrier.

La société se forme en comité secret à cinq heures et quart.

Le secrétaire annuel : De Saint-Germain.

Du vaginisme, ses causes, sa nature, son traitement, suivi d'une leçon clinique du professeur Lorain, par le docteur J. A. Lutaud. — In-8° de 80 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, G. Masson.

De l'érythème papuleux dans ses rapports avec le rhumatisme, par le docteur Coulaud. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 18. — SAMEDI 13 FÉVRIER 1875. 48e ANNÉE. SAMEDI 13 FÉVRIER 1875. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes.

Le rapport de la commission des maladies régnantes pour le dernier trimestre de 1874, lu par M. Besnier dans la dernière séance de janvier de la Société médicale des hôpitaux, constate que la mortalité générale des hôpitaux pendant ce trimestre a été sensiblement égale à celle de la période correspondante des deux années précédentes, qui ont été, comme on le sait, des années à mortalité faible. Il en a été ainsi, d'ailleurs, de l'année entière. Pendant tout le cours de l'année 1874, comme dans les années 1872 et 1873, le chiffre des décès a été peu considérable, et la constitution médicale a été généralement bénigne. La mortalité a conservé ses proportions habituelles suivant les saisons, ayant son maximum dans le premier trimestre, déclinant dans le second, abaissée à son minimum pendant le troisième, et reprenant son ascension habituelle dans le quatrième.

Le rapporteur a appelé particulièrement l'attention de ses collègues sur deux points principaux, sur la variole et sur la fièvre typhoïde.

Variole.

On sait qu'après la grande épidémie dernière, qui avait atteint son apogée en 1870, il semblait que la population fût devenue entièrement réfractaire à l'action du contagium varioleux ou plutôt que ce contagium fût épuisé. En effet, en 1872 et 1873, les statistiques des hôpitaux comme celles de la ville portaient des chiffres insignifiants à la colonne de la variole, et le plus souvent zéro pour les décès. Pour 1872, le chiffre total des cas déclarés dans tous les hôpitaux de Paris était de 191, et le chiffre des décès, 36. Pour 1873, 18 cas, 1 seul décès pour les hôpitaux. Le nombre total des décès pour la ville entière était de 17. En 1874, les cas continuent à être très-peu nombreux, et la mortalité nulle pendant les quatre premiers mois de l'année. A dater du mois de mai, bien que le nombre des cas n'augmente pas encore sensiblement, on commence à constater quelques décès, 1 seulement en mai et 1 en juin, 4 en juillet. Puis en novembre et décembre, le nombre des cas augmente sensiblement, mais sans que la mortalité s'élève dans la même proportion. En résumé, on trouve pour toute l'année 1874, dans les hôpitaux de Paris, 65 cas et 13 décès.

Pendant cette même période, la statistique de la ville donne 31 décès, répartis à longs intervalles, mais se rapprochant un peu vers la fin, en novembre et en décembre. (Pour donner à ces chiffres leur valeur, il est bon de rappeler que, d'après un relevé de la mortalité variolique à Paris, depuis l'année 1810, le chiffre moyen des décès annuels par variole est de 400 environ.)

Ces derniers chiffres sont encore très-minimes, sans doute, mais ils n'accusent pas moins un léger mouvement ascensionnel. C'est sur ce mouvement ascensionnel si peu accusé et si peu important en apparence, que M. Besnier a surtout appelé l'attention.

Il y a là, en effet, un point d'épidémiologie des plus dignes d'intérêt. Sommes-nous simplement en présence d'une de ces oscillations si communes dans la marche et le mouvement des endémies ou des maladies permanentes sourdement, mais incessamment entretenues par un contagium plus ou moins actif, suivant les temps? ou bien nous trouvons-nous à la veille d'une nouvelle manifestation épidémique? M. Besnier paraît disposé à pencher pour cette dernière opinion. Il se fonde, en cela, sur cette observation générale que les oscillations ascensionnelles des épidémies varioliques, une fois accentuées, sont continues, lentement, mais certainement.

S'il en était ainsi, — et la prudence veut qu'on se place toujours au point de vue des éventualités les plus fâcheuses, afin de se mieux mettre en mesure de les conjurer, — ce serait le moment de mettre en œuvre tous les moyens prophylactiques dont nous disposons. C'est aussi l'avis de M. Besnier.

Ces moyens, dit-il dans son rapport, consisteraient : à rétablir et organiser un service régulier de vaccinations et de revaccinations dans tous les établissements de l'Assistance publique; à réaliser, d'après les indications fournies par la Société médicale des hôpitaux, l'isolement des varioleux, en ayant soin surtout d'étendre les mesures d'isolement aux convalescents, qui constituent les agents les plus actifs de la diffusion épidémique. Pour la ville, prendre également toutes les mesures nécessaires au rétablissement des services de vaccination et de revaccination, et aviser aux mesures qu'il y aurait à prendre à l'égard des convalescents, et généralement à tous les moyens d'arriver à l'extinction sur place des foyers épidémiques.

M. Féréol, qui par sa position à la Maison municipale de santé, où l'on reçoit des malades de tous les quartiers de la ville, est dans les meilleures conditions pour saisir les pre-

miers indices d'une exacerbation épidémique, et qui a déjà vu quelques cas de variole dans son service dès le commencement d'octobre, a demandé, à cette occasion, à l'administration de l'Assistance publique que des locaux spéciaux, absolument isolés, fussent consacrés désormais au service des varioleux.

On sait que ce vœu a été déjà formulé par la Société médicale des hôpitaux.

Fièvre typhoïde.

M. Besnier, dans ce rapport, poursuit, au sujet de la fièvre typhoïde, l'étude dont il s'est imposé la tâche, des conditions de développement de la maladie et de sa prophylaxie, convaincu que les conquêtes qui pourront être faites dans la voie de la prophylaxie « auront, dans l'avenir, une importance bien supérieure à celle des conquêtes si lentes et si discutables de la thérapeutique ».

Considérant avec raison que, pour atteindre ce but, il faut préalablement s'attacher à bien connaître la marche naturelle des épidémies typhoïdes et particulièrement les variations que subit la maladie suivant les années ou les saisons, et à se fixer sur ce que l'on doit penser au sujet de ses conditions d'origine et de transmission, M. Besnier se propose, dans la série de ses rapports, de fournir, avec le concours de ses collègues, les bases élémentaires de cette étude.

Dans le présent rapport il a dressé, à cet effet, deux tableaux : un premier dans lequel il donne le mouvement, le chiffre des décès, la proportion centésimale, les totaux annuels et mensuels de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux civils de Paris, pendant les années 1867, 1868, 1869, 1872, 1873 et 1874 ; un second, dans lequel il a réuni des éléments statistiques propres à rendre évidente l'influence des saisons sur différentes pyrexies.

Le premier tableau montre dans quelles proportions peuvent varier, d'une année à l'autre, le nombre des malades (1,691 en 1868, 1,080 en 1874), et les écarts de la mortalité (19 à 25 pour 100). Mais il établit surtout d'une manière saisissante l'influence saisonnière. On y voit que la fièvre typhoïde atteint le point le plus déclive de sa trajectoire annuelle au printemps, qu'elle s'élève lentement pendant l'été, subit une ascension brusque et considérable en automne, et décline lentement pendant l'hiver. Il n'y a à cette marche constante que les exceptions résultant de foyers épidémiques accidentels, plus ou moins circonscrits et partiels.

Le deuxième tableau, où sont comparés à ce même point de vue la fièvre typhoïde avec le typhus *fever* et le *relapsing fever*, montre, d'une part, que le paroxysme estivo-automnal appartient en propre à la fièvre typhoïde, et, d'autre part, qu'il lui est lié indissolublement, quelle que soit la région dans laquelle on observe.

On trouve, en effet, dans ce deuxième tableau, des documents empruntés à une publication récente de Murchison, qui montrent clairement que, à l'inverse des typhus dont les variations s'établissent selon les épidémies et surtout selon les conditions de confinement et d'encombrement, et nullement selon les saisons, la fièvre typhoïde est dans un rapport permanent avec les saisons ; que les mois les plus chargés sont, par ordre de gradation décroissante, octobre, novembre, septembre, août, et les moins chargés avril, mai, février et mars.

Ce fait bien établi de l'influence saisonnière par rapport à la période paroxystique annuelle de la fièvre typhoïde, devra être pris en grande considération dans l'étude des causes et des conditions complexes de la production des épidémies de fièvre typhoïde.

Nous suivrons avec tout l'intérêt qu'elle mérite cette série d'études que nous promet le savant rapporteur des maladies régnantes.

Dr BROCHIN.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Tétanos traumatique ; guérison.

Par M. le docteur E. GAVAUDAN (de Bédarieux).

Dans la journée du 25 septembre dernier, j'étais demandé à Pézènes, pour donner mes soins à A. B., jeune homme de vingt-deux ans, qui, la veille, avait fait une chute dans un puits à moitié plein de pierres, et d'une profondeur de 4 mètres 50.

Les résultats de mon examen furent : 1° plaie linéaire occupant déjà toute l'arcade sourcilière gauche ; 2° petites plaies irrégulières au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; 3° ecchymoses à la région fessière gauche avec engourdissement du membre inférieur du même côté ; 4° fracture simple des deux os de l'avant-bras gauche au quart inférieur ; 5° fracture de l'olécrâne gauche.

Pansement des plaies, réduction des fractures, bandage dextriné pour la fracture double, bandage approprié pour celle de l'olécrâne.

Prescriptions : Application de douze sangsues au flanc gauche, entrenir l'écoulement de sang pendant deux heures au moins par l'application de cataplasmes chauds renouvelés toutes les demi-heures; tisane tilleul et oranger ; une tasse tisane fleurs d'arnica tous les matins pendant cinq jours de suite ; repos ; bouillon de viande pendant deux jours, alimentation plus copieuse les jours suivants.

Tout alla bien jusqu'au 17 octobre, c'est-à-dire au vingt-deuxième jour après l'accident. A cette époque, les parents du jeune homme s'aperçurent que la physionomie avait changé, que le jeune A. B. éprouvait de la gêne pour parler. De vives douleurs se firent sentir dans la joue gauche, et la nuit fut mauvaise.

18 octobre, deuxième jour. — Appelé en toute hâte dans la matinée de ce jour, je constatai : facies déformé ; commissure labiale gauche contractée ; mâchoires fortement serrées ; parole difficile avec expulsion de salive par la commissure labiale droite ; mouvements brusques de la tête s'inclinant à gauche ; douleurs vives toutes les dix minutes au moins, qui obligeaient le malade à porter la main libre derrière le cou ; difficulté grande pour se tenir assis ; pouls vite, mais régulier, 85 pulsations à la minute ; respiration un peu gênée ; peau très-chaude et sèche.

Prescriptions : Introduire un petit coin de bois entre les arcades dentaires, dès qu'on le pourra ; applications de quatre sangsues derrière l'oreille gauche ; entretenir l'écoulement de sang pendant trois heures au moins, ensuite faire prendre pendant deux heures de temps et toutes les dix minutes, deux cuillerées à bouche d'une forte infusion vineuse de genièvre; enfin donner toutes les deux heures et jusqu'à nouvel ordre une cuillerée à bouche d'une potion de 150 grammes, contenant 20 centigrammes extrait gommeux d'opium; tisane tilleul et oranger ; diète.

19 octobre, troisième jour. — La soirée et la nuit ont été très-douloureuses ; le malade ne peut plus s'asseoir sur le lit, il éprouve de vives douleurs au milieu des deux épaules et aux parois thoraciques ; il a une très-grande fièvre.

Bain frais d'une demi-heure de durée ; à la sortie du bain, enveloppement pendant deux heures dans une couverture de laine chaude et sèche, application de compresses froides sur le front ; pendant tout ce temps donner toutes les dix minutes deux cuillerées d'une forte décoction vineuse de genièvre ; enfin donner jusqu'à nouvel ordre et toutes les deux heures une cuillerée à bouche d'une potion de 150 grammes, contenant 4 grammes extrait gommeux d'opium.

20 octobre, quatrième jour. — Accès fréquents ; douleurs insupportables qui arrachent des cris au malade ; constriction à la gorge ; mâchoires toujours fortement serrées ; sueur profuse ; respiration embarrassée, 40 inspirations à la minute ; pouls irrégulier et petit, 130 pulsations ; chaleur vive de la peau malgré la moiteur, anurie.

La potion à 4 grammes extrait gommeux d'opium est prise à moitié ; les deux premières cuillerées seulement ont occasionné la première du vomissement, la seconde des envies de vomir.

J'ordonne immédiatement un bain frais d'une demi-heure de durée. Pendant le bain le pouls descend à 110 pulsations; un quart d'heure après l'enveloppement, la chaleur est revenue par tout le corps, le malade se sent soulagé; aux tempes pouls régulier, 100 pulsations seulement, respiration libre.

Prescriptions : *Ut supra*. J'ajoute une petite tasse de café toutes les quatre heures, une cuillerée de la potion toutes les quatre heures.

21 octobre, cinquième jour. — La nuit a été meilleure; douleurs aux lombes, roideur des extrémités inférieures, délire, épistaxis légère, besoins fréquents d'uriner non satisfaits.

(Une cuillerée à bouche, toutes les quatre heures, d'une potion à 150 grammes, contenant 2 grammes extrait gommeux d'opium; deux cuillerées de bouillon de viande toutes les quatre heures; une petite tasse de bon café toutes les quatre heures.)

22 octobre, sixième jour. — Mâchoires fortement serrées; douleurs vives aux lombes, aux mollets; jambes roides; sueurs profuse; 75 pulsations; délire.

Le malade a uriné dans la nuit à plusieurs reprises et en petite quantité, légère épistaxis dans la matinée.

Prescriptions : Ut supra.

23 octobre, septième jour. — La nuit a été bonne; trois accès seulement; le malade a moins de fièvre, mais il délire toujours, il n'éprouve plus de difficulté à uriner.

(Nouvelle potion à 2 grammes extrait gommeux d'opium, une cuillerée toutes les quatre heures, trois cuillerées de bouillon de viande toutes les quatre heures, toujours suivies de deux cuillerées de bon vin; quatre petites tasses de café dans les vingt-quatre heures.)

27 octobre, onzième jour. — Pouls régulier; 62 pulsations; respiration libre; sueur profuse; mâchoires un peu moins serrées; torpeur profonde dont le malade n'est tiré que par la douleur ou le besoin de boire.

Le malade souffre beaucoup moins, et les accès sont plus éloignés, il a eu six heures de repos.

(Potion de 150 grammes à 4 grammes bromure de potassium, et 15 grammes sirop de belladone, une cuillerée à bouche toutes les deux heures; bouillon de viande cinq cuillerées toutes les quatre heures et bon vin après; trois petites tasses de café dans les vingt-quatre heures.)

29 octobre, treizième jour. — Le malade a refusé de prendre sa potion bromurée qui avait été renouvelée, et les douleurs se sont montrées plus vives.

30 octobre. — Potion reprise, douleurs moindres; plus de délire; le sommeil est revenu.

1er novembre. — Troisième portion bromurée, une cuillerée toutes les quatre heures.

6 novembre, vingtième jour. — Les mâchoires sont desserrées; les membres inférieurs se plient facilement; le malade peut s'asseoir sur le lit; il réclame des aliments.

Quatrième potion bromurée; potages, purées, chocolat, bon vin, trois tasses de café dans la journée.

10 novembre, vingt-quatrième jour. — Cinquième potion bromurée; alimentation augmentée, le malade a pu se lever et quitter le lit pendant une demi-heure.

15 novembre, vingt-neuvième jour. — Toute médication est supprimée; le malade est complétement guéri.

En somme, A. B. a pris 8 grammes 20 centigrammes extrait gommeux d'opium en huit jours et 20 grammes de bromure de potassium en dix-sept jours.

CAS DE RAGE DÉVELOPPÉE CHEZ UNE FEMME AGÉE

DEUX ANS DEUX MOIS ET UNE SEMAINE APRÈS L'INOCULATION DU VIRUS RABIQUE PAR LA MORSURE D'UN CHIEN ENRAGÉ

Par M. le docteur MOREL.

Le 30 août 1866, vers les trois heures et demie du matin, se présentait à mon domicile, pour recevoir mes soins, la femme C..., âgée de soixante-huit ans et exerçant le métier de tisserande. Cette vieille femme était horriblement blessée à la tête. La paupière inférieure gauche, dans sa moitié interne, est presque entièrement détachée : le tendon direct du muscle orbiculaire des paupières et la lame aponévrotique qui forme la paroi externe du sac lacrymal ont été arrachés. Toujours à gauche, de la racine du nez part une profonde incision, à bords lacérés, qui se termine à la bosse frontale du même côté; la peau et le muscle frontal, séparés de l'os que l'on voit à nu, pendent sur la tempe. Enfin, une troisième entaille, comprenant toute l'épaisseur des tissus, a absolument dénudé le crâne dans la région pariétale. Çà et là on aperçoit des lambeaux des tissus musculaire et aponévrotique fortement contusionnés. Cette triple lésion imprime à la physionomie de la malade un aspect des plus pénibles à voir.

Petite, maigre, le teint coloré, la femme C... jouit ordinairement d'une bonne santé. Douée d'une grande énergie, elle me raconta aussitôt avec le plus grand sang-froid tous les détails de sa mésaventure. Se promenant sur la grand'route, elle avait été assaillie à trois reprises par un fort chien de chasse qui, sans le secours des gens accourus à ses cris, l'aurait pour ainsi dire dévorée. Vigoureusement pourchassé, l'animal fut blessé à la tête par un coup de baïonnette, après quoi il avait disparu.

Je procédai sur-le-champ au pansement de la malade. Jugeant toute cautérisation inutile pour des raisons que chacun comprendra aisément, je me contentai d'enlever les lambeaux sous-cutanés qui pouvaient mettre obstacle à une réunion immédiate; et, après avoir soigneusement lavé les plaies à l'eau fraîche, je les réunis le plus exactement possible à l'aide de sept points de sutures métalliques. De larges compresses imbibées d'eau de Goulard furent mises sur les parties blessées : on les arrosa fréquemment de manière à avoir une irrigation continue. Après dix jours de traitement, j'eus la satisfaction d'obtenir une réunion complète par première intention : pas la moindre douleur, pas l'ombre d'abcès; bref, la guérison fut entière et la tisserande put reprendre ses occupations.

Il faut relater ici un détail sur l'importance duquel je reviendrai tantôt. La femme C... vit absolument seule; de là une allure tout à fait spéciale dans ses habitudes. Hiver comme été, elle est toujours levée à deux ou trois heures du matin. Son premier soin est de préparer sa nourriture de la journée, qui consiste en trois soupes qu'elle garde en réserve sous de chaudes couvertures de laine. Cette femme offre donc un rare exemple de travail et de sobriété.

Dans le temps qui suivit l'accident, elle ne me parut nullement préoccupée de ses futures conséquences. Aux personnes qui s'effrayaient à juste titre du développement possible de la rage, à courte échéance, elle répondait carrément qu'elle était très-sûre que le chien n'était pas enragé. Il en était par malheur tout autrement. Recherché sur-le-champ par ordre de l'autorité municipale, le chien, auteur de cette sauvage agression, fut aussitôt retrouvé; son identité fut parfaitement établie, notamment par la trace du coup de baïonnette qu'il avait reçu. L'autopsie de l'animal fut faite par un vétérinaire de Tulle appelé à cet effet : il déclara que le chien était malade, et que, selon toute vraisemblance, il était enragé. Il me suffira d'ajouter que ce chien avait, pendant la nuit de l'événement, rompu sa chaîne de fer, rongé le bois de sa loge pour s'échapper, et que dans sa lutte avec la femme, il avait fait preuve d'une férocité qui contrastait avec la douceur ordinaire de son caractère.

Dans un but purement moral, j'engageai la malade à se conformer à une pratique très-commune dans le pays, et qui consiste à faire prendre aux individus mordus par un chien enragé ou non une poudre blanche mélangée à des œufs battus. Cette poudre est le secret de certains empiriques; en tout cas, elle est inoffensive. La femme C... en fit usage, et le bénéfice le plus clair qu'elle en retira fut d'être désormais parfaitement rassurée sur les suites de son accident.

Le 6 novembre 1868, c'est-à-dire un peu plus de deux ans après les faits que je viens de rapporter, j'étais appelé, vers les quatre heures du soir, auprès de la femme C..., souffrante depuis quelques jours.

Je dois dire que, durant ce long intervalle, j'avais souvent revu cette femme, et qu'elle s'était toujours très-bien portée. Je la trouvai au lit; avec sa loquacité habituelle, elle m'expliqua qu'elle était depuis deux jours mal à son aise; elle était oppressée et sentait des élancements dans les cicatrices de la tête. Je voulus ausculter, mais mon examen fut rendu impossible par l'agitation de la malade; elle

attribuait cette agitation à de continuels frissons. Le pouls était calme. Je me bornai à prescrire des sinapismes aux jambes et une infusion chaude diaphorétique.

Le lendemain, au petit jour, on vint me chercher en toute hâte : l'agitation croissante de la femme C... avait été telle pendant la nuit qu'elle avait arraché les rideaux du lit, et qu'on avait été obligé de la maintenir en place. Le doute n'était plus permis : malgré l'époque déjà très-éloignée à laquelle cette femme avait été mordue, je n'hésitai pas à reconnaître la terrible maladie qui venait de se déclarer. Voici, en effet, les symptômes que j'observai :

La malade est assise dans son lit à cause de l'oppression, la face est légèrement cyanosée, la parole est entrecoupée; pause à chaque instant pour crachoter; pupilles extrêmement dilatées; agitation vive et continuelle; la patiente porte souvent la main à sa gorge. Je veux la faire boire à la cuiller : elle ouvre la bouche, avance les lèvres, mais tout à coup se rejette en arrière. Elle essaye de boire elle-même, mais elle ne peut; enfin, après de nombreuses tentatives, je ne puis parvenir à lui faire prendre la moindre goutte de liquide.

Je fis de l'expectation : le pouls s'affaiblissant rapidement et devenant irrégulier, je jugeais la mort imminente et ne croyais pas nécessaire une intervention même palliative. En effet, à midi, le 8 novembre, la malade succomba sans présenter aucun de ces violents symptômes qui caractérisent la marche de l'affection rabique chez les individus jeunes et vigoureux.

Obligé de m'absenter loin de mon domicile, je ne pus pratiquer l'autopsie.

L'observation de rage que je viens de relater dans ses moindres détails me paraît assez intéressante pour attirer l'attention.

Ce qui frappe d'abord, c'est la longue durée de la période d'incubation : elle a été de deux ans, deux mois et une semaine.

On a beau être prévenu contre la possibilité d'un tel fait, il faut cependant l'admettre ou déclarer que le médecin s'est trompé sur la nature de la maladie. Or le diagnostic est ici certain. Il existe dans la science une observation unique de rage développée le jour même de l'insertion du virus rabique par la morsure d'un chien enragé. La règle est que la rage apparaît du trentième au cinquantième jour. Pourquoi donc répugnerait-il davantage à l'esprit d'admettre que le virus rabique a eu une incubation de deux ans, quand on tient pour certain que ce même virus peut n'avoir que vingt-quatre heures d'incubation ?

Au lieu de nier certains faits très-positifs, mieux vaut rechercher si ces mêmes faits, si difficiles à expliquer, ne trouvent pas leur raison d'être dans des particularités inhérentes au sujet ou bien au milieu où on l'observe. Or je me hasarderai à faire remarquer que, dans le cas actuel, on peut jusqu'à un certain point indiquer, sinon la vraie cause, au moins les circonstances qui ont influé sur la durée de l'incubation du virus rabique. D'abord la femme C... était une femme âgée (soixante-dix ans), ensuite elle a vécu, après son accident, dans un état de sécurité absolue, à ce point que, lors de l'apparition des premiers symptômes du terrible mal auquel elle succomba, il ne lui vint jamais à l'esprit qu'elle pût être atteinte de rage.

Enfin, et c'est là pour moi le point important, cette femme était véritablement *d'une sobriété extraordinaire :* elle travaillait nuit et jour, ne vivant que d'un peu de pain trempé dans du bouillon maigre. Ce n'est pas d'aujourd'hui seulement qu'il est question de l'influence de l'*alimentation* sur l'incubation de la rage. Il est vrai que c'était sur des animaux qu'expérimentait dans ce but, en 1863 et 1864, le docteur Menecier, chirurgien du dispensaire central de Marseille. Cet expérimentateur a prouvé, par une série d'expériences fort bien faites, que, toutes choses égales, d'ailleurs, la rage inoculée se développait beaucoup plus vite chez les chiens bien nourris que chez les chiens soumis à une alimentation mal réglée, de mauvaise qualité et à peine suffisante. D'ailleurs le développement de la rage spontanée offre les mêmes particularités : les grandes meutes présentent exceptionnellement des cas de rage, tandis que les chiens de luxe, entretenus comme des bestiaux à l'engrais, voient augmenter chez eux le nombre des maladies et l'affection rabique faire plus de victimes.

Le rapprochement que je signale frappera tout observateur impartial : le cas de la femme C... serait donc la confirmation éclatante des expériences faites sur les animaux, expériences qui tendent à établir que la durée de l'incubation du virus rabique est d'autant plus longue que le sujet est plus débilité.

LE CHLOROFORME

DANS LA CHIRURGIE DES ENFANTS (1)

Par le docteur ALB. BERGERON, ancien interne des hôpitaux.

Conclusions. — Le chloroforme qui, à doses modérées, intelligemment et prudemment administrées, n'est pas un agent toxique, peut cependant causer la mort chez l'adulte. — Chez l'enfant, il est doué d'une innocuité presque absolue. — Cette innocuité est due à la nature même des phénomènes fonctionnels que l'enfant doit accomplir, et principalement à ce que celui-ci n'a pas encore conquis l'âge de raison, n'a aucune émotion morale à ressentir, n'éprouve aucune appréhension des dangers auxquels il peut être exposé, et se trouve de la sorte à l'abri de l'apnée, que déterminent une grande terreur, une émotion extrême, et dont nous avons fait, par voie d'exclusion, la cause la plus importante des morts survenues subitement pendant l'administration du chloroforme. — Le chloroforme peut être administré à l'enfant dès les premiers jours de sa naissance. — Il doit être donné pour épargner la douleur qui résulte de l'intervention chirurgicale, et aussi chaque fois que l'on a à redouter des mouvements brusques, des contractions musculaires qui peuvent empêcher le chirurgien de mener à bien son opération ou de réunir tous les éléments de diagnostic.

DE L'ÉRYTHÈME PAPULEUX

DANS SES RAPPORTS AVEC LE RHUMATISME (2)

Par le docteur C. COULAUD.

Conclusions. — L'érythème papuleux peut être une manifestation rhumatismale au même titre qu'une autre localisation arthritique. — L'érythème papuleux est généralement une manifestation bénigne du rhumatisme. — L'érythème noueux et l'érythème papuleux ne sont qu'une seule et même affection cutanée rhumatismale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 février 1875. — Présidence de M. LE FORT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de médecine de la semaine.

2° Le programme de concours ouverts par la Société royale de médecine de Belgique. Les questions posées sont les suivantes :

Quelle est, au point de vue de l'hygiène, l'influence de l'instruction

(1) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, 1875, Adrien Delahaye.
(2) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, 1875. Adrien Delahaye.

primaire, et quels progrès ont été accomplis dans ces dernières années?

Quels sont les rapports entre les globules du sang et l'inflammation?

MM. Périer et Gillette se portent candidats à la place déclarée vacante dans la dernière séance.

M. le docteur Louis Thomas (de Tours) offre à la société un ouvrage intitulé : *Traité des opérations d'urgence.*

COMMUNICATIONS

Trachéotomie. — M. Périer donne lecture, à l'appui de sa candidature, d'une observation de trachéotomie pratiquée deux fois sur un même enfant à un mois d'intervalle, et suivie de guérison. Voici ses conclusions :

1° Lorsqu'on a jugé le moment venu d'enlever la canule, il faut cautériser profondément la surface de la trachée, avant de laisser la plaie se cicatriser.

2° Il faut sans retard procéder à une seconde opération, lorsque la suffocation recommence quelques jours après la première trachéotomie.

3° Il faut alors faire l'incision sur la cicatrice récente. On a l'avantage de n'avoir à inciser qu'une seule couche, qui est peu vasculaire.

4° Si l'on peut découvrir dans la trachée des végétations ou un polype pédiculé, il faut en faire l'ablation au moment de l'opération ou le plus tôt possible après, si l'on n'a pu le faire immédiatement.

5° Si les bourgeons ou le polype sont sessiles, il faut tâcher de les extraire ou au moins de les diviser et d'appliquer ensuite une canule à demeure qui les comprimera et les fera disparaître. La canule devra rester jusqu'à la guérison.

(Commission : MM. Polaillon, Le Dentu et de Saint-Germain.)

Ostéosarcome articulaire et périarticulaire. — M. Gillette donne lecture à l'appui de sa candidature, d'un mémoire intitulé : *De l'ostéosarcome articulaire et périarticulaire au point de vue clinique, et de son diagnostic.* Quatorze observations y sont relatées.

(Commission : MM. Panas, Terrier et Tillaux.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. GUÉRIN présente une pièce provenant d'un jeune homme de vingt-trois ans qui s'est suicidé en se tirant un coup de pistolet dans l'oreille. Apporté sans connaissance dans le service de M. Guérin, il ne présentait, au moment de la visite, d'autres symptômes qu'une paralysie du nerf facial. La mobilité et la sensibilité de tout le reste du corps étaient intactes. En explorant avec le doigt le conduit auditif, on sentait les fragments du rocher brisé, mais la lésion paraissait bornée à cet os. La trépanation des cellules mastoïdiennes semblait indiquée pour extraire la balle et les fragments d'os. Mais le troisième jour, avant que M. Guérin eût encore pris de détermination, une fièvre intense avec délire et élévation de température (39 degrés), vint démontrer que la lésion était plus profonde qu'on ne l'avait d'abord soupçonné. En effet, l'autopsie a fait voir qu'il existait une lésion du cerveau de 2 centimètres de largeur sur 1 centimètre et demi de profondeur, en un point correspondant au rocher brisé; mais ce qui donne de l'intérêt à ce fait, c'est l'intégrité de la dure-mère qui n'était pas déchirée, mais seulement recouverte de quelques caillots et de dépôts plastiques.

M. DESPRÈS présente une pièce provenant d'une femme morte dans son service après l'extirpation d'une exostose des fosses nasales et du sinus maxillaire avec prolongement dans l'orbite. Cette malade, vue quelques mois auparavant par M. Labbé, puis par M. Desormeaux, avait été atteinte, dans le service de ce dernier, d'une otite aiguë.

Opérée par M. Desprès, elle fut prise, au onzième jour, de frissons et de nouveaux accidents d'otite, et succomba huit jours après.

A l'autopsie, on trouva une otite suppurée, et, *dans le cervelet*, un abcès de la grosseur d'une noisette. La plaie de l'opération était en bonne voie de cicatrisation. Le crâne n'avait pas été perforé, malgré le volume de la tumeur, qui égalait le volume d'un œuf de dinde. Celle-ci n'était pas pédiculée, ce qui est la règle pour ces sortes de tumeurs lorsque leur volume devient considérable, comme l'a démontré M. Dolbeau. L'autopsie, faite avec soin, n'a fait découvrir aucun abcès métastatique autre que cet abcès du cervelet. Le malade n'avait pas eu, du reste, de signes d'infection purulente.

DISCUSSION

M. DESORMEAUX se souvient très-bien de cette malade. Elle avait éprouvé, dans son service, de violentes douleurs d'oreille et était devenue sourde.

M. TILLAUX demande quel rapport M. Desprès a voulu établir entre l'otite et l'abcès du cervelet. Il pense, en outre, que ces tumeurs n'ont pas de pédicule adhérent aux os voisins, parce que ce ne sont pas des exostoses, à proprement parler, mais des tumeurs molles recouvertes d'une muqueuse dans laquelle il se développe ultérieurement des points d'ossification, et que, par suite de ce travail, elles se trouvent un jour complétement enveloppées d'une coque osseuse qui n'adhère pas aux os du voisinage.

M. DESPRÈS a cherché aussi à établir une relation entre cette otite et cet abcès du cervelet, mais il n'a pas trouvé d'explication satisfaisante. Il a déjà vu à Cochin un malade qui mourut à la suite d'une otite, et qui présentait également un abcès au même point du cervelet.

M. DUPLAY. Il existe un nombre d'observations de ces abcès du cerveau ou du cervelet sans altération de la substance corticale, mais l'explication n'en est pas connue. On en est réduit à des hypothèses fondées sur les relations vasculaires qui existent entre l'oreille interne et les méninges.

M. PAULET a observé plusieurs de ces cas, notamment deux dans les six premiers mois de 1870, mais l'explication lui en échappe également.

M. TILLAUX ne nie pas cette coïncidence, mais il ne croit pas qu'une otite moyenne aiguë puisse se terminer par la mort en trois ou quatre jours.

M. TRÉLAT a eu l'occasion de rechercher des faits relatifs à des individus qui ont succombé rapidement à un traumatisme quelconque, avec ou sans fracture du crâne; quelquefois la cause de la mort échappait complétement. Mais à l'autopsie on trouvait un abcès du cerveau ou du cervelet, qui préexistait à l'accident. Ces cas se sont rencontrés chez des vieillards, chez des idiots, chez des aliénés, chez des épileptiques. Voici l'explication qu'il donnerait du fait qui occupe aujourd'hui la société. La malade de M. Desprès a eu anciennement une suppuration subaiguë de l'oreille moyenne, M. Desormeaux l'a constaté il y a six mois. Elle a souffert beaucoup et longtemps; elle était très-épuisée. L'abcès qui existait dans son cervelet peut avoir commencé depuis longtemps à se développer sans révélation extérieure. Le traumatisme de l'opération a amené la terminaison funeste, qui devait fatalement se produire un jour.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Éléments de médecine opératoire (1)

Par M. A. DUBRUEIL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des Hôpitaux.

Le livre dont nous venons de transcrire le titre est un de ces livres qui sont appelés à rendre de vrais services non-seulement à celui qui, ne sachant pas, veut apprendre, mais encore à celui qui veut se souvenir. M. Dubrueil a déjà montré, par ses publications antérieures, avec quel soin et quel talent il traite les sujets qu'il aborde. La médecine opératoire lui est devenue un sujet des plus familiers.

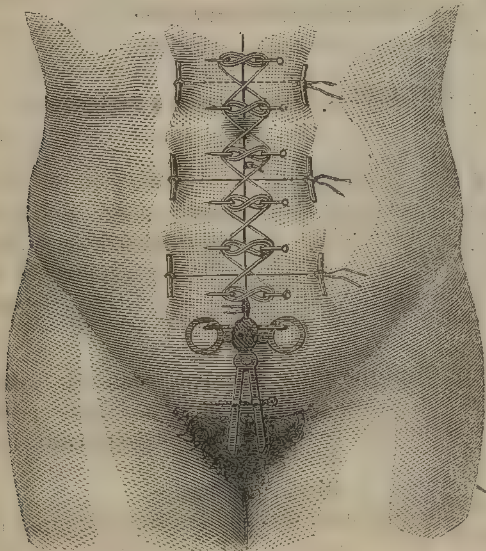
Dans les *Éléments* qu'il nous présente aujourd'hui, après les préliminaires et d'intéressantes pages sur l'anesthésie, il aborde la des-

---

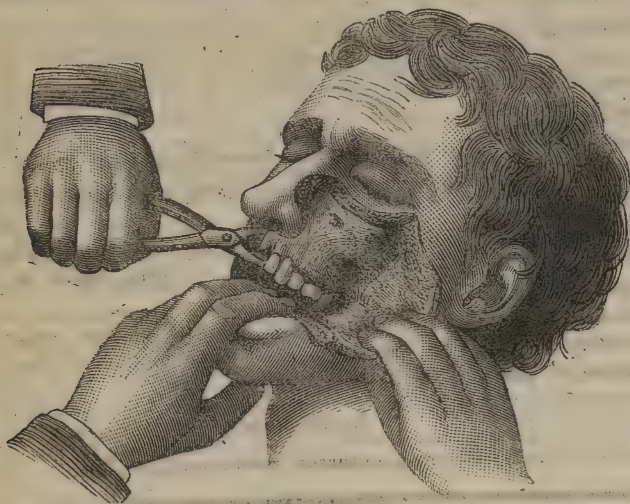
(1) In-8° de 900 pages avec 435 figures dans le texte. — Prix : 11 francs. — Paris, F. Savy.

cription des opérations qui se pratiquant sur les divers appareils. Loin de se borner aux procédés dits classiques, M. Dubrueil veut nous familiariser avec les procédés employés à l'étranger, et les plus récents procédés sont décrits avec soin. Il faut signaler à l'attention du praticien sa description des opérations dirigées contre les maladies des voies urinaires et les chapitres consacrés à l'extraction de la cataracte, à la lithotritie périnéale de Dolbeau, et à l'ovariotomie.

Nous reproduisons ici la figure qui indique la disposition des sutures dans l'ovariotomie.



Une autre planche, prise au hasard, dans ce volume, nous montre les sections de la voûte palatine avec les cisailles, dans la résection du maxillaire supérieur.



Par la reproduction de ces deux gravures, nous avons voulu donner une idée du soin avec lequel cet ouvrage a été traité au point de vue de l'illustration. Dans un livre didactique, la profusion et la parfaite exactitude des gravures sont un mérite qu'il faut signaler en toute justice.

PROGRAMME DE PRIX.

Académie des sciences. — Prix Montyon (*statistique*). — Parmi les ouvrages qui auront pour objet une ou plusieurs questions relatives à la *Statistique de la France*, celui qui, au jugement de l'Académie, contiendra les recherches les plus utiles sera couronné dans la prochaine séance publique. On considère comme admis à ce concours les mémoires envoyés en manuscrit, et ceux qui, ayant été imprimés et publiés, arrivent à la connaissance de l'Académie; sont seuls exceptés les ouvrages des membres résidents.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *quatre cent cinquante-trois francs.*

Prix Jecker. — Par un testament, en date du 31 mars 1851, feu M. le docteur Jecker a fait à l'Académie un legs destiné à *accélérer les progrès de la chimie organique.*

En conséquence, l'Académie annonce qu'elle décernera *chaque année*, dans sa séance publique, un ou plusieurs prix aux travaux qu'elle jugera les plus propres à hâter le progrès de cette branche de la chimie.

Prix Barbier. — Feu M. Barbier, ancien chirurgien en chef de l'hôpital du Val-de-Grâce, a légué à l'Académie des sciences une rente de *deux mille francs*, destinée à la fondation d'un *prix annuel* « pour celui qui fera une découverte précieuse dans les sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique, et dans la botanique ayant rapport à l'art de guérir. »

Prix Alhumbert. — La grande classe des champignons se distingue de tous les autres groupes du règne végétal par l'absence constante dans tous ses tissus de la matière verte des feuilles ou chlorophylle. Cette absence de la chlorophylle indique des relations très-différentes entre ces plantes et l'atmosphère ambiante, et, par suite, un mode de nutrition aussi très-différent de celui des autres végétaux.

Quelles sont les sources où les champignons puissent le carbone et l'azote qui entrent dans leur constitution? quels sont les autres éléments qui, joints à l'oxygène et à l'hydrogène, sont nécessaires à leur développement?

Les expériences faites sur quelques mucédinées peuvent déjà répandre un certain jour sur ce sujet, mais ne suffisent pas pour expliquer le mode de nutrition et d'accroissement des grands champignons qui prennent naissance dans le sol ou sur le tronc des arbres, dans des conditions très-différentes des moisissures, et dont la masse des tissus s'accroît souvent avec une grande rapidité.

Des champignons déjà soumis à la culture, l'agaric de couches *Agaricus campestris*, L.), le polypore de la pierre à champignon, ou *Pietra fongaia* des Italiens (*Polyporus tuberaster*, Fries), et quelques autres qui se prêteraient peut-être à une culture expérimentale, conduiraient sans doute à des résultats intéressants.

En proposant pour sujet de prix *l'étude du mode de nutrition des champignons*, l'Académie demande que, par des expériences précises, on détermine les relations du mycélium des champignons avec le milieu dans lequel il se développe, ainsi que les rapports de ce mycélium et du champignon complétement développé avec l'air ambiant, et qu'on constate ainsi l'origine des divers éléments qui entrent dans la composition des champignons soumis à ces expériences.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *deux mille cinq cents francs.*

Les ouvrages et mémoires, manuscrits ou imprimés, en français ou en latin, devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1876.

Prix Bordin. — « *Étudier comparativement la structure des téguments de la graine dans les végétaux angiospermes et gymnospermes.* »

Les enveloppes de l'embryon, qui constituent les téguments de la graine, doivent leur origine aux diverses parties de l'ovule; mais ces parties ont subi de très-profondes modifications pendant le développement de la graine et de l'embryon qu'elle renferme.

L'Académie demande aux concurrents d'étudier, dans les graines dont les téguments présentent à l'état adulte les différences les plus notables, les changements qui s'opèrent dans les diverses parties de l'ovule, primine, secondine et nucelle, chalaze, micropyle et mamelon micropylaire du nucelle, depuis le moment de la fécondation jusqu'à la maturité de la graine.

Ces recherches doivent comprendre non-seulement les graines des végétaux angiospermes, mais celles des gymnospermes (conifères, cycadées et gnétacées) qui ont été moins étudiées à ce point de vue; les premières, quoique ayant été déjà l'objet de recherches partielles assez nombreuses et particulièrement d'un travail intéressant de

M. Ad. Targioni-Tozzetti (*Memorie della Accademia delle scienze di Torino*, (t. XV, 1855), méritent cependant un examen plus étendu et plus complet.

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, relatifs à cette question, en français ou en latin, devront être adressés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1875. Dans le cas où le sujet ne serait pas traité d'une manière satisfaisante, la question serait maintenue au concours pour le 1er juin 1876.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Distinction honorifique. — M. Bordet, chef de bureau à l'Académie de médecine, est nommé officier d'Académie.

— *Faculté des sciences de Dijon.* — M. Jobert, docteur ès sciences, est nommé professeur de zoologie et de physiologie à la Faculté des sciences de Dijon.

— *Concours pour le prix de l'enseignement libre.* — Ce prix, fondé par M. Fort, professeur libre d'anatomie, sera décerné, à la suite d'un concours d'anatomie et de physiologie, dans les conditions suivantes extraites du règlement qui se trouve dans le *Guide de l'étudiant*, année scolaire 1874-1875.

« Ce prix est de 500 francs; il consiste en une médaille de vermeil de la valeur de 100 francs et en une somme de 400 francs.

Le concours aura lieu le dimanche 21 février, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de la rue Antoine-Dubois.

Les élèves admis à concourir seront :

1° Tous les élèves de notre cours particulier n'ayant pas encore subi leur premier examen de doctorat.

2° Un nombre égal d'élèves ne faisant pas partie de nos cours, se trouvant, du reste, dans les mêmes conditions et ayant disséqué pendant l'hiver dans l'un des pavillons de l'école pratique.

Les questions, traitées en une seule composition écrite, seront au nombre de deux, choisies parmi cinquante questions, ainsi réparties : dix de structure, quinze d'anatomie descriptive, dix de régions, cinq d'anatomie générale, cinq de physiologie, trois d'embryologie, deux de préparations anatomiques, consistant en injections diverses, dissections et autres modes de préparations.

Les copies ne seront pas signées. Le candidat mettra son nom sous enveloppe, avec un signe particulier répété sur la copie et sur l'enveloppe; il fixera l'enveloppe à sa copie.

Aucune enveloppe ne sera ouverte avant que les compositions ne soient jugées.

Tout candidat qui fera la moindre tentative pour se faire connaître, même par une simple visite à l'un des juges, sera irrévocablement exclu.

Les copies seront examinées par quatre juges.

Si le jury hésite entre deux concurrents, il poura leur faire subir une épreuve supplémentaire. »

On s'inscrira pour le concours le « samedi 20 février à midi précis, » dans l'amphithéâtre de M. Fort, rue Antoine-Dubois, n° 2. Les premiers inscrits seront seuls admis. Ils devront remettre leur adresse, leur feuille d'inscription, leur carte de dissection à l'école pratique et une note indiquant qu'ils se trouvent dans les conditions du programme.

— Clientèle dans Seine-et-Oise à vingt-cinq minutes de Paris. Prix 6,000 francs.— S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Statistique des services de médecine des hôpitaux de Lyon, par M. le docteur MAYET, médecin de l'Hôtel-Dieu, avec le concours, pour les tableaux et tracés graphiques, de M. Duchamp, interne des hôpitaux. — Première année 1872, premier fascicule, Paris, 1875. — 1 gros vol. grand in-8°. — Prix de l'ouvrage complet : 30 francs. — La seconde partie sera délivrée gratuitement.

Pathologie et Clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire de bandages et d'embaumement, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, A. Delahaye.

Les Plantes médicinales et usuelles des champs, jardins. forêts, par H. RODIN, membre de la Société botanique de France, — 2e édition. 1 vol. in-18 avec 200 gravures, cartonné. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1875, J. Rothschild.

Dictionnaire de chimie pure et appliquée, publié sous la direction de M. WURTZ (de l'Institut). — Livraison 19e. Un vol. gr. in-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1875, Hachette et Ce.

Contribution à l'étude des névroses extraordinaires, par le docteur L. BILLET, ex-interne des hôpitaux de la marine. — Paris, 1874, gr. in-8° de 76 pages. Prix : 2 francs. — J. B. Baillière et fils.

Le Chloroforme dans la chirurgie des enfants, par le docteur Albert BERGERON. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Du croton-chloral hydraté, ses propriétés, son emploi, par le docteur WEILL. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delayaye.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, 7, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

MÉDICATION SUDORIFIQUE ET SIALAGOGUE.

Véritable Jaborandi
du docteur COUTINHO.

Sous trois formes :

1° **Jaborandi concassé**, chaque paquet contient la dose nécessaire à une infusion;
2° **Sirop de Jaborandi** } deux cuillerées à bouche pour une sudation.
3° **Élixir de Jaborandi** }

DÉPÔT : PHARMACIE YVON, 7, *rue de la Feuillade, près la Banque.*
Vente en gros : maison GRIMAULT et Cie, 8, rue Vivienne.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois.	8 fr. 50 c.
Six mois.	16 —
Un an	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Dans la dernière séance, M. Vulpian a présenté une note intitulée : *De l'action vaso-dilatatrice exercée par le nerf glosso-pharyngien sur les vaisseaux de la membrane muqueuse de la base de la langue*. M. Vulpian a expérimenté sur des chiens curarisés et soumis à la respiration artificielle. Après avoir sectionné le glosso-pharyngien sans que rien de notable ait été signalé sur la muqueuse de la langue, on a fait passer à travers le bout périphérique un courant induit intermittent pendant deux minutes. A cette excitation a succédé une rougeur congestive de la base de la langue, depuis l'épiglotte jusqu'aux papilles caliciformes, et cela du côté lésé seulement. Il y a eu aussi élévation de la température du même côté. Comme les mêmes phénomènes se sont présentés après la section du lingual, de l'hypoglosse, du pneumogastrique qui, par leurs anastomoses, communiquent avec le glosso-pharyngien, M. Vulpian en a conclu que le glosso-pharyngien exerce l'action *vaso-dilatatrice* des vaisseaux de la base de la langue par ses propres fibres, en tant qu'on les considère en dehors du crâne.

Ces faits sont loin de nous surprendre, puisqu'il est reconnu depuis les travaux M. Chauveau que, même à son origine, le glosso-pharyngien est un nerf mixte.

A propos de cette communication, nous devons à nos lecteurs la rectification d'une erreur que nous avons publiée jadis sous le couvert de M. Vulpian. Dans la séance du 25 février 1874 (n° 26 de la *Gazette*), M. Vulpian communiquait à l'Académie des sciences une note dans laquelle il attribuait à M. Schiff l'opinion, qu'il combattait lui-même dans cette note, que « le bulbe rachidien est le *foyer unique* d'origine de tous les nerfs vaso-moteurs (à l'exception de ceux des viscères abdominaux) ». Les travaux des physiologistes français, antérieurs à M. Vulpian, avaient déjà fait justice de cette opinion erronée, et nous avons manifesté notre étonnement de ce que M. Vulpian crût devoir inventer à nouveau une réfutation.

Or notre étonnement est devenu de la stupéfaction lorsque nous avons lu dans les *leçons* que M. Vulpian vient de publier *sur les vaso-moteurs* (page 282, 1875), que non-seulement M. Schiff n'admet pas de centre vaso-moteur unique, mais encore qu'il est, par ses expériences, en accord parfait avec M. Vulpian. A quoi bon, dès lors, la note de M. Vulpian en 1874? Je cite textuellement : « Ici encore, à propos de l'influence du centre bulbo-spinal sur le vaso-moteur de la tête, il convient de dire que M. Schiff, dans le même travail que je citais tout à l'heure (Schiff, *Untersuchungen*, etc., page 216, 1875), a indiqué des résultats qui étaient en contradiction avec l'idée d'un centre vaso-moteur unique, situé dans le bulbe rachidien. Il avait vu, en effet, qu'une section d'une moitié de la moelle, au niveau de la dernière vertèbre cervicale, produit un échauffement de la tête plus grand qu'une section transversale de la moelle allongée. » (Vulpian, *Leçons sur les vaso-moteurs*, page 284.)

Nous n'aimons pas les Allemands, et ceci est une affaire de sentiment et nullement une question de science. C'est pourquoi nous n'hésitons pas à rendre justice à nos voisins sur le terrain scientifique. M. Schiff est le premier qui ait signalé (1851) l'action de la corde du tympan sur l'excrétion de la salive. [illegible] a été le point de départ de nombreuses expériences, et personne n'ignore [illegible] tout ce qui a été dit depuis sur les vaso-moteurs. Ce que nous disons là est de la justice pure et stricte. Mais nous ne comprenons pas que M. Vulpian cherche à réhabiliter aujourd'hui M. Schiff sur la question du *centre vaso-moteur unique*, lorsque, citant autre part ce même auteur, il affirme que M. Schiff « a été conduit, par ses expériences, à considérer le bulbe comme le point d'origine de tous les nerfs vaso-moteurs de tronc, de la tête et des membres ». (Vulpian, *loco cit.*, page 261.) A quand la clôture des contradictions? M. Schiff est-il, oui ou non, pour le centre vaso-moteur unique?

— M. Cl. Bernard, qui a présenté la note suivante, doit être content. A notre humble avis, c'est le dessus du panier de l'expérimentation à outrance : « J'ai extirpé, dit M. Philippeaux, le 10 juin 1874, sur onze cochons d'Inde, âgés de quatre jours (cinq mâles et six femelles), les mamelons; j'ai laissé vivre les animaux, en les faisant bien soigner. Les femelles sont devenues mères, et toutes ont mis bas les 2, 10, 12, 20, 25 et 28 décembre de la même année, des petits bien vivants.

« On sait que les mamelles chez les mammifères se développent plus particulièrement pendant la gestation afin de pouvoir sécréter le lait nécessaire à nourrir les jeunes petits. Or les petits nés de ces femelles sont morts du premier au troisième jour, n'ayant pu être allaités.

« J'ai examiné l'état des organes de la lactation : aucun mamelon ne s'était régénéré. Les glandes mammaires s'étaient développées, ainsi que les canaux galactophores; mais on conçoit que l'allaitement n'était pas possible, puisqu'il n'y avait

ni mamelon ni orifices quelconques faisant communiquer le canal galactophore avec l'extérieur.

« D'après ces nouveaux faits, je crois pouvoir conclure que toutes les fois qu'on extirpe le mamelon chez une femelle de cochon d'Inde, même extrêmement jeune, cet organe ne se régénère pas. »

Pauvres cochons d'Inde!... Avant d'accomplir tous ces sacrifices, M. Philippeaux eût peut-être bien fait de s'enquérir auprès des chirurgiens si le mamelon amputé repousse ou ne repousse pas.

Dr Édouard FOURNIÉ.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

De la chlorose.

Chez les enfants, la *vraie chlorose*, telle qu'on l'observe chez la jeune fille est rare, et ce qu'on appelle quelquefois ainsi, chez eux, n'est que de la *pseudo-chlorose*, c'est-à-dire une chlorose symptomatique de quelque affection viscérale ancienne. Il importe donc d'étudier avec soin les caractères différentiels de ces deux formes pathologiques, afin de ne pas commettre de méprise. L'occasion se présente de discuter la question, et je la saisis avec empressement. J'ai en ce moment dans mon service trois cas de chlorose et un cas de pseudo-chlorose que je vais comparer pour vous en montrer les différences.

La pseudo-chlorose est au n° 15. C'est une enfant pâle, maigre, décolorée, dont les ongles sont blancs, dont les gencives sont à peine rosées, et qui est malade depuis trois mois. Elle se sent faible, mange peu, ne vomit pas, va régulièrement à la selle et tousse un peu, sans expectoration. Je lui trouve au cœur un faible bruit de souffle, qui ne s'entend pas dans les vaisseaux du cou, à moins qu'on ne les [illegible] un peu trop [illegible] enfant a un peu de submatité et de faiblesse du murmure vésiculaire dans la fosse sus-épineuse droite, ce qui caractérise une *congestion pulmonaire chronique*. Voilà sa maladie. Et, si avec cela, il y a de l'insuffisance globulaire, c'est-à-dire ce qu'on appelle de la chlorose, cette insuffisance globulaire ou hypoglobulie n'est que la conséquence d'une affection chronique du poumon gauche. Ce n'est pas une maladie primitive du sang, c'est une lésion secondaire symptomatique, et c'est là ce qu'il faut appeler fausse chlorose ou pseudo-chlorose.

Les chloroses occupent les lits 2, 16 et 23; et les petites filles ont deux, sept et quinze ans. Cette dernière seule est pubère et réglée depuis un an, sans écoulement excessif et avec quelques douleurs utérines assez vives. Chez les autres, il n'y a pas trace de puberté.

Dans ces faits, l'insuffisance globulaire ou hypoglobulie éclate de la façon la plus évidente aux yeux du médecin, par la décoloration des téguments et du visage, par la pâleur des conjonctives, des lèvres, des gencives et des ongles.

Toutes les trois ont des névralgies de la tête à la région frontale ou temporale, pas de névralgies intercostales, de la gastralgie sans vomissements, pas de coliques ni de dérangement intestinal.

Elles ont souvent des vertiges, des défaillances quand elles sont debout, et elles tombent à demi évanouies sans perte de connaissance, ni convulsions ni aucun phénomène d'hystérie.

Elles ne toussent pas, et leurs poumons ne donnent ni à la percussion ni à l'auscultation aucun signe pouvant faire croire à une lésion pulmonaire quelconque.

Les urines ne présentent rien de particulier.

Le n° 2 ne présente absolument rien d'anormal au cœur, ni comme résultat de percussion ni comme auscultation.

Les deux autres, 16 et 22, ont le cœur un peu dilaté, sans impulsion ni palpitation, et l'on y entend à la base en dedans du mamelon, proche du sternum, un bruit de souffle doux, qui ne s'étend pas dans l'aorte. Là, les battements sont nets et sans aucun prolongement anormal.

Dans les carotides, le stéthoscope placé légèrement sur le vaisseau ne fournit aucun signe, mais dès que l'on comprime ou que l'on tend un peu fortement, il y a un souffle qui varie de timbre et d'intensité avec la pression et la tension du cou.

C'est évidemment un souffle créé par l'observateur plutôt qu'un souffle pathologique.

L'ophthalmoscope vient ici ajouter ses résultats aux autres phénomènes de la décoloration tégumentaire, car il montre des lésions spéciales : la décoloration de la choroïde et la teinte rosée si claire du sang des veines de la rétine, qu'elles semblent remplies d'eau rosée.

Tels sont les symptômes de ces cas de chlorose.

Le diagnostic ne semble pas difficile, mais il ne repose que sur un seul phénomène, la décoloration des tissus, et ce n'est qu'après avoir examiné avec soin tous les organes intérieurs pour constater leur intégrité que l'on arrive, par une sorte d'élimination successive, à voir dans l'insuffisance globulaire cet état de maladie primitive qui est la chlorose.

Comme vous le voyez, je ne tiens aucun compte des *souffles vasculaires*, dits *chlorotiques*. Pourquoi? C'est que je ne crois plus à leur signification.

D'abord, les souffles aortiques que l'on constate s'expliquent aussi bien par des anomalies vasculaires de l'aorte, ou par cette endocardite végétante que j'étudie depuis plusieurs années et qu'on observe chez un très-grand nombre d'enfants.

Ensuite, les souffles vasculaires de la carotide sont tous artificiels et produits plutôt par la pression du stéthoscope que par la diminution de densité du sang, fait contestable et nié aujourd'hui par un certain nombre d'observateurs.

On sait, en effet, depuis les expériences si bien faites de Chauveau, que les souffles vasculaires sont dus à une cause mécanique plutôt qu'à la qualité du liquide en circulation. Ils dépendent du passage du sang d'une partie étroite des artères dans une partie plus longue et résultent d'une *veine fluide* des artères.

L'expérience prouve qu'il en est ainsi. Sur un tube fermé circulaire si l'on fait passer un liquide au moyen d'une pompe, que ce liquide soit plus ou moins dense, de l'eau ou de l'huile, il ne se produit pas de souffle. Au contraire, si le tube est ouvert, à l'orifice de sortie, il se fait un sifflement, que l'on entend sous forme de souffle dans la partie du tube voisine de l'ouverture. C'est exactement comme dans un robinet demi-ouvert, lorsque l'eau siffle en sortant, on dit alors que le robinet chante. Il se fait au passage du liquide d'une partie étroite dans une partie plus large une veine fluide à laquelle on doit le bruit de sifflement qui, dans un tube flexible, forme un souffle.

Ainsi se forment les souffles du cœur et des vaisseaux. C'est la vibration de la colonne sanguine sortant de l'aorte rétrécie ou de la valvule mitrale rétrécie et insuffisante que l'on entend sous le stéthoscope, et non un souffle indicateur de l'hydrémie. De même dans les vaisseaux du cou, selon le renversement de la tête en arrière ou sa tension de côté, selon que l'artère est plus ou moins profonde et resserrée par la contraction musculaire dans les efforts de la tension du cou, selon que l'on presse

peu ou beaucoup à l'aide du stéthoscope, on a des bruits de souffle mécanique par compression du vaisseau, et non un souffle par un défaut de densité du liquide en circulation.

Une autre question vient compliquer la recherche de l'origine des bruits de souffle jusqu'ici appelés chlorotiques. C'est la présence régulière d'altérations anatomiques du système vasculaire dans la chlorose. Si l'on en croit Virchow, ces altérations seraient la règle. D'où vient cette opinion? Est-elle suffisamment motivée? Je l'ignore, car je n'ai jamais fait d'autopsies de chlorose. C'est une maladie dont on meurt bien rarement et dans laquelle on ne succombe que par accident ou par affection intercurrente. Je n'ai fait l'autopsie que de la *pseudo-chlorose*. Or, ici, les altérations que l'on peut trouver dans le cœur et dans les vaisseaux n'appartiennent pas à l'insuffisance globulaire et dépendent, comme je l'ai établi, de la maladie viscérale. On sait, en effet, que, chez les enfants, toutes les maladies fébriles engendrent l'endocardite végétante et l'angio-cardite.

Il m'est donc difficile de prononcer un jugement sur cette nouvelle théorie allemande de la vraie chlorose, mais je crois que cette maladie ne fournit pas assez d'occasions de faire l'examen cadavérique pour qu'on puisse formuler des conclusions semblables à celles de l'auteur que je viens de citer. Quoi qu'il en soit, d'après Virchow, ces anomalies sont généralement dans les artères, surtout dans l'aorte, qui est rétrécie, et où l'on peut à peine mettre le petit doigt, tandis qu'à l'état normal, on y place le pouce; dans l'origine des branches de l'aorte, particulièrement pour les artères intercostales supérieures et inférieures; dans la tunique interne, qui est souvent le siége d'élevures réticulées plus ou moins nombreuses; dans la tunique moyenne, qui a subi la métamorphose graisseuse, visible au microscope; dans le cœur, plus petit ou hypertrophié ou dilaté, et parfois atteint de dégénérescence graisseuse.

Quant à la petitesse de l'utérus et des ovaires, elle dépend, selon lui, de l'imperfection du sang et du système vasculaire.

La plus grave objection qu'on puisse faire à cette théorie, c'est que la chlorose des jeunes filles est une maladie passagère, habituellement de cause morale, et que des causes morales suffisent souvent pour guérir. C'est qu'on voit, après le mariage des femmes jadis chlorotiques ayant les plus belles apparences de santé. Si la chlorose dépendait d'une anomalie du système vasculaire, cette anomalie produisant la chlorose à dix-huit ans, ne lui permettrait pas de disparaître à vingt; de plus, la chlorose ne guérirait pas en quelques mois par l'exercice, le grand air, le quinquina, le fer et l'hydrothérapie; enfin toutes les maladies du cœur chez l'adulte et chez l'homme devraient produire la chlorose, ce qui n'a pas été observé.

L'auteur de cette manière de voir a évidemment été la dupe d'une coïncidence, et c'est là une faute d'anatomo-pathologiste qu'un clinicien n'aurait jamais commise.

Admettez donc encore qu'il y a des chloroses primitives, c'est-à-dire des insuffisances globulaires, des hypoglobulies et des hydrémies dont on ne connaît pas la cause, qui ne sont qu'un défaut d'hématopoièse, et dans lesquelles on ne peut admettre aucune lésion viscérale.

Toutes les chloroses engendrées par la peur, par un chagrin d'amour, par une grande émotion morale sont dans ce cas. Ainsi j'ai vu grandir dans la piété une petite fille devenue très-belle et très-forte femme, qu'on maria, dans le commerce, à un homme rude et de peu d'éducation. Le lendemain de son mariage, elle était blanche, spectrale et défigurée par la chlorose. Quand je la vis, je lui donnai inutilement du fer et du quinquina; puis, un mois après, survinrent des troubles psychiques graves, et une lypémanie religieuse très-prononcée. Elle s'accusait d'impureté, de souillures charnelles et demandait grâce à Dieu de ses fautes. Il fallut la conduire chez M. Brierre de Boismont, où elle succomba. Frappé d'un fait si étrange, je cherchai à en savoir la cause, et j'appris que la première nuit de son mariage n'avait été qu'une lutte violente contre son mari, qui avait voulu triompher trop promptement des résistances d'une pudeur excessive.

Dans les cas de ce genre, l'insuffisance globulaire et l'hydrémie sont tout, et ce n'est que d'une façon secondaire que se développent les endocardites végétantes passagères capables de produire un souffle cardiaque à l'orifice de l'aorte.

Cette insuffisance globulaire se caractérise par une diminution de densité du sang, qui de 1040 tombe à 1020, et par une pertes de globules qui, de 129 millièmes, tombe à 80, à 60, et même à 36 millièmes.

C'est cette pauvreté de matière colorante du sang qui engendre la pâleur de la peau et des muqueuses, qui, dans l'œil éclairé par l'ophthalmoscope, montre des veines à peine rosées, et qui produit cette faiblesse générale et ces névralgies variées dont souffrent les chlorotiques.

Tant que la chlorose reste modérée, ce n'est pas un état grave, mais si l'hypoglobulie est très-considérable, la situation devient très-pénible.

Il se fait de la bouffissure au visage et aux extrémités; il y a des hémorrhagies nasales et utérines, parfois pulmonaires très-sérieuses; il survient des gastralgies avec ou sans gastrorrhée, de la constipation et une inappétence qui amène l'émaciation des jeunes filles. Trop heureux si les règles continuent de paraître régulièrement et si des phénomènes hystériques ne viennent pas se joindre à la nosohémie chlorotique. Dans quelques cas, enfin, si la maladie se prolonge et que la nutrition générale souffre beaucoup, il peut apparaître des complications pulmonaires qui sont le point de départ de la phthisie.

Chez les enfants que vous venez de voir j'ai prescrit, comme traitement, du sous-carbonate de fer, du phosphate de fer, des affusions froides et la meilleure nourriture qu'on pourra trouver dans le régime de l'hôpital.

C'est qu'en effet tout le traitement de la chlorose pivote autour de ces moyens.

Les différentes préparations de fer employées depuis les temps hippocratiques sont tout ce qu'il y a de mieux à employer, mais toutes ne sont pas également bonnes et ne réussissent pas toujours aussi vite. Comme je l'ai développé dans mon *Dictionnaire de thérapeutique*, il faut choisir entre les préparations de fer.

Comme eaux minérales naturelles, vous pouvez prescrire l'eau de Bussang, l'eau d'Orezza, l'eau Dominique de Vals, l'eau de la Bourboule (source ferrugineuse nouvelle), enfin l'eau artificielle avec la macération de clous rouillés ou de boule de Nancy.

Quant aux préparations ferrugineuses, la limaille de fer brillante, 25 à 50 centigrammes par jour; le fer réduit par l'hydrogène de Quévenne ou le fer réduit par l'électricité de Collas; l'oxyde de fer soluble de Chanteaud; le sirop de pyrophosphate de fer sont ce qu'il y a de mieux à employer. Seulement il faut savoir que les préparations ferrugineuses donnent parfois quelques coliques, un peu de constipation ou de la diarrhée à quelques personnes, et qu'une préparation de fer peut avoir cet inconvénient qu'on ne retrouve pas dans une autre. Dans ce cas, si une préparation ne réussit pas, il faut

en essayer une seconde et ne pas renoncer au médicament.

A côté du fer et des préparations ferrugineuses, je place l'oxyde de manganèse, qui est quelquefois utile lorsque le fer ne peut plus être pris par les malades; le sang de bœuf desséché mis en poudre; les amers, le quinquina macéré dans du vin ou dans de l'eau, et, de préférence, cette dernière préparation.

Comme adjuvant indispensable, il faut prescrire l'exercice en plein air, les distractions de la campagne, la danse, l'équitation, les bains de rivière, les bains de mer et l'hydrothérapie, deux douches par jour de quinze secondes. Les douches les plus courtes, suivies d'un moment d'exercice à pied, sont les meilleures.

J'emploie aussi très-souvent les bains d'air comprimé et les inhalations d'oxygène, environ quinze litres par jour, à l'aide de l'appareil inventé par Limousin.

Telles sont les considérations étiologiques, cliniques et thérapeutiques que je voulais vous présenter sur la vraie chlorose des petites filles. Cette nosohémie présente des caractères spéciaux que vous ne rencontrerez pas dans la chlorose de l'adulte, et que vous n'observerez que dans cet hôpital, où il faut venir les étudier.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. B. ANGER.

Réunion des sections tendineuses traumatiques anciennes.

Le but de ce travail est de démontrer la possibilité de réunir des tendons divisés depuis longtemps et d'obtenir le rétablissement de leurs fonctions; alors même que l'accident qui en a amené la section est ancien, la plaie des téguments cicatrisées et les extrémités des tendons assez éloignées l'une de l'autre pour que leur adossement par la suture et la réunion immédiate soient devenus impossibles.

Au mois de juillet de cette année, entrait dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, un homme adulte qui avait eu les tendons extenseur commun et extenseur propre du petit doigt divisés six mois auparavant par un instrument tranchant. Le médecin appelé s'était contenté de panser la plaie sans tenter la réunion des tendons qui s'étaient écartés et cicatrisés isolément, laissant le petit doigt entièrement privé de son mouvement d'extension et fléchi d'une façon permanente sur la paume de la main.

Le malade me pria de tenter une opération ayant pour but de remédier à cette infirmité, et j'y consentis volontiers, connaissant quelques observations intéressantes de réunion de tendons divisés depuis longtemps, dans lesquelles MM. Sédillot, Syme, etc., avaient pratiqué la réunion avec succès. Un insuccès ne pouvait rendre la situation plus mauvaise; les mouvements du doigt étant complétement perdus.

Le malade fut anesthésié à l'aide du chloroforme, et je pratiquai sur le bord cubital du dos de la main une incision longitudinale de 10 centimètres.

Les tendons de l'extenseur commun et de l'extenseur propre furent reconnus isolés. Les extrémités de ces tendons étaient écartées d'environ 6 centimètres et très-adhérentes au tissu fibreux de la cicatrice; elles ne présentaient point de renflements indiqués dans les observations de quelques chirurgiens.

J'isolai les tendons des tissus du voisinage et je passai dans leur épaisseur un fil d'argent, sur lequel j'exerçai quelques tractions, espérant mettre les deux surfaces de section en contact; résultat que je ne pus obtenir.

En mettant la main dans l'extension à l'aide d'une palette et en exerçant une traction sur les fils, je parvins cependant à faire diminuer d'une façon considérable; l'espace qui séparait les deux extrémités des tendons: mais cet espace ne put être réduit à moins de 2 centimètres, les fils métalliques furent repliés, et la plaie pansée avec un plumasseau de charpie trempé dans le vin aromatique.

Bien que peu satisfait du résultat obtenu, j'espérais cependant que l'inflammation amènerait la formation d'une cicatrice assez forte pour réunir à distance les tendons par un tissu intermédiaire, ce qui pourrait permettre au doigt de reprendre ses mouvements.

La plaie se couvrit rapidement de granulations, et trois semaines après l'opération, les fils tombèrent d'eux-mêmes et furent trouvés dans le pansement. La cicatrisation ne se fit pas longtemps attendre, et je pus constater alors, en enlevant l'attelle palmaire, que le doigt auriculaire conservait sa rectitude, et atteignait ainsi aux limites de son extension.

La flexion était devenue un peu difficile; mais après quelques semaines d'exercice, elle était revenue, un peu moins facile cependant que pour les autres doigts.

L'opération a donc eu un résultat satisfaisant, puisque le malade a recouvré les mouvements de son doigt, qui, sans cette heureuse intervention de l'art, étaient à tout jamais perdus.

Les chirurgiens sont unanimes sur la question de l'utilité des sutures tendineuses dans les cas de plaies récentes. Il était probable qu'une section tendineuse ancienne guérirait avec une égale facilité après un nouvel avivement et une suture, mais on pouvait craindre que le résultat ne fût nul dans le cas où l'opérateur ne pouvait parvenir à établir le contact des extrémités divisées des tendons.

L'observation clinique que je publie démontre que, même dans ce cas, il ne faut point désespérer d'obtenir une terminaison heureuse.

Nous en avons rencontré, en parcourant les ouvrages de chirurgie et les recueils périodiques, une observation fort intéressante qui présente une grande analogie avec le fait plus récent que nous venons de rapporter. Elle appartient à M. Chassaignac et a été publiée dans ce même journal (*Gazette des Hôpitaux*, 1854, p. 195). Les tendons fléchisseurs du pouce et de l'indicateur avaient été divisés par un fragment de carafe, et la plaie, après avoir suppuré, s'était cicatrisée, laissant une perte du mouvement de flexion du pouce et de l'indicateur. Ce bout inférieur du tendon divisé adhérait à la cicatrice; car si l'on saisissait le bord inférieur de cette cicatrice au moyen de l'ongle, et si l'on cherchait à le tirer de bas en haut, on déterminait aussitôt la flexion de l'indicateur.

Chassaignac conçut l'idée de ramener le bout supérieur du tendon au contact de la cicatrice. On mit à découvert les tendons fléchisseurs dans une étendue de deux travers de doigt, et l'on sépara avec soin des parties environnantes le bout supérieur du tendon, dont l'extrémité était renflée. On traversa son centre d'un fil à ligature, et l'on mit ce tendon en contact avec sa cicatrice, par un point de suture dont on laissa pendre les deux chefs au dehors. Il n'y avait eu aucun avivement préalable du tendon. Au bout de six jours, la réunion était presque complète et la jeune fille commençait à fléchir l'indicateur. La guérison fut achevée en quinze jours et les mouvements abolis furent rétablis.

Il est facile de tirer de ces deux observations un enseignement pour la conduite que le chirurgien doit tenir dans des cas analogues. On devra mettre à nu les tendons vicieusement consolidés, et les réunir à l'aide de fils mécaniques passés dans leurs deux parties sans se préoccuper beaucoup de l'avivement, dans le cas où les tendons peuvent être mis au contact, et conserver encore beaucoup d'espoir dans le cas où sa réunion ne peut être que médiate; car, et notre observation

clinique le démontre, le bourgeonnement du tissu cellulaire suffit à sa soudure, et la réunion à distance s'obtient aussi facilement que dans les opérations ordinaires de ténotomie, où le tendon se trouve en réalité allongé, tout en conservant sa continuité et ses fonctions.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 janvier 1875. — Présidence de M. Peter.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Charrier, secrétaire général, a la parole pour la lecture du compte rendu des travaux de la Société de médecine de Paris, pendant l'année 1874.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ PENDANT L'EXERCICE 1874.

Messieurs, l'année 1874 qui vient de finir a été marquée par une grande activité dans nos travaux. Depuis bien longtemps nos Bulletins n'avaient pas enregistré une quantité aussi considérable de communications intéressantes et de mémoires inédits. De plus, notre société a eu la bonne fortune de recevoir parmi ses membres six nouveaux collègues déjà connus par leurs travaux antérieurs et leur parfaite honorabilité professionnelle; ce sont: MM. de Beauvais, Charpentier, Gillebert d'Hercourt fils, Lemoisne et Marcet. Elle a conféré aussi le titre de membre correspondant au docteur da Silva Ramos (de Rio Janeiro). Je vais faire passer dans une revue rapide toutes les communications, tous les mémoires qui vous ont été soumis, et j'espère ainsi, par cette synthèse, vous prouver que jamais la Société de médecine de Paris n'a été plus florissante, ni ses séances mieux remplies; vous avez tenu à honneur de continuer les laborieuses traditions de cette compagnie qui est la plus ancienne de toutes et qui a fourni à l'Académie de médecine, lors de sa fondation, un grand nombre de ses membres, vous n'avez pas démérité.

Vos travaux, messieurs, se divisent en deux groupes distincts. Dans le premier, je ferai entrer tous les faits, tous les mémoires afférents à la médecine; et dans le second, tous ceux qui ressortissent à la chirurgie.

Médecine. — Le premier mémoire qui vous fut présenté est le travail inédit que M. Gillebert d'Hercourt fils vous a lu à l'appui de sa candidature, il a pour titre : *Examen critique de l'influence que le séjour sur le littoral franco-italien exerce sur la marche de la phthisie pulmonaire.*

Dans ce mémoire, notre collègue a eu pour objectif de prouver, par des observations nouvelles, que l'on s'est singulièrement exagéré l'influence salutaire des stations méditerranéennes sur la marche de cette maladie qui fait tant de victimes, et que sans aller sur les bords de la Méditerranée, en soumettant les malades à une rigoureuse hygiène, le médecin instruit et soigneux obtiendra des résultats souvent meilleurs qu'en envoyant ses malades dans ces pays où les changements de température sont brusques et, quoi qu'on en dise, considérables. Notre collègue avait du reste été précédé dans cette voie par son père, notre collègue le docteur Hameau, d'Arcachon, et bien d'autres encore. Ce qui paraît résulter de son travail, c'est que, pour le plus grand bien du phthisique, il faut chercher, avant tout, un climat uniforme, fût-il rigoureux, pourvu que les variations de l'atmosphère soient presque nulles. C'est ce qui explique la faveur que prennent depuis quelques années les stations hivernales dans les montagnes de la Suisse.

Une commission dont M. Leudet était le rapporteur vous rendit compte de ce remarquable travail, et lui-même, nous faisant part de sa grande expérience, nous montra les variétés si nombreuses de phthisie et les indications si différentes que nous offrent les malades, il partage jusqu'à un certain point les opinions de M. Gillebert, sans cependant être aussi affirmatif que lui, puis examinant la question sous ces différents aspects, il nous démontre combien il est difficile de résoudre la question, de savoir dans quelle station nous devons envoyer nos malades quand nous croyons utile, dans la saison froide, de leur faire changer de climat.

Un médecin de Pernambuco, le docteur da Silva Ramos, a eu depuis plus de vingt ans, comme inspecteur de la santé publique, l'occasion trop fréquente d'étudier la fièvre jaune, et nous a présenté un travail sur cette maladie. Le point capital de ce mémoire, que notre collègue M. Dubuc a analysé devant vous, est relatif au traitement. Tout le monde sait, en effet, que la fièvre jaune a deux périodes bien distinctes, la première de début ou d'activité fébrile, la seconde d'état remarquable par une grande oppression des forces et souvent par les vomissements noirs.

Ce *vomito negro*, dont la gravité pronostique n'a échappé à aucun observateur, est surtout redoutable quand le sang rejeté est couleur marc de café. Pour nous en donner une preuve, votre rapporteur cite le travail du docteur Bellot, qui en 1862, à la Havane, vit, sur quatre-vingts malades qui eurent des vomissements de cette couleur, la mort toujours être la terminaison de cette fatale maladie.

En présence de résultats aussi désastreux, et considérant que si parfois quelques sujets parviennent à guérir, ils ne le doivent qu'aux seules forces de l'organisme, et nullement aux remèdes employés, le docteur Ramos s'est demandé si, en relevant les forces par les excitations périphériques les plus énergiques, il n'arriverait pas à de meilleurs résultats. Il se rappela aussi les succès qu'avaient eus Currie, Trousseau et tant d'autres, dans le traitement des scarlatines et des fièvres typhoïdes graves par des applications d'eau froide. Il eut alors l'idée d'employer l'hydrothérapie dans cette période de la fièvre jaune. Il traita ses malades atteints de vomissements noirs par de courtes immersions dans de l'eau à 12 degrés centigrades. Le résultat dépassa son attente, et sur vingt et un malades il a obtenu dix-huit guérisons. C'est ce résultat, aussi brillant qu'inattendu, qui a décidé le docteur Ramos à vous faire cette communication si intéressante. Il est le premier qui ait eu l'idée d'employer l'hydrothérapie dans cette période ultime. D'autres avant lui avaient eu recours au même moyen, mais dans la période de début. Sur les conclusions de M. Dubuc, rapporteur, vous lui avez accordé le titre de membre correspondant.

Notre collègue M. Blondeau vous a fait l'histoire d'un malade qu'il a pu observer de près, puisque le malade est lui-même, et qui, atteint de ténia, n'a jamais éprouvé le plus petit trouble du côté du tube digestif. Ce fait est rare, car le ténia n'a pas l'habitude d'être aussi tranquille et de ne pas manifester sa présence.

Ordinairement, si les accidents intestinaux font défaut, chez les individus qui ont le ténia, d'autres accidents apparaissent : faim subite et très-grande, sensations bizarres, vertiges qui souvent simulent l'épilepsie. M. Blondeau n'avait fait aucun traitement ténifuge, et cependant un matin il rendit 1 mètre de ver solitaire; il ne sait pas si la tête a été expulsée. Or M. Blondeau ajouta qu'il prenait vingt jours par mois, depuis sept ans, 20 grammes d'une solution ainsi formulée: 100 grammes d'eau distillée pour 5 centigrammes d'arséniate de soude. Il me semble, et c'est l'avis de notre collègue, que l'on pourrait attribuer à la médication arsenicale l'expulsion du ténia. Mais rien ne nous prouve que notre collègue soit guéri. N'a-t-on pas vu souvent après l'expulsion de quelques mètres de ténia, les malades rester un long temps sans expulsion nouvelle, et l'on ne peut se croire réellement débarrassé du parasite que lorsque la tête de l'animal aura été bien et dûment constatée dans les matières expulsées.

M. Dubuc nous a lu un mémoire sur le phimosis consécutif à l'herpès du prépuce chez les diabétiques.

M. de Beauvais a choisi aussi ce sujet remarquable pour le travail qu'il vous a lu à l'appui de sa candidature, et il vous a montré par une observation des plus intéressantes, combien il est dangereux de faire intervenir l'action chirurgicale avant d'avoir modifié l'état général du malade par un traitement approprié.

M. Marcet vous a présenté le résultat de ses recherches sur les eaux thermales sulfureuses, pour lui les organismes que l'on trouve dans ces eaux se développent et prennent naissance dans les eaux elles-mêmes, grâce aux conditions ordinaires de la vie de tout être organisé, c'est-à-dire aux conditions du milieu intérieur et du milieu

extérieur. M. Marcet repousse donc l'origine souterraine de la matière organique admise par les chimistes.

Cette opinion est acceptable pour les barégines filamenteuse et membraneuse, car on ne les trouve jamais dans les conduits verticaux appelés *pompes* dans les thermes pyrénéens; mais, comme l'a fait observer M. Leudet dans son rapport, il existe dans cette eau de la matière organique amorphe et dissoute suivant les chimistes. Or, dans cette matière dépourvue d'air et souvent surchauffée, M. Marcet trouve des organismes définis et vivants. D'où viennent ces organismes? Il pourrait donc, dans les eaux minérales sulfureuses, exister une substance organique vivant de sa vie propre en dehors du contact de l'air et de certaines autres conditions de température et de pression? C'est là encore une inconnue, et il faut espérer que, dans un prochain mémoire, notre collègue aura découvert la vérité et nous en fera part.

Puis nous avons entendu le très-bon travail de M. Charpentier, sur une espèce particulière d'asphyxie locale, et l'excellent rapport de M. Duroziez sur la matière : une communication de M. Gillebert d'Hercourt père sur le climat d'Enghien. Dans ce travail, notre collègue combat victorieusement le préjugé qui veut que le climat d'Enghien soit humide. Il prouve, par des observations météorologiques minutieuses, combien cette opinion est fausse et n'a été probablement accréditée que par ceux qui avaient intérêt à le faire.

Vient ensuite une communication de M. Gillette sur l'emploi heureux du seigle ergoté dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu fait par son père à l'hôpital Bon-Secours. Puis le très-consciencieux travail de notre infatigable et laborieux collègue Duroziez, sur le danger de la médication digitalique. De ce volumineux dossier il ressort que l'usage de la digitale sous toutes ses formes, en poudre, en infusion, en teinture, en extrait, ou sous la forme de digitaline est extrêmement dangereux et que la digitale employée à hautes doses est un poisson violent, et d'autant plus redoutable que les digitales sont plus ou moins actives, suivant le lieu de leur naissance. Notre collègue a commencé ce travail, sans parti pris, avec le seul désir de connaître la vérité, et il est arrivé à rejeter presque entièrement l'emploi de cette plante ou, tout au moins, à se limiter à un très-petit nombre de cas bien déterminés.

Notre président M. Peter est presque de l'avis de M. Duroziez, il est en garde contre ce médicament trompeur, ne s'en sert que dans des cas bien nets, bien accentués, alors que le cœur atteint de lésions organiques bat tumultueusement. Mais encore est-il très-circonspect, à ce point qu'il a terminé son appréciation sur ce médicament par cette formule presque aphoristique : que dans les maladies du cœur le commencement de la sagesse est la crainte de la digitale.

Notre collègue M. Aimé Martin a développé devant vous ses recherches *sur l'action physiologique des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine.* Il ne nous a communiqué que quelques points importants d'un mémoire qu'il nous lira plus tard. Les trois points sur lesquels il a insisté sont les suivants : 1° de l'action des injections hypodermiques morphinées sur la circulation et sur la température du corps humain.

Nombre de fois ces expériences ont été faites sur lui-même, et ont toujours démontré que les injections hypodermiques de morphine produisent, même à une dose très-faible, une diminution considérable de la tension du sang dans les artères; et, par conséquent, une diminution dans la force des contractions du cœur. La morphine est peut-être appelée à remplacer dans bien des cas la digitale.

La diminution de la température et des pulsations n'a lieu que chez les gens bien portants. Chez les fébricitants la température et le pouls restent les mêmes.

2° A quelle dose doit-on faire les injections.

M. Aimé Martin, après les avoir longtemps pratiquées, rejette les injections au centième et au cent cinquantième. Il ne se sert que des injections au vingt-cinquième, les effets en sont constants et complétement indolores.

Il injecte toujours de 1 à 3 centigrammes de chlorhydrate de morphine pour que l'effet soit constant et plus durable.

En se servant de ces doses il n'a jamais observé d'accidents, ni locaux, ni généraux.

3° Des applications thérapeutiques nouvelles de cette méthode.

Ces applications sont innombrables, Brown-Sequard prône cette méthode contre la migraine, le vertige, le délire, l'hystérie, etc., en un mot contre toutes les manifestations nervosiques et névralgiques.

Le champ, comme vous voyez, messieurs, est vaste; à vous maintenant de la parcourir et de venir par des observations nouvelles confirmer ou infirmer les conclusions de M. Aimé Martin.

Enfin, dans une de nos dernières séances, M. de Beauvais nous a lu l'observation détaillée d'un cas de mort rapide dans la chorée.

Une discussion intéressante à laquelle ont pris part : MM. Forget, Onimus, Géry, Blondeau, Peter a suivi cette lecture. Pour M. Onimus, il n'y a pas de chorée mortelle, les cas de chorée qui ont été suivis de mort sont des cas de maladies cérébrales accompagnées de mouvements choréiformes. Cette opinion est trop exclusive, la thèse inaugurale si bien faite sur ce sujet de M. Géry, les faits cités par nos collègues que j'ai nommés plus haut, prouvent que la chorée peut être mortelle par elle-même, sans lésions anatomiques autres que celles qui résultent des troubles du système encéphalo-rachidien.

Chirurgie. — M. Gallard, avec une bonne foi qui devrait être plus souvent imitée, nous fait part d'un cas curieux de sarcome assez considérable qui s'était développé au niveau du ventricule de Morgagni du côté droit, et qu'il n'avait pas soupçonné pendant la vie. Son diagnostic avait été *congestion pulmonaire*. Il n'avait pas diagnostiqué d'affection laryngée, parce que la voix n'était que très-peu altérée.

M. Gallard envoya la pièce anatomique à M. Krishaber, qui lui a répondu une lettre, dans laquelle ce dernier, s'appuyant sur les travaux de Czermack, explique très-bien comment la voix peut être sourde, rauque, ou complétement éteinte. Si une seule corde vocale est paralysée, la voix est *sourde*, mais s'entend à distance. Si l'une des deux cordes est *lésée*, la voix est *rauque*. Si les deux cordes sont paralysées, la voix est *complétement éteinte*.

L'année dernière, vous vous le rappelez, M. de Saint-Germain nous avait entretenu d'un nouveau procédé de laryngotomie au moyen du cautère actuel. Mais dans ces expériences, il avait trouvé à la partie postérieure du larynx des ulcérations suspectes; il résolut de modifier son procédé, l'expérimenta sur le cadavre et donna la préférence à un procédé mixte. Il se sert d'un petit bistouri à lame tranchante, arrondie au bout comme les couteaux de table et rougi à blanc. Il agit donc ainsi par section et par cautérisation. Il nous montra le larynx d'un enfant qui avait été opéré par ce procédé, et qui avait succombé plus tard à un empoisonnement diphthéritique généralisé.

Le larynx était indemne de toute escarre et de toute lésion pouvant être imputé au manuel opératoire employé.

M. Dubuc nous a lu un travail sur l'uréthrotomie interne pour faciliter la sortie d'un corps étranger de la vessie chez un malade atteint de rétrécissement fibreux. Cette opération n'était en quelque sorte que préparatoire, une fois la voie dilatée, notre collègue aurait introduit un petit brise-pierre pour saisir et amener au dehors le corps étranger, mais la vessie se chargea elle-même de l'opération, elle rejeta à deux reprises différentes, la première fois un fragment de sonde de 3 centimètres de long, la deuxième fois un fragment de 9 centimètres plié en deux. Au reste, le fait n'est pas rare, et dans le mémoire de Denucé sur les corps étrangers de la vessie, on en trouve de nombreux exemples.

M. Gallard nous a montré un malade porteur d'une hernie épigastrique extrêmement curieuse, et M. de Saint-Germain a apporté une roulette en cuivre traversée par une tige de fer de 7 centimètres de long, qui a été avalée par un de ses jeunes clients âgé de cinq ans et demi, et rendue dix-sept jours après sans avoir causé le moindre désordre.

M. Mercier a fait l'extraction d'une sonde élastique brisée et restée dans la vessie au moyen d'instruments qui lui sont propres et qu'il nous a montrés.

Aussi, frappés de la fréquence de cet accident d'un morceau de sonde brisée et restée dans la vessie, plusieurs d'entre nous se sont demandés s'il n'y aurait pas urgence à attirer l'attention des fabricants de sondes en gomme élastique sur la fabrication vicieuse des sondes, qui n'ont aucune résistance et qui cassent comme du verre. Notre collègue M. Reliquet nous a montré un cas très-rare de sym-

pexions spermatiques qui avaient oblitéré le canal éjaculateur gauche. Or habituellement les sympexions spermatiques, d'après Robin, ne se développent que dans les vésicules séminales; ce sont des concrétions opalines, transparentes, formées par de très-courtes et de très-fines stries rectilignes, parallèles, très-rapprochées. Traitées par l'acide acétique, cet état strié disparaît, et met en évidence un nombre considérable de spermatozoïdes.

C'est au moment du coït que le malade ressentit la première douleur, et il est probable que c'est à cet instant où les vésicules séminales se sont contractées, que les sympexions ont été poussées par le canal éjaculateur et l'ont oblitéré. A partir de ce moment, tous les actes de contraction de l'urèthre ont été douloureux. M. Reliquet, incertain sur la cause d'une aussi violente douleur et de l'irritation uréthrale et vésicale, voulut examiner la vessie, et il pratiqua le cathétérisme; alors il provoqua un spasme violent et douloureux de la vésicule, et à la suite l'expulsion des sympexions.

Ainsi, comme le dit notre collègue, cette exploration a été une opération curative, les douleurs cessent, et après le coït, qui a été consommé immédiatement après l'opération, il constate que la vésicule gauche est revenue à son état normal.

Il resta pendant quelques jours un peu d'irritation, qui disparut sous l'influence de lavements additionnés de chloral.

Dans la discussion qui suivit, M. Gillebert d'Hercourt fils, comparant cet état pathologique à la colique néphrétique et à la colique hépatique, propose le nom de *colique séminale*, qui paraît parfaitement approprié.

M. Blondeau nous a fait ensuite deux communications des plus intéressantes et des plus rares.

La première a trait à une hydronéphrose considérable terminée par la rupture de la poche et par la mort du malade.

La deuxième est la relation très-détaillée et très-émouvante d'une transfusion de sang pratiquée par le docteur Anger avec l'aide de notre collègue chez une femme de sa clientèle, enceinte, affaiblie par des épistaxis énormes. Le résultat immédiat fut merveilleux, mais la malade fit une fausse couche et succomba ultérieurement à des accidents d'intoxication puerpérale.

(*A suivre.*)

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Vallerian, interne de deuxième année, mort à la suite d'une variole contractée dans son service.

Ses obsèques auront lieu mardi 16 février, à trois heures précises. On se réunira à l'Hôpital temporaire, rue de Sèvres.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Pupin, commis de l'Académie de Paris, est nommé commis au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Gautier, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Servel, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique et d'histologie.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Guyot est nommé aide d'anatomie en remplacement de M. Pierron, démissionnaire.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Léon Vaillant, répétiteur au laboratoire de zoologie (mammifères et oiseaux) est autorisé à se faire suppléer, pour l'année courante, par M. Joannes Chatin, docteur ès sciences naturelles.

— M. Terrier, employé auxiliaire au laboratoire de la chaire de zoologie (mammifères et oiseaux), est nommé préparateur de ladite chaire, en remplacement de M. Young, décédé.

— M. Sauvage, docteur en médecine, est nommé aide naturaliste de la chaire de zoologie (reptiles et poissons), en remplacement de M. Guichenot, admis à la retraite.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Pasteur, membre de l'Institut, ancien professeur à la Faculté des sciences de Paris, est nommé professeur honoraire de cette faculté.

— *École des hautes études.* — M. Fouqué, répétiteur attaché au laboratoire d'histoire naturelle des corps inorganiques, est nommé directeur adjoint de ce laboratoire.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Pasteur vient de saisir l'Académie de médecine de la question des générations spontanées à propos d'un travail présenté dernièrement à l'Institut par M. Arthur Bergeron. Ce jeune savant a eu l'idée de rechercher les microzoaires dans le pus de tous les abcès qu'il ouvrait; et de dix-huit faits relatifs soit à des abcès chauds, soit à des abcès froids, il a conclu que des vibrions se formaient, à l'abri du contact de l'air, dans ces cavités closes, chez des individus qui avaient passé l'âge de vingt-deux ans. On comprend combien ce résultat inattendu avait ému M. Pasteur. Aussi s'est-il hâté de demander qu'une commission fût nommée par l'Académie de médecine pour contrôler ces observations. Incidemment il a protesté contre la légèreté étrange avec laquelle on voulait résoudre de pareilles questions sans préparation, presque sans travail, à l'aide de quelques faits observés à la hâte, insuffisamment contrôlés et le plus souvent inexacts. Il a cité de nombreux exemples d'expériences qui lui avaient été opposées comme concluantes par leurs auteurs, et qui, répétées avec soin dans son laboratoire, n'ont nullement donné les mêmes résultats. Ainsi MM. Onimus et Legros avaient prétendu qu'en mettant un œuf dépouillé, sur un point, de son enveloppe calcaire, en contact avec un liquide renfermant de la levûre, on trouvait bientôt, dans cet œuf, de la levûre, qui s'y était engendrée spontanément. L'interprétation était contestable; mais, en outre, le fait lui-même était inexact : M. Gayon, préparateur de M. Pasteur, s'en est assuré. Plus tard, M. Onimus prétendit qu'il obtenait des bactéries avec l'albumine des œufs. M. Gayon a constaté qu'il s'était trompé. M. Trecul avait annoncé qu'il transformait en levûre le pénicillum des citrons moisis. L'expérience, répétée cent fois par M. Pasteur, avec les précautions convenables, en évitant les spores de levûre qui pouvaient venir de l'atmosphère, n'a jamais donné que des résultats négatifs. M. Duval, pharmacien à Versailles, dit avoir obtenu avec la levûre de bière, avec le ferment alcoolique, une fermentation lactique dans une solution de sucre de lait. M. Pasteur n'a jamais observé rien de semblabe, en se servant de levûre absolument pure.

Dans d'autres cas le fait est vrai, mais il est mal interprété. Ainsi il est vrai que certains œufs se corrompent d'eux mêmes; tandis que d'autres résistent à la putréfaction. M. Deschamps a soutenu que ce qui jouait en pareil cas le rôle de ferment putride était ce qu'il nomme les *microzimas*, ce que Turpin appelait autrefois les *globulins ponctiformes*, des atomes doués de mouvement, mais ne devant pas leur naissance à des germes et n'étant pas organisés. Or M. Gayon s'est assuré que les œufs qui se pourrissaient dans leur coque renfermaient toujours des organismes microscopiques, et qu'ils les avaient reçus au moment où ils passaient de l'oviducte au cloaque. En injectant de ces organismes dans le cloaque d'une poule, on peut augmenter de beaucoup la proportion des œufs qui se corrompent. Tout récemment, un jeune chimiste des plus habiles, des plus ingénieux, M. Schutzemberger, a cru voir qu'une plante pouvait provoquer par son contact la fermentation butyrique. Ayant placé cette plante aquatique (*Elodea Canadensis*) dans de l'eau sucrée, il a obtenu un dégagement d'acide carbonique et d'hydrogène, en même temps que le liquide se chargeait d'acide butyrique; le même fait s'est reproduit quand il a changé la plante de vase et l'a plongée dans de nouvelle eau sucrée. Or, en examinant le liquide au microscope, il n'est parvenu à y découvrir aucune espèce de ferment.

M. Pasteur, renouvelant cette expérience, a trouvé constamment sur les feuilles de la plante une grande quantité de cellules de ferment qui s'y étaient fixées parce qu'elles pouvaient y vivre, y trouvant les sels minéraux nécessaires à leur accroissement et qui leur eussent fait défaut si elles se fussent répandues dans l'eau sucrée. Dans une éloquente péroraison, M. Pasteur s'est plaint de voir la politique et d'autres éléments tout aussi étrangers se mêler aux questions de science. Avec sa grande autorité, il a tracé des règles dont les observateurs ne devraient jamais se départir. Avant tout, il faut se débarrasser de toute opinion préconçue. Il faut se mettre en face des faits, non pas seulement de tel ou tel fait, mais de tout l'ensemble des faits connexes; il faut contrôler les uns par les autres, chercher des formules suffisantes pour embrasser leur généralité, et, les posant à l'état de lois, les vérifier, sans se lasser, dans chacun des cas où elles s'appliquent. On évite ainsi de se perdre dans un dédale de contradictions; et c'est là de la science vraiment française, intelligible, bien basée, qu'on peut élever et agrandir sans un effondrement complet.

Nous l'avons répété souvent dans ce journal, la science n'est pas le résultat des procédés ou des méthodes, c'est le produit de la pensée, qui éclaire et qui vivifie ces méthodes et ces procédés. C'est pourquoi l'homme de génie qui raconte comment il obtient ses découvertes, se trompe fort quand il suppose fournir ainsi à ses élèves le moyen de faire aussi bien que lui. Il ne leur donne pas en même temps ce travail muet et latent

de l'intelligence, qui préside aux choses, alors même qu'on croit être conduit par elles. Vous trouverez féconde la méthode numérique, si vous avez l'esprit assez vaste et assez net pour la féconder. Vous réaliserez de grands progrès par la méthode expérimentale, si vous savez lire dans une expérience tout ce qu'il faut y lire, et pas autre chose.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL COCHIN. — M. Desprès.

Hernies étranglées. — Statistique des opérations.

En 1873, la *Gazette des Hôpitaux* a publié les résultats des hernies étranglées traitées à l'hôpital Cochin par le docteur Armand Desprès. (Voir la *Gaz. des Hôpitaux*, 1873, p. 1058.)

Nous publions aujourd'hui la statistique pour l'année 1873-1874, avec les réflexions du chirurgien.

— Les années précédentes, les lecteurs de la *Gazette* ont pu le remarquer, les hernies avaient été divisées en deux groupes : les hernies qui avaient été opérées et celles qui n'avaient pas été opérées. Il est très-urgent de faire cette distinction, car il importe, pour faire l'histoire des hernies, si embrouillée aujourd'hui, de séparer les cas où l'opération peut être appliquée avec succès.

Voici les faits :

Hernies opérées.

Obs. I. Adélaïde N..., soixante-deux ans, journalière, entre à l'hôpital Cochin le 12 mai 1873. Hernie crurale gauche, entérocèle étranglée par le ligament de Gimbernat, du volume d'une noix; étranglement depuis vingt-quatre heures, à la suite d'un effort. Vomissements fécaloïdes. Tentatives de réduction à la vingt-quatrième heure par l'interne de garde, sans chloroforme d'abord, puis avec chloroforme. Le lendemain, 13 mai, à la trente-sixième heure, kélotomie. Ouverture du sac, débridement sur le ligament de Gimbernat. Intestin contusionné, réduction. Mort le 14 mai.

A l'autopsie, péritonite et petite perforation intestinale au niveau du point serré de l'intestin.

Obs. II. Caliste M..., soixante-neuf ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital Cochin le 5 novembre 1873.

Hernie épiploïque inguinale gauche, entéro-épiplocèle crurale droite du volume d'un œuf de poule, étranglée par le ligament de Gimbernat. Étranglement datant de quarante-six heures. Vomissements fécaloïdes. Des tentatives de réduction avaient été faites en ville pendant dix minutes environ. La malade était, en outre, atteinte d'une bronchite généralisée, et c'était pendant les efforts de toux que la hernie s'était étranglée.

Kélotomie d'emblée le 5 novembre, ouverture du sac, débridement sur le ligament de Gimbernat. Intestin violacé, épiploon congestionné. Réduction, ligature de l'épiploon laissé dans la plaie.

L'opération de la hernie eut des suites heureuses : les selles reparurent, l'épiploon tomba le huitième jour, et la cicatrisation s'effectuait; mais la bronchite chronique de la malade continua, et celle-ci succomba épuisée le vingtième jour après l'opération.

A l'autopsie, on a trouvé la plaie de l'opération cicatrisée. L'intestin étranglé avait repris ses dimensions et sa couleur normales, et l'on ne voyait plus d'autres traces de l'étranglement qu'un sillon un peu rosé sur le pourtour d'un intestin grêle. Les lésions qui avaient entraîné la mort en dehors de la bronchite étaient une endartérie généralisée et plus marquée dans l'artère pulmonaire. (Les pièces ont été présentées à la Société anatomique. *Bulletin* 1873.)

Obs. 3. Alexandrine M..., soixante-sept ans, pensionnaire à Larochefoucauld, entre à l'hôpital Cochin le 7 décembre 1873.

Entéro-épiplocèle crurale droite, du volume d'un œuf, étranglée depuis vingt-quatre heures. Vomissements fécaloïdes (la malade était, en outre, convalescente d'une pneumonie : elle avait une escarre au sacrum). Kélotomie d'emblée le 7 décembre, ouverture du sac, sac épiploïque complet. Débridement sur le collet du sac épiploïque, puis sur le ligament de Gimbernat. Intestin violet, réduction. Ligature de l'épiploon laissé dans la plaie. Selles le lendemain.

— Érysipèle gangréneux, le 10 décembre, autour des escarres, à la région sacrée. Mort le 13 décembre.

A l'autopsie pas de péritonite.

Obs. IV. Marie W..., quarante-trois ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital Cochin le 24 janvier 1874.

Entéro-épiplocèle crurale étranglée par le ligament de Gimbernat depuis quatre jours. Hernie non contenue, habituellement du volume d'une pomme d'api. Un bain et une tentative modérée de taxis. Rétention d'urine faisant soupçonner une péritonite, mais peu d'altération des traits. Vomissements fécaloïdes et extrémités froides.

Il y avait eu, en ville, trois jours de suite des tentatives de réduction très-modérées.

Kélotomie le 24 janvier au soir, incision du sac, pas de liquide. Intestin violacé, fausses membranes sur l'intestin et l'épiploon. Débridement sur le ligament de Gimbernat. Réduction. Ligature et section de l'épiploon.

Vomissements verdâtres le lendemain, ballonnement du ventre. Selles et débâcle le 27. Chute de l'épiploon le 31 janvier. Guérison le 23 février.

Obs. V. Louise S..., quarante-cinq ans, sans profession, n'ayant jamais eu d'enfants, entre à l'hôpital Cochin le 16 février.

Hernie crurale droite, entérocèle habituellement réduite, du volume d'un marron, étranglée depuis trente-six heures (étranglement sans effort, étranglement par inflammation). Vomissements fécaloïdes, douleurs dans le bassin.

Les règles avaient manqué le mois précédent, et le chirurgien se demandait s'il y avait une grossesse ou une hématocèle cataméniale.

Kélotomie le 16 février, ouverture du sac, débridement. Selles rétablies le soir. Angioleucite du bras droit le 20. Érysipèle autour de la plaie le 21. Vomissements répétés et selles insignifiantes. Règles ou pertes le 23. Hématémèses le 24, mort le soir.

A l'autopsie, péritonite généralisée sans collections de pus. Grossesse de moins de un mois. Le débridement avait porté sur le ligament de Gimbernat.

Obs. VI. François G..., vingt-trois ans, coiffeur, entre à l'hôpital Cochin le 26 mai.

Hernie inguinale droite très-ancienne, du volume d'un œuf, non contenue habituellement. Entéro-épiplocèle étranglée par le collet du sac depuis seize heures. Vomissements jaunâtres. Un bain prolongé. Kélotomie d'emblée à la vingt-deuxième heure, le 27 mai. Ouverture du sac, qui n'était autre chose que la tunique vaginale.

Débridement, ligature et excision de l'épiploon. Vaginalite et orchite le 6 juin. Épiploïte et issue de pus par la plaie le 8 juin. Frisson le 11 juin, à cause de la rétention du pus. Guérison le 21 juillet.

Obs. VII. Victor E..., cinquante-trois ans, bijoutier, entre à l'hôpital Cochin le 4 juillet 1874.

Hernie inguinale droite ancienne, du volume d'un gros marron, habituellement contenue.

Entérocèle étranglée par le collet du sac depuis vingt-quatre heures. M. Polaillon, qui remplace M. Desprès, absent de Paris, fait la ponction aspiratrice, puis le taxis, et la kélotomie immédiatement après, le malade étant chloroformé; débridement sur trois points au collet du sac, réduction. Mort.

A l'autopsie, on n'a pas trouvé de perforation de l'intestin ; il y avait de la péritonite au début et de la congestion pulmonaire.

Obs. VIII. Nicolas A..., vingt-huit ans, mégissier, entre à l'hôpital Cochin le 15 octobre au matin.

Hernie inguinale gauche du volume d'un œuf, datant de trois ans, habituellement contenue. Entéro-épiplocèle étranglée par le collet du sac depuis soixante heures. Vomissements fécaloïdes. Pas de tentatives de réduction en ville. Facies abattu, extrémités froides. Kélotomie d'emblée le 15 octobre. Ouverture du sac, débridement en haut et en dehors, décollement de l'intestin uni par quelques adhérences à l'épiploon. Ligature, excision et cautérisation de l'épiploon. Vomissements verts les 16 et 17. Le 18, treize selles diarrhéiques et ballonnement du ventre. Diarrhée entériforme les 20, 21, 22 et 23. Le 24, dix selles. Opium : 15 centigrammes. Le 28, suppuration du sac. Le 30, incision de l'abcès. Guérison le 23 octobre.

Le malade était un peu ivre au moment où la hernie s'est étranglée ; il avait dégringolé les marches de l'escalier du chemin de fer de l'Ouest, et s'était relevé avec une douleur vive dans sa hernie. La diarrhée de ce malade doit être considérée comme une indigestion tardive liée à la boisson qu'il avait prise. Ce malade a eu ultérieurement une paralysie du deltoïde de chaque bras guérie par l'électrisation.

Hernies non opérées.

Obs. I. Jules F..., quarante-deux ans, menuisier, entré à l'hôpital Cochin le 22 février 1874.

Hernie inguinale gauche, oschéocèle du volume d'un gros poing, étranglée depuis vingt-quatre heures. Ecchymoses sur le scrotum ; pas d'autres renseignements, le malade agonisait. Il paraissait probable que l'intestin était rompu.

A l'autopsie, on a trouvé une anse d'intestin ecchymosée avec des ruptures interstitielles et une péritonite. Le sac herniaire était rempli par des anses intestinales saines, qui avaient pris la place de l'anse, primitivement étranglée, qui était rentrée et flottait dans l'abdomen.

Obs. II. Louis Q..., dix-huit ans, charretier, entre à l'hôpital Cochin le 6 juillet.

Hernie inguinale congénitale droite, du volume d'une pomme, Entéro-épiplocèle congénitale étranglée par le collet du sac depuis huit heures. Vomissements fécaloïdes. Taxis sans chloroforme à la neuvième heure (environ dix minutes), réduction, selles le soir. Guérison.

Obs. III. Pierre T..., soixante-dix ans, se présente à la consultation de l'hôpital Cochin, le 9 juillet 1874.

Hernie inguinale droite du volume d'un marron, habituellement contenue. Entérocèle étranglée depuis vingt-deux heures. Aspect cholériforme du malade, vomissements fécaloïdes depuis quatre heures. Le malade est placé sur le lit de la consultation.

Le chirurgien porte la main sur la hernie, mais celle-ci rentre brusquement et le malade s'écrie qu'il se sent soulagé.

Ce malade est couché, et le soir il a deux nouveaux vomissements de matières fécaloïdes ; il est probable que le cours des matières n'était pas rétabli. A cinq heures du matin, le 10 juillet, selles abondantes. Guérison le 17 juillet.

Obs. IV. Charles G..., quarante-trois ans, chiffonnier, entre à l'hôpital Cochin le 12 août 1874.

Hernie épiploïque inguino-scrotale gauche, irréductible depuis deux jours. Pas de vomissements, mais nausées. Deux bains de deux heures dans la journée. Réduction le 18 août. Guérison.

Obs. V. Un garçon tonnelier, employé momentanément à l'hôpital et ayant depuis plusieurs années une pointe de hernie inguinale du côté droit, vit sa hernie acquérir le volume d'un œuf de dinde pendant qu'il aidait à descendre une pièce de vin ; la hernie était très-douloureuse, et le malade venait de vomir son déjeuner. Un quart d'heure après l'accident, il me fut amené.

Un grand bain de deux heures fut administré, et je prescrivis à mon interne, M. Lieuvre, de réduire par des pressions modérées et sans chloroforme. La réduction fut très-facile. Le malade, guéri, ne séjourna pas à l'hôpital.

Obs. VI. Isabelle V..., soixante ans, journalière, entre à l'hôpital Cochin le 13 mai 1873.

Hernie crurale datant de trente-trois ans. Épiplocèle étranglée depuis trois jours. Vomissements bilieux intermittents depuis trois jours. Issue de quelques gaz par l'anus la nuit dernière. Hernie douloureuse, pas de ballonnement du ventre. Cataplasmes sur la hernie. Le 14 mai, encore un vomissement bilieux, gaz rendus par l'anus. Le 15 mai, un verre d'eau de Sedlitz, selle un peu abondante. Rougeur de la peau sur la hernie le 20. Incision de l'abcès le 21. Issue d'une portion d'épiploon le 24. Guérison le 12 juin.

Obs. VII. Héloïse E..., soixante-cinq ans, journalière, entre à l'hôpital Cochin le 10 juin 1874.

Hernie inguinale droite, habituellement mal contenue. Épiplocèle adhérente, irréductible, phénomènes d'étranglement intermittents depuis un mois. Vomissements fécaloïdes ou plutôt bilieux, la veille, à plusieurs reprises. Hernie un peu douloureuse.

Cataplasmes sur la hernie. Purgatif, huile de ricin : 10 grammes mêlé à huile d'amandes douces : 10 grammes. Selles le 12. Guérison le 1er septembre.

La statistique des hernies crurales donne trois morts et deux guérisons, car il faut compter comme guérie de sa hernie et de son opération la malade qui a succombé à une affection des poumons pendant laquelle la hernie s'était étranglée. Il faut encore faire remarquer cette année que des tentatives multipliées de réduction et un retard prolongé indépendant du chirurgien se trouvent parmi les observations de kélotomie qui ont été suivies de péritonite mortelle. Des deux autres décès, un seul a été dû à la péritonite. Il s'agissait d'un étranglement par inflammation, chez une femme enceinte, c'est-à-dire exposée aux accidents puerpéraux du côté du péritoine. Le troisième décès est dû à l'infection putride ; mais il faut le compter néanmoins, quoiqu'il n'y ait pas eu de péritonite.

La malade qui a succombé le plus rapidement avait une entérocèle petite étranglée depuis vingt-quatre heures. C'est une de ces hernies qui, suivant moi, doivent toujours être traitées d'emblée par la kélotomie. A un moment aussi éloigné du début de l'étranglement, c'est en vain qu'on fait le taxis, l'observation le prouve outre mesure.

Les deux malades qui ont guéri n'avaient été soumises qu'à des tentatives de taxis très-modérées et sans chloroforme, ce qui indique que l'on n'avait pas employé une grande force. Celle sur laquelle le taxis avait été le moins prolongé est la malade qui avait présenté des adhérences membraneuses récentes de l'intestin hernié à l'épiploon. Le taxis, dans ce cas, ne pouvait réussir.

Les hernies inguinales, au nombre de trois, ont été opérées : deux, sur lesquelles aucune manœuvre de réduction n'a été tentée, ont guéri, l'une après une suppuration de l'épiploon, l'autre après une suppuration du sac. Il s'agissait, dans les deux cas, d'entéro-épiplocèles, qui sont considérées par quelques chirurgiens comme plus graves que les entérocèles. La hernie opérée suivie de mort a été traitée d'abord par la ponction aspiratrice, puis le taxis avec le chloroforme, et enfin la kélotomie. C'était une petite hernie étranglée depuis vingt-quatre heures, et ces hernies sont celles qui à mon sens exigent le plus rapidement possible la kélotomie.

Une occasion qui avait fait défaut en 1872 et 1873 s'est présentée en 1874, nous avons rencontré des cas qui réclament le taxis, et la réussite a couronné ces manœuvres.

Sur une hernie volumineuse étranglée, peut-être à la suite d'un traumatisme, observée chez un moribond, rien n'a été fait. Mais, dans deux cas de hernie inguinale entérocèle et entéro-épiplocèle étranglées depuis huit heures, une heure le taxis simple après un bain prolongé a réduit la hernie sans difficulté.

Un cas extraordinaire s'est présenté: un vieillard de soixante-

dix ans, qui arrive à l'hôpital, en deux, si je puis ainsi dire, avec une hernie inguinale étranglée depuis vingt-deux heures, chez lequel les vomissements fécaloïdes existent, et dont la hernie se réduit spontanément pendant l'examen, le malade étant couché, est un fait exceptionnel, qui serait des plus propres à encourager les tentatives de taxis sur les hernies petites étranglées depuis moins de vingt-quatre heures. Mais combien y a-t-il de cas, sans compter l'observation de Victor E..., où le taxis a échoué sur des hernies petites et faciles à réduire en apparence. Mais en revanche ce fait sert à expliquer certaines réductions de hernies exceptionnellement guéris par des procédés de taxis extraordinaires, après l'emploi des autres procédés plus classiques de taxis.

Les trois dernières observations ont un intérêt seulement au point de vue du diagnostic, qui a permis d'établir que la hernie était constituée exclusivement par de l'épiploon. Le diagnostic me paraissait facile, et je le fondais sur l'intermittence des vomissements, l'absence de douleurs à la pression dans la hernie, et principalement sur l'évacuation de gaz par l'anus. L'abcès formé dans la hernie et la suppuration de l'épiplocèle n'est pas chose très-commune.

Le lecteur voudra bien se reporter à la *Gazette des Hôpitaux* de 1873. Il verra que les remarques de cette nouvelle statistique sont conformes à celles qui ont été publiées en 1873.

Je ne saurais trop le répéter : le taxis et les manœuvres appliquées sur une hernie avant l'opération, aggravent le pronostic de la kélotomie ; le taxis est dangereux toutes les fois qu'il ne réussit pas.

J'ajouterai que j'ai opéré les malades dans certaines conditions, de parti pris, et que j'attribue les bons résultats obtenus à quelques pratiques qui me semblent bonnes. J'opère les hernies étranglées sans chloroformer les malades. L'opération n'est pas douloureuse, l'incision de la peau est à peine sentie. Le chloroforme abat généralement les malades et provoque parfois des vomissements qu'il est toujours prudent d'éviter après la kélotomie. D'autre part, avant de réduire l'intestin, j'ai pris l'habitude de le laver avec de l'*eau chaude*. J'ai remarqué que ce lavage à l'eau chaude changeait la coloration de l'intestin, qui de violet devenait rouge rosé. Il est évident que ce lavage à l'eau chaude aussitôt l'étranglement levé, a pour principal effet de rétablir la circulation dans l'anse intestinale herniée, en même temps qu'elle la nettoie, et qu'on évite d'introduire dans l'abdomen des liquides purulents.

Le lecteur a vu ainsi que j'ai lié simplement, ou lié, sectionné et cautérisé l'épiploon. On ne saurait avoir de parti pris exclusif à cet égard, et j'ai agi suivant les circonstances : lorsqu'il y avait peu d'épliploon, je l'ai lié simplement ; lorsqu'il y avait beaucoup d'épiploon, je l'ai lié, sectionné et cautérisé. Il est facile de faire la statistique des résultats obtenus dans les cas de ligature de l'épiploon en 1873 et 1874. Sur neuf cas de ligature de l'épiploon, il y a eu six guérisons, soit 66 pour 100 de guérisons dans les deux statistiques réunies.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 février 1875. — Présidence de M. GOSSELIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur Pilat, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Lille, sur une épidémie de scarlatine qui a régné dans la commune de Vandeville (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Deux lettres, l'une de M. Berenger Féraud, médecin en chef de la marine, et l'autre de M. Azam (de Bordeaux), qui se portent candidats pour la place de correspondant national.

2° Une notice sur M. le docteur Mandrez (de Limoges) à l'appui de sa candidature à la place de correspondant.

PRÉSENTATIONS

M. TARDIEU présente, de la part de M. le docteur Martineau, une brochure intitulée : *Traitement de la pleurésie par la thoracentèse et l'opération de l'empyème.*

M. LARREY présente de la part : 1° de M. Perrier, une brochure intitulée : *De l'influence des milieux sur la constitution des races humaines et particulièrement sur les mœurs* ; 2° de la part de M. Bere nger-Féraud, deux brochures intitulées, l'une : *Étude sur les Peuls de la Sénégambie* ; l'autre : *De l'inocuité des ponctions du foie avec le trocart aspirateur.*

M. LE ROY DE MÉRICOURT offre en hommage un volume de M. Fonssagrives (de Montpellier), intitulé : *Principes de thérapeutique générale.*

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL annonce que la nomination de M. Dureau de la Malle comme bibliothécaire adjoint de l'Académie vient d'être approuvée par M. le ministre de l'instruction publique.

M. BROCA dépose sur le bureau une série d'ouvrages de M. Dureau de la Malle.

ÉLECTION

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre correspondant national.

La commission présente ,

En première ligne, M. Simonin (de Nancy).

En deuxième, M. Bourgeois (d'Étampes).

En troisième, M. Bourguet (d'Aix).

En quatrième, *ex æquo*, M. Courty (de Montpellier), Duboué (de Pau), et Hergott (de Nancy).

Le nombre étant de 72, majorité 37.

M. Simonin obtient.	58	voix.
M. Hergott.	8	—
M. Courty.	3	—
M. Bourguet.	2	—
M. Duboué.	1	—

En conséquence, M. Simonin ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant.

COMMUNICATION

M. PASTEUR fait une communication sur la question des générations spontanées. (*Voir le Premier-Paris.*) Il propose de nommer une commission pour examiner un travail que M. Arthur Bergeron a présenté à l'Institut.

M. LE PRÉSIDENT fait observer qu'il serait contraire aux usages de nommer une commission pour l'examen d'un travail dont l'Académie n'est pas saisie par son auteur.

A quatre heures dix minutes, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 décembre 1874. — Présidence de M. LAILLER.

RAPPORTS

M. BESNIER donne lecture de son rapport général sur les travaux de la société pendant l'année qui vient de s'écouler. Parmi ces travaux nous mentionnerons plus spécialement celui de M. Vaslin sur la myocardite, le rapport de M. Parrot sur l'allaitement artificiel,

l'étude de M. Libermann sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, et les discussions qui ont eu lieu sur l'angioleucite généralisée, les lymphangites pulmonaires, les tubercules de la langue et de la région anale, les ulcères spéciaux au niveau des orifices naturels, etc.

M. Besnier rappelle à la société la perte qu'elle a faite, cette année, de deux de ses membres les plus distingués, MM. Cruveilhier et Guérard.

Les mémoires destinés au concours pour le prix de la société doivent être remis, au plus tard, le 31 mars 1875.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ lit son rapport sur la gestion financière de l'année 1874.

ÉLECTIONS

La société procède ensuite au renouvellement du bureau et des différentes commissions pour l'année 1875. Le dépouillement du scrutin donne les résultats suivants :

Président : M. Woillez ; vice-président : M. Laboulbène ; secrétaire général : M. Besnier ; secrétaires : MM. Martineau et Duguet ; trésorier : M. Dujardin-Beaumetz.

Le conseil de famille se compose de MM. Laillier, Hervieux, Bucquoy, Vidal : le conseil d'administration de MM. Bourdon, Hillairet, Desnos, Dumontpallier, Cornil, et le comité de publication de MM. Besnier, Champouillon, Lancereaux, Martineau, Duguet.

A quatre heures, la société se forme en comité secret.

Séance du 8 janvier 1875. — Présidence de M. WOILLEZ.

COMMUNICATIONS

Goître exophthalmique. — M. FÉRÉOL complète l'observation qu'il a communiquée dans l'une des dernières séances, et qui avait trait à un malade atteint de goître exophthalmique et présentant, en même temps, des troubles nerveux analogues à ceux de l'ataxie locomotrice. (Voyez notre numéro du 26 novembre 1874.)

Paralysie ascendante. — M. DUMONTPALLIER rapporte l'observation d'un homme de quarante-six ans, récemment entré dans son service à l'hôpital Saint-Antoine.

Cet homme avait été pris subitement de faiblesse dans les deux jambes, et, le lendemain, il était complétement paraplégique. Les mouvements étaient perdus dans les deux jambes ; la sensibilité était conservée, elle était seulement un peu obtuse dans la jambe gauche. On constatait en même temps une incontinence des urines et des matières fécales.

Bientôt une escarre se forma au scrotum. Il n'y avait pas de douleurs dans la région lombaire ni dans les membres paralysés. L'intelligence était intacte.

Ces accidents restèrent stationnaires pendant une semaine ; puis le malade fut pris d'un peu de dyspnée et se plaignit d'une douleur dans la région épigastrique. En même temps il survint un peu de fièvre. L'auscultation révéla d'abord des râles de bronchite, puis les signes de l'œdème pulmonaire, la dyspnée augmenta de plus en plus, et la malade mourut en peu de temps en présentant des phénomènes d'asphyxie. M. Dumontpallier avait diagnostiqué un ramollissement central hémorrhagique de la moelle à marche ascendante. L'autopsie confirma ce diagnostic : la substance grise de la moelle, dans son segment antérieur, présentait, depuis le renflement lombaire jusqu'à la région cervicale, un ramollissement rosé, hémorrhagique.

M. MARTINEAU rappelle, à cette occasion, l'observation qu'il a lue, il y a quelques mois, à la société, et qui présentait certaines analogies avec la précédente. Il s'agissait d'un cas de dégénérescence de la substance grise, et, dans ce cas comme dans celui de M. Dumontpallier, les phénomènes paralytiques offraient une marche ascendante.

M. DUMONTPALLIER appelle particulièrement l'attention sur la rapidité des accidents dans ces cas. En outre, l'affection présente, en général, deux phases bien distinctes : d'abord une faiblesse passagère, puis la paraplégie. Il a observé cette même marche chez un autre malade, machiniste du théâtre de l'Ambigu, homme vigoureux, mais adonné aux boissons alcooliques. Un soir cet individu fut pris, dans la rue, d'une telle faiblesse dans les jambes qu'il dut prendre une voiture pour rentrer chez lui. Le lendemain il marchait de nouveau, comme d'habitude, mais, subitement, il fut atteint d'une paraplégie complète et définitive.

M. C. PAUL fait observer que, dans les cas désignés sous le nom de paralysie ascendante rapide, on ne trouve pas toujours à l'autopsie les mêmes lésions médullaires. Ainsi, dans un cas où il avait observé pendant trois semaines les mêmes phénomènes que dans les cas dont il vient d'être question, M. C. Paul trouva, à l'autopsie, une méningo-myélite granuleuse.

Anévrysme de la crosse de l'aorte. — M. BUCQUOY devait présenter à ses collègues un homme atteint d'un énorme anévrysme de la crosse de l'aorte qui ne mesurait pas moins de 15 centimètres de hauteur sur 23 de largeur. Ce malheureux est mort subitement en montant l'escalier de la salle des séance de la société. M. Bucquoy donne quelques détails sur ses derniers moments : cet homme s'est affaissé tout à coup, et il a présenté en même temps une grande pâleur, son pouls s'est affaibli rapidement et est devenu tout à fait insensible ; les battements de la tumeur furent perceptibles encore pendant quelque temps, mais ils étaient devenus irréguliers. Au moment où il s'affaissa, les urines furent projetées au dehors. M. Bucquoy fait observer que ce sont là les signes de la mort, non par syncope, mais bien par rupture du sac anévrysmal et par vaste hémorrhagie interne.

PRÉSENTATION DE MALADES

Vaccine anomale. — Auto-inoculation. — M. DUMONTPALLIER présente deux petits enfants qui, ayant été vaccinés le 29 décembre à l'Académie de médecine, furent atteints, quatre jours après, au niveau des piqûres, d'une éruption vaccinale phlycténoïde. Chez l'un d'eux les phlyctènes, en s'élargissant, avaient fini par se rejoindre. Elles s'ouvrirent le neuvième jour après l'inocnlation, et l'on put voir que, sous l'épiderme soulevé, il s'était produit un grand nombre d'auto-inoculations vaccinales. C'est là, ajoute M. Dumontpallier, une variété rare de vaccine anomale, et, en même temps, un curieux exemple d'auto-inoculation vaccinale spontanée. M. Dumontpallier rappelle qu'il a signalé ces faits d'auto-inoculation dès l'année 1863.

Séance du 22 janvier 1875. — Présidence de M. WOILLEZ.

Rapport trimestriel sur les maladies régnantes. — M. BESNIER donne lecture des parties les plus importantes de ce rapport, sur lequel nous avons eu déjà l'occasion d'appeler l'attention de nos lecteurs. (Voir notre numéro du 13 février).

Nous avons vu qu'au point de vue de la variole, M. Besnier insistait particulièrement sur la nécessité de recourir dès à présent aux moyens prophylactiques dont nous pouvons disposer, de pratiquer des revaccinations, et surtout d'isoler les varioleux dans les hôpitaux.

M. LAILLER fait observer qu'il a été démontré que la propagation de la variole se faisait principalement par les hôpitaux. Il est donc absolument urgent d'empêcher, dès le début, cette propagation, en pratiquant l'isolement, c'est pourquoi il propose d'envoyer à l'Académie de médecine et au directeur général de l'Assistance publique un extrait du rapport de M. Besnier.

M. VIDAL appuie cette proposition.

COMMUNICATION

Abcès hépatique. — M. FÉRÉOL présente les pièces anatomiques d'un jeune homme de vingt-quatre ans, qui avait longtemps habité l'Algérie et qui était entré récemment dans son service, se plaignant d'un violent point de côté à droite, avec embarras gastrique et une fièvre assez intense. Ce malade ne tarda pas à présenter tous les signes d'une pleurésie diaphragmatique. La fièvre persistait accompagnée de diarrhée. Il n'y eut jamais de frissons. Un léger ictère sous-conjonctival apparut. Une ponction exploratrice, pratiquée en avant dans le septième espace intercostal droit,

demeure sans résultat. Une seconde ponction, pratiquée un peu plus haut, donne issue à 600 grammes d'un pus brunâtre, couleur chocolat. Malgré cette opération, le malade n'éprouve aucun soulagement. M. Moutard Martin, appelé par M. Féréol, reconnaissant des signes évidents de pleurésie, conseille l'empyème. Cette opération est pratiquée le 28 décembre, après une nouvelle ponction exploratrice, et donne issue à 1,500 grammes d'un pus muqueux, présentant en quelque sorte l'aspect de crachats nummulaires. Il y eut un peu d'amélioration dans l'état du malade pendant trente-six heures; on pratiqua des lavages d'eau alcoolisée. Mais la fièvre et la diarrhée persistèrent, et le malade succomba peu de jours après.

A l'autopsie on trouve un abcès hépatique ouvert et enkysté dans la cavité péritonéale; il n'y avait pas d'épanchement dans la plaie droite; le foie était remonté et la ponction avait porté directement dans l'abcès hépatique, et non dans la plèvre.

M. MOUTARD-MARTIN appelle particulièrement l'attention sur la nature des produits qui se sont écoulés pendant l'opération. Il s'écoula une quantité considérable d'une matière glaireuse, sortant par paquets isolés et présentant quelquefois le volume d'un œuf de poule. M. Moutard-Martin se demande si ce ne serait pas là des hydatides dégénérées, bien que l'examen microscopique n'ait révélé aucun de leurs caractères.

M. FÉRÉOL ne partage pas cette opinion; car le liquide fut examiné à plusieurs reprises pendant la vie et après la mort, et jamais on n'y constata la présence de crochets. Il pense que le climat d'Alger, qu'avait habité longtemps ce jeune homme, a été pour quelque chose dans la production de la maladie.

PRÉSENTATION DE MALADES

Lentigo. — M. GUYOT présente un malade atteint de lentigo du thorax. Ce malade présente au cou plusieurs tumeurs ganglionnaires qui remplissent le plexus cervical et donnent lieu à des névralgies très-douloureuses. Il est atteint en même temps d'une sorte de cornage que M. Guyot attribue à la compression des nerfs bronchiques par l'une de ces tumeurs.

A quatre heures et demie la société se forme en comité secret.

Séance du 12 février 1875. — Présidence de M. WOILLEZ.

DISCUSSION

Vaccine anomale. — M. LABOULBÈNE, à l'occasion de l'intéressante communication faite dans l'une des dernières séances par M. Dumontpallier, dit avoir observé, alors qu'il était interne de M. Monneret, un fait analogue à ceux qui ont été produits par M. Dumontpallier. Il s'agissait aussi d'un enfant qui, à la suite d'une vaccination régulière, présenta des boutons vaccinaux répandus sur tout le corps, une éruption générale de vaccine. M. Laboulbène communiquera ultérieurement cette observation, ainsi que quelques autres qui présentent avec elle quelque analogie.

M. CHAMPOUILLON a eu récemment l'occasion d'observer chez une petite fille de huit à neuf mois un fait dont l'explication est assez difficile. Cette petite fille ayant été vaccinée, l'une des vésicules du bras gauche prit la forme phlycténoïde, s'ouvrit et donna issue à une petite quantité de liquide qui s'écoula le long du bras; sur le trajet de ce liquide apparut une éruption vaccinale, et cependant la peau, à ce niveau, était parfaitement intacte.

A cette occasion, M. Champouillon communique un fait d'expérience qui offre un certain intérêt. Il lui est arrivé de pratiquer sur chaque bras du même individu trois piqûres vaccinales, dont deux avec du vaccin ordinaire de bras à bras, et dont une, celle du milieu, avec du virus vaccin mélangé à une petite quantité de silicate de soude. Tandis que les deux premières ont parfaitement pris, la troisième piqûre n'a rien produit. Le silicate de soude n'aurait-il pas coagulé l'albumine du virus vaccin? C'est là une question à résoudre. M. Champouillon n'a pratiqué qu'une seule fois cette expérience. Il serait intéressant de la renouveler.

M. VIDAL, en 1869, a pratiqué l'expérience suivante :

Un enfant avait été vacciné, la vaccination avait réussi, et le huitième jour M. Vidal, avec ce vaccin, pratiqua sur le même enfant une nouvelle inoculation qui réussit aussi bien que la première, si bien même qu'avec ce nouveau vaccin il put pratiquer un certain nombre de vaccinations qui toutes réussirent parfaitement. Ce fait prouve une fois de plus que l'immunité produite par la vaccine à l'égard de la variole n'a lieu qu'à partir du huitième ou du neuvième jour.

M. DUMONTPALLIER fait observer que la communication qu'il a faite à la société comprend deux faits distincts, l'un de vaccine anomale, l'autre d'auto-inoculation vaccinale.

Chez l'enfant qui a présenté cette vaccine anomale, le bouton vaccinal est devenu phlycténoïde le troisième jour, il s'est ouvert le cinquième ou le sixième jour, et le liquide a dû s'écouler en même temps. M. Dumontpallier pense qu'en pareil cas l'inflammation doit être considérée comme la cause déterminante de la nouvelle inoculation chez cet enfant. Sous un seul bouton de la première inoculation, on ne comptait pas moins de trente-cinq boutons d'auto-inoculation. Ce vaccin a pu être suivi sur cinq générations successives. Le premier vaccinifère a été, dans ce cas, un enfant vacciné à l'Académie de médecine. Cet enfant n'a pu être retrouvé.

Quant au fait d'auto-inoculation, il vient à l'appui des expériences tendant à prouver que du cinquième au neuvième jour on peut réinoculer le vaccin sur le même individu et obtenir des résultats allant en décroissant jusqu'au neuvième jour. Ce laps de temps correspond exactement à la durée de la période d'inoculation de la variole.

Beaucoup de médecins ont longtemps considéré la variole et la varicelle comme deux maladies identiques. Trousseau, l'un des premiers, a démontré qu'il n'en est rien, que ces deux affections sont différentes et que l'une ne préserve pas de l'autre. M. Dumontpallier a vacciné des enfants atteints de varicelle et a vu le vaccin prendre tout aussi bien sur ces enfants. Il a vu de même des enfants vaccinés prendre la varicelle.

COMMUNICATIONS

Traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids. — M. BLACHEZ communique une très-intéressante observation de rhumatisme cérébral, compliqué d'accidents très-graves, traité avec succès par les bains froids.

Parmi les phénomènes qui, au point de vue du pronostic, ont une valeur exceptionnellement grave dans le rhumatisme cérébral, il faut noter, avec le délire, l'élévation extrême de la température et la disparition brusque et complète des douleurs. En pareil cas, le plus souvent, on voit les malades tomber rapidement dans le coma et succomber en quelques heures.

C'est en présence d'un cas de ce genre que s'est trouvé récemment M. Blachez. Ayant eu connaissance d'une observation publiée par M. Raynaud, dans laquelle l'immersion dans l'eau froide amena la guérison d'un homme atteint de rhumatisme cérébral arrivé à la période comateuse, il n'hésita pas à recourir à ce moyen, qui fut couronné d'un succès inespéré.

Voici le résumé de cette observation :

Mme X..., trente ans, d'une bonne santé habituelle, vivant dans d'excellentes conditions hygiéniques, mère de trois enfants bien portants, s'est exposée à un refroidissement dans la nuit du 31 décembre au 1er janvier. Le 16 janvier, elle est prise d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, atteignant d'abord les articulations du côté gauche, puis celles du côté droit. Le 17, sueurs profuses, fièvre intense, grande agitation vers le soir; la malade est tourmentée par des tintements d'oreille, des bruits de toute sorte, délire. Le 18, les douleurs sont très-atténuées, le pouls est à 124, la parole est brève, la figure anxieuse, soif vive, sueurs abondantes; le soir, pouls à 124, température de 41 degrés, articulations libres. Le 19, le délire qui avait cessé reparaît, l'agitation est continuelle.

M. Gubler, appelé en consultation, diagnostique une des formes les plus fâcheuses du rhumatisme cérébral et porte un pronostic très-grave. Le délire, dans la nuit, est complet, bruyant; la connaissance absolument perdue.

Le 20, l'état de la malade paraît désespéré; on constate des symptômes de la plus haute gravité, les yeux sont fixes, les pupilles immo-

biles; il y a des soubresauts des tendons. Douze sangsues sont appliquées aux oreilles, affusions froides sur la tête, calomel, larges vésicatoire à la nuque, descendant jusqu'au milieu du dos. Le soir, le pouls est à 156, la température de 41,6; l'état est tout à fait désespéré.

C'est à ce moment que M. Blachez, assisté de M. Raynaud et de M. Pillod, commence, le soir même, le traitement par les bains froids. A son retour auprès de la malade, il la trouve dans le coma. Elle est aussitôt plongée dans un bain à 23 degrés. Au moment même de l'immersion, elle devint immobile, fut prise d'une violente horripilation, et, après quelques moments, les soubresauts s'arrêtèrent. Après une demi-heure, le bain est refroidi de 3 degrés par des morceaux de glace. Le pouls, qui au moment de l'immersion était à 126, tombe après une heure à 112; la température, qui était de 41°,6, tombe à 38°,2. La malade est prise de frissons, on la retire après une heure et demie, c'est-à-dire vers minuit. A deux heures dans la nuit, le pouls est à 96, la température de 38. A quatre heures, deuxième bain d'une heure, de 16°,5. A la sortie de ce bain, pouls 108, température 37°,2. Le lendemain, à onze heures du matin, troisième bain à 17 degrés, de quarante minutes de durée. Après ce bain, même abaissement du pouls et de la température. Le délire diminue, quelques traces de connaissance. Le quatrième bain à 16 degrés, donné à deux heures et demie, est très-mal supporté, la température tombe à 35,5; on retire la malade au bout de dix minutes, on la frictionne avec des linges chauds et on lui donne du vin de Malaga. Le délire persiste, on administre le bromure de potassium à hautes doses (10 grammes en vingt-quatre heures). Cinquième bain à 23 degrés, à neuf heures du soir; on le refroidit peu à peu jusqu'à 21 degrés.

Enfin cinq bains sont administrés de la même façon, à quelques heures de distance, du 22 au 24 janvier; après chaque bain on observe à peu près la même diminution du pouls et le même abaissement de la température. Celle-ci varie entre 38°,8 aux moments les plus éloignés du bain et 36, ou même 35°,5 aux moments de la sortie du bain. La température des bains varie entre 23 et 18 degrés, leur durée est d'une heure en moyenne.

On arrive ainsi, sans changements bien notables dans l'état de la malade, jusqu'à la nuit du 24 janvier. A une heure et demie, dans cette nuit, on donne le onzième bain, à 23 degrés, refroidi à 19, de une heure de durée. Au moment où on la plonge dans ce bain, pour la première fois, elle prononce distinctement ces mots : « Encore un bain! » La nuit est bonne, elle boit pour la première fois du bouillon sans résistance et sans difficulté. Le sommeil est calme, la respiration régulière. Elle répond assez bien aux questions qu'on lui fait, la connaissance revient manifestement; l'état général s'améliore rapidement, bien que la température monte encore à 39, et que le pouls donne encore 108 pulsations. Le 25, à sept heures du soir, on donne un douzième et dernier bain à 24 degrés, refroidi à 20, de cinquante minutes de durée. La malade s'y trouve très-bien. Elle y prend un tapioca et s'y endort. Quand on l'en fait sortir, la température est de 37°,2, le pouls à 96.

A partir de ce moment, la température ne s'élève plus au-dessus du chiffre normal, le pouls oscille entre 84 et 100; l'amélioration continue et devient de plus en plus manifeste; l'intelligence et la connaissance reviennent; les yeux sont pleins d'expression, mais la malade est anéantie et dort presque continuellement. Elle entre définitivement en convalescence le 27, sans paraître avoir conscience de ce qui s'est passé. Dès le 1er février, M. Blachez est obligé de modérer son appétit; elle se lève le 5, et aujourd'hui elle est complétement remise.

M. RAYNAUD, dans la prochaine séance, complétera cette observation, qui a été accueillie avec le plus vif intérêt.

A cinq heures, la société se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine. — Les épreuves cliniques pour le concours d'agrégation ont commencé le samedi, 13 février, à l'Hôtel-Dieu, et seront continuées tous les jours, à cinq heures, dans cet hôpital ou à la Charité ou à la Pitié.

— *Hôpitaux de Paris.* — Un concours pour la nomination à deux places de médecins au bureau central s'ouvrira le jeudi 15 avril 1875, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription, ouvert au secrétariat général de l'Assistance publique le mercredi 17 mars 1875 (de midi à trois heures) sera clos définitivement le mercredi 31 mars, à trois heures.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Padieu fils, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, est nommé titulaire de cette chaire.

M. Richer, suppléant à ladite école, est nommé professeur adjoint de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, en remplacement de M. Coulon, décédé.

— *École de médecine de Clermont.* — Un concours pour un emploi de suppléant de chimie et pharmacie près l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, s'ouvrira en cette ville le 8 novembre 1875.

— *École de médecine de Limoges.*— M. Raymondaud, professeur de pathologie externe, est nommé professeur de clinique externe à ladite école, en remplacement de M. Bardinet, décédé.

M. Thouvenet, professeur adjoint de physiologie à la même école, est nommé professeur titulaire de cette chaire.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

SAINT-RAPHAËL

VIN TANNIQUE DE BAGNOLS, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. Pasteur, membre de l'Institut.

Le vin de Saint-Raphaël est le plus riche en principes tanniques, qui soit connu; c'est un vin de *quinquina naturel* fort agréable à boire.

Il n'en est pas qui contiennent plus de fer et de matières colorantes toniques.

Le vin de Bagnols est prescrit dans les hôpitaux de Paris lorsqu'il s'agit de relever le niveau des fonctions de nutrition, dans les cas d'anémie, d'appauvrissement général de l'économie avec alanguissement des fonctions digestives.

Magendie, Rostan, Chomel, Velpeau, Requin, Monneret, Trousseau, Grisolle, etc., le prescrivaient à la dose d'un petit verre après chaque repas.

Le vin de Saint-Raphaël se trouve dans les principales pharmacies.



PEPSINE BOUDAULT

SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, SUCCESSEUR DE BOUDAULT, 24, RUE DES LOMBARDS, A PARIS.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

ANTISEPTIQUE PUISSANT ET NULLEMENT IRRITANT, CICATRISANT LES PLAIES

Adopté par les Hôpitaux de Paris et par les Hôpitaux de la Marine.

S'emploie en compresses, lotions, injections, gargarismes (*anthrax, gangrènes, ulcères scrofuleux, plaies en général, ozène, otorrhées, angines couenneuses, leucorrhées, gengivites chroniques, etc.*). — DÉPÔT : Paris, 25, rue Réaumur, et dans toutes les pharmacies.

MALADIES DE POITRINE, RHUMES, ETC.

SIROP ANTIPHLOGISTIQUE DE BRIANT

Pharmacien, 150, rue de Rivoli, Paris.

Un rapport *officiel* constate : « *Que cette préparation, composée d'extraits de plantes adoucis-« santes et calmantes, est propre à l'usage auquel elle est destinée, et qu'elle ne contient rien de « nuisible ni de dangereux.* »

VIN DE CHASSAING

A LA PEPSINE et A LA DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 mars 1864.

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la PEPSINE, qui n'a d'action que sur les aliments azotés, à son auxiliaire naturel la DIASTASE, qui transforme en Glycose les aliments féculents et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats

contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES	MAUX D'ESTOMAC
LIENTERIE, DIARRHÉE	DYSPEPSIES, GASTRALGIES
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES	CONVALESCENCES LENTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION	PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES...

PARIS, 2, rue de la Coutellerie (ci-devant, 2, avenue Victoria), et la plupart des Pharmacies

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Élixir de Roussy, à la Coca,

à la Pepsine et à la Diastase.

La Coca prévient et atténue l'action locale irritante de la Pepsine et de la Diastase, et permet aux estomacs, même les plus délicats, de faire, sans aucun danger, un usage régulier et continu de ces deux principes indispensables à l'accomplissement régulier des phénomènes chimiques de la digestion.

Préparation **tonique** et **digestive**, d'un goût exquis, d'une efficacité remarquable, destinée à rendre de grands services à la thérapeutique. Employée avec succès contre les **douleurs d'estomac**, les **mauvaises digestions**, les **dyspepsies, gastralgies, vomissements**, dans les **maladies débilitantes**, enfin dans tous les cas où l'appareil digestif fonctionne mal.

Dépôt central à la pharmacie, rue Hoche, 9, à Versailles. — Dépôt à Paris (vente en gros), Marchand, 220, r. Saint-Martin. — Se trouve dans toutes les pharmacies. — Prix : 4 francs la bouteille.

Liqueur de Carrié au tartrate

ferrico-potassico-ammoniaque.

La LIQUEUR DE CARRIÉ est la meilleure des préparations ferrugineuses pour combattre la **chlorose**, les migraines, les gastralgies. Toutes les fois que le sang a besoin de fer, cette liqueur doit avoir la préférence sur les autres ferrugineux, elle réussit mieux, l'estomac la supporte plus facilement et elle ne provoque **jamais de constipation.** — Le flacon, 3 francs, 38, rue de Bondy, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

A la même pharmacie, le **carton anti-asthmatique** de *Carrié*, la meilleure préparation connue jusqu'à ce jour. La preuve la plus frappante de son efficacité, c'est qu'elle a été admise à la page 653 du Codex de 1866, publié par ordre du gouvernement. — La boite : 5 francs.

Hypersécrétions, pertes, hémorrhagies de causes internes.

Eau de Léchelle vivifiante,

Pectorale, la seule **Eau hémostatique** assimilable à haute dose, *sans fatiguer l'estomac.* Ordonnée contre les pertes, maladies de la poitrine et du sang. — **Se trouve partout.** Paris, 12, rue des Petites-Écuries; 35, rue Lamartine.

DRAGÉES DE GÉLIS ET CONTÉ

AU LACTATE DE FER

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS, qui deux fois, à vingt ans d'intervalle, a constaté leur supériorité sur tous les autres ferrugineux solubles et insolubles. Elles sont généralement employées dans le traitement de la chlorose, de l'anémie, de l'aménorrhée, de la leucorrhée, et dans tous les cas où les ferrugineux sont indiqués.

Paris, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*), et dans les principales pharmacies de chaque ville.

TAMAR INDIEN

Fruit laxatif rafraichissant

Contre LA CONSTIPATION

Et les affections qui l'accompagnent, telles que la **Congestion cérébrale**, les **Hémorrhoïdes**, la **Migraine**, etc. — Prix de la boite : 2 fr. 50. GRILLON, pharm., 25, rue de Grammont, Paris.

VIN MARIANI

à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. 5 francs la bouteille.

MARIANI, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Clinique médicale de Montpellier.

M. le professeur Fuster (de Montpellier) vient de publier un premier volume de clinique médicale (1). Ce n'est certainement pas sans une idée préméditée que M. Fuster a donné à cette publication le titre de *Clinique médicale de Montpellier*. Il a évidemment attaché à cette dernière qualification un sens doctrinal. Élevé à l'école philosophique des successeurs immédiats de Barthez, on sait que c'est avec l'aide des principes puisés à cette école qu'il a pris part pendant plus de vingt-cinq ans, dans la presse médicale parisienne, à la lutte engagée contre les novateurs systématiques et les partisans exclusifs des localisations anatomo-pathologiques. On connaît aussi ses nombreuses et persévérantes études sur les constitutions médicales et ses belles publications sur les maladies et sur le climat de la France, auxquelles la presse médicale a rendu un unanime hommage. Il nous rendra cette justice que nous n'avons pas été des derniers à nous y associer. Resté fidèle à ses principes et inébranlable jusqu'à l'immobilité dans sa foi à la doctrine dont il avait été nourri dès le début de ses études, malgré son long séjour à Paris et son contact journalier avec les hommes et les choses de ce temps, on comprend que M. Fuster n'ait pas dû sensiblement modifier ses opinions depuis le moment où il a été appelé à enseigner la clinique aux élèves de Montpellier et à s'asseoir dans la chaire de ses anciens maîtres.

Nous avions besoin de rappeler ces souvenirs, déjà lointains, pour nous mettre un peu à l'aise dans l'appréciation que nous avons à faire de l'œuvre nouvelle de notre savant confrère et surtout des parties critiques qu'elle renferme.

I.

Le professeur Fuster, dans sa première leçon, commence, en effet, par une critique des systèmes contemporains de clinique médicale; il passe successivement en revue le naturalisme, le broussaisisme, l'anatomisme, le numérisme, le système cellulaire, le système physico-chimique, l'expérimentalisme, etc.

On se demandera peut-être ce qu'ont à faire avec la clinique actuelle le naturalisme de Pinel et la doctrine de Broussais? Tout cela nous reporte, ce semble, un peu loin, en arrière, et ne paraîtra-t-il pas au lecteur qu'il y a comme une couche de rouille étendue sur toutes les pièces de ce vieil arsenal qui a fourni plus de trente ans durant des armes à une polémique aujourd'hui épuisée!

Quant au numérisme dont on a voulu, à tort, faire un système, alors qu'il ne pouvait être autre chose qu'une méthode ne touchant en rien au fond même des faits, il vaut par l'usage qu'on en sait faire et à la condition qu'on ne lui demande que ce qu'il est en son pouvoir de donner. C'est là une question depuis longtemps jugée.

Reste l'anatomisme, la théorie cellulaire, le système physico-chimique et l'expérimentalisme.

M. Fuster nous représente la clinique médicale actuelle — il est évident qu'il vise particulièrement l'enseignement clinique de Paris — comme divisée, partagée, tiraillée entre ces différents systèmes, quand elle n'en fait pas une sorte de système polymorphe, un mélange monstrueux. Il n'y voit que confusion et anarchie, n'ayant de terme comparable que la tour de Babel. Le diagnostic des maladies aiguës et chroniques n'y est qu'un amalgame informe des données réunies des sciences physico-chimiques, de l'anatomie, de l'expérimentation et de la médecine physiologique; et la thérapeutique y est livrée aveuglément à la chimie, quand elle ne se voue pas à l'expectation stérile des médecins naturalistes.

Nous cherchons vainement autour de nous quel est l'enseignement clinique tellement inféodé à l'un de ces systèmes qu'il en fasse son unique appui. Nous ne trouvons pas davantage celui qui ferait de leur fusion une manière de pot-pourri à son usage. Loin que l'enseignement clinique de Paris présente le spectacle de cette anarchie et de ces tiraillements entre des systèmes contraires dont parle M. Fuster, son caractère le plus général, au contraire, est de se tenir au-dessus ou en dehors de tout système, s'enquérant, pour en faire son profit, de tous les progrès que peut faire la science autour de lui, accroissant, de jour en jour, ses moyens d'information pour les mettre au service de son double but final, la connaissance et la curation des maladies.

De quelque côté que nous nous tournions, que voyons-nous, en effet? Maîtres et élèves apportant le même soin à l'étude de tous les éléments du diagnostic et de tous les moyens propres

(1) *Clinique médicale de Montpellier*, par J. Fuster, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu, Saint-Éloi, etc. — T. 1er. — Un vol. in-8°. Paris, 1875. — Chez Rothschild, rue des Saints-Pères, 13.

à lui donner la plus grande précision possible, mettant la même ardeur à la recherche des lésions et des troubles fonctionnels que traduisent les symptômes, cherchant à en déterminer l'origine, le point de départ, leur caractère primitif ou secondaire, et leurs évolutions diverses jusqu'à leur phase ultime, c'est-à-dire jusqu'à la guérison, à la mort ou à l'état stationnaire. Nous les voyons demander à des procédés physiques d'exploration, à la thermométrie, aux réactifs chimiques des moyens plus sûrs et plus précis d'asseoir leur séméiologie et leur pronostic ; chercher à éclairer la signification des phénomènes morbides qu'ils observent par les lumières que peuvent leur fournir les notions physiologiques. Nous les voyons, enfin, demander les indications d'agir à la connaissance des conditions pathogéniques et de l'évolution naturelle de la maladie, en chercher, autant que possible, les moyens rationnels dans les théories physiologiques ou chimiques qui paraissent s'adapter le mieux à la nature du cas particulier auquel ils ont affaire, sans négliger jamais la part qui doit être faite aux circonstances individuelles ; et, lorsque ces lumières leur manquent, s'en tenir aux données communes de l'expérience.

Sans doute, à ne considérer que l'éclat particulier que l'École de Paris a jeté sur l'anatomie pathologique, et qui tend à se refléter aujourd'hui sur la physiologie et la pathologie expérimentales, on pourrait croire, à distance, tant les publications récentes, les mémoires, les thèses et les articles de journaux témoignent de l'activité que la jeunesse médicale met au service de ce genre d'étude, que tout ce qui ne procède pas immédiatement de cet ordre d'informations reste indifférent à nos cliniciens. Ce serait étrangement méconnaître ou défigurer la vérité. Ni l'étiologie, ni l'action des grandes influences extérieures physiques ou morales, ni la considération de l'état général des forces, ni les grands principes de l'unité et de la spontanéité vivante, soit dans leur opposition, soit dans leur accord avec les causes pathogéniques et les milieux où se meut tout cet ensemble complexe de phénomènes, ne sont autant négligés que semble le croire M. Fuster ; et si l'on en parle moins, c'est que ce sont là des notions vulgaires qu'il n'est pas nécessaire de répéter à satiété.

Nous le demandons à M. Fuster lui-même, les choses se passent-elles très-différemment dans le service de clinique placé à côté de celui dont il était naguère chargé ou même dans celui de son successeur? Il nous permettra d'en douter.

C'est encore une illusion du même genre qui fait dire à M. Fuster que la théorie de l'irritation ou de l'inflammation primitive des tissus constitue le fond des systèmes prépondérants dans nos cliniques. Et ici, ce n'est plus Paris seul qui est en cause, c'est la France (Montpellier excepté sans doute), l'Angleterre, l'Italie, l'Espagne. On nous permettra de ne répondre, pour l'instant, que pour Paris.

Si notre savant confrère a daigné jeter les yeux sur les ouvrages les plus récents de pathologie, il n'est pas possible qu'il n'ait pas été frappé de la place relativement restreinte qui est faite à l'irritation et à l'inflammation dans l'histoire générale des processus morbides communs, pour employer un langage devenu usuel aujourd'hui, ainsi que du sens tout différent que la physiologie pathologique moderne attache à ce mode morbide, dont elle a fait une lésion ou une anomalie de la nutrition locale; d'où le renversement complet des indications thérapeutiques que l'on déduisait autrefois de l'ancienne notion de l'inflammation. Est-ce au procédé inflammatoire qu'on rattache aujourd'hui ces lésions multiples si caractéristiques et portant si bien, lorsqu'on vient à les découvrir, l'empreinte de leur cause, de l'intoxication alcoolique chronique, de l'intoxication saturnine, et toute la série de ces empoisonnements aigus, soit qu'ils proviennent de l'ingestion d'une substance toxique ou d'un agent septique venant du dehors, ou qu'ils aient leur source dans un défaut d'élimination des déchets organiques? Que si l'on envisage dans leur ensemble les affections chroniques de la vieillesse, sur lesquelles l'école de la Salpêtrière est en voie de jeter une si vive lumière, quel rapport y a-t-il entre le procédé inflammatoire et ce travail lent, mais graduel et incessant d'atrophie et de dénutrition qui les caractérise dans leur généralité?

Que dirons-nous de la manière dont l'auteur de la clinique de Montpellier traite la physiologie expérimentale? Il est un point cependant sur lequel nous serons d'accord, c'est sur l'exagération et la précipitation avec lesquelles quelques séides imprudents l'auraient compromise, si les beaux travaux du Collége de France n'étaient de nature à y résister. Que, dans une sorte d'enivrement pour la nouveauté et pour les services réels de ce bel enseignement, quelques enthousiastes ou quelques logiciens impatients de conclure, aient voulu faire table rase de tout le passé pour édifier de toute pièce une nouvelle médecine physiologique sortie toute armée du laboratoire, c'est là une de ces prétentions dont l'histoire nous a donné déjà plus d'un exemple, et dont nous avons eu plus d'une fois l'occasion de faire justice. Mais ces exagérations trouvent leur contre-poids dans la clinique elle-même, où elles viennent échouer devant l'observation calme et réfléchie faite au lit du malade. Dans les services même où est le plus avoué le désir de ramener le plus grand nombre possible des phénomènes morbides sous les lois communes de la physiologie, dont ils ne seraient qu'une simple expression déviée, le respect de l'observation maintient l'esprit théorique dans des limites qu'on ne saurait franchir sans courir le risque de compromettre le principe d'application lui-même.

Mais en voilà assez avec le côté critique du livre de M. Fuster. Il est temps d'en venir au caractère propre de son enseignement.

II.

Nous avons rappelé ce qui a fait principalement et ce qui perpétue encore aujourd'hui l'honneur de l'École de Paris. Mais les horizons de la médecine sont assez vastes et ses points de vue assez divers pour nécessiter une certaine division dans le travail, et pour utiliser toutes les aptitudes et toutes les activités intellectuelles. L'École de Montpellier a eu son rôle dans ce grand mouvement scientifique du siècle, rôle de conservateur et de modérateur, qui a eu aussi son utilité et son éclat. Pendant que l'École de Paris était livrée aux agitations de la réforme, l'École de Montpellier, plus calme, opposait aux novateurs les dogmes de sa philosophie médicale et les principes pérennes de la médecine hippocratique. Plus d'une fois ses critiques ont porté juste, et ses avertissements ont été écoutés.

Parmi les principes traditionnels dont elle s'était constituée la gardienne, figure la doctrine des constitutions médicales dont les réformateurs d'alors avaient fait bon marché. Nous avons rappelé plus haut que M. Fuster, imbu de cette doctrine dès le début de sa carrière, avait, durant son séjour à Paris, consacré la plus grande partie de son labeur à l'étude des maladies climatériques et saisonnières. C'est cette même étude qui a fait le sujet de ses premières leçons.

Dans son livre sur les maladies de la France, M. Fuster a exposé d'une manière magistrale la doctrine des constitutions médicales, l'histoire générale des climats, et il a étudié en

météorologiste autant qu'en médecin l'action pathogénique des climats et des saisons. Ce qu'il a fait d'une manière générale dans ce livre, il le fait ici en appliquant ces données à la clinique et plus particulièrement à l'histoire des maladies de la zone méridionale de la France.

Pour M. Fuster la connaissance des constitutions médicales est la première assise, la base d'une bonne étude clinique. Il n'est pas de maladie qui ne soit tributaire de la constitution régnante. C'est la cause morbifique la plus générale et la plus puissante.

Les constitutions médicales n'ont pas toutes la même cause et la même origine. Les constitutions les plus communes sont celles qui naissent sur place, de l'action du climat et des conditions topographiques de la région; elles résultent du concours et de la fusion de cette foule d'impressions habituelles inhérentes au climat, qui, à force d'assaillir et de pénétrer les masses populaires, finissent par les amener à un type physiologique uniforme et à des prédispositions pathologiques communes. D'autres, dues à des viciations accidentelles de l'atmosphère, à des irrégularités et des dérèglements des saisons, altèrent la constitution habituelle, l'atténuent, l'aggravent, la compliquent ou la déplacent. Il en est, enfin, d'extraordinaires, dues à des causes le plus souvent inconnues, quelquefois spécifiques, souvent importées, presque toujours meurtrières. Ce sont les grandes épidémies.

C'est entre ces diverses constitutions que le médecin a à gouverner sa pratique, en évitant les écueils que fait surgir sous ses pas leur ignorance ou leur fausse entente. Il s'en faut, en effet, qu'on les interprète partout de la même manière. Pour certains médecins, l'action des constitutions se borne à imprimer aux maladies diverses certaines modifications communes, ce qui signifie qu'elles respectent les déterminations systématiques des maladies et restreignent leur influence à introduire quelques rapports communs dans les maladies de nature différente. Telle n'est pas l'interprétation qu'entend leur donner M. Fuster. Pour lui, comme pour tous les constitutionnalistes de l'école de Sydenham, les constitutions s'attaquent directement à la nature des états morbides, elles leur donnent une empreinte particulière, uniforme, en livrant les expressions, les symptômes et le siége au hasard du mode d'action accessoire des circonstances extérieures ou des modifications individuelles. Partout et toujours il attache, avec l'école, à la constitution médicale l'idée d'une influence de premier ordre, affectant avant tout la nature et le traitement des maladies.

C'est au développement de ces principes et à leur application à la clinique, que M. Fuster a consacré toute la première série de leçons que renferme ce volume. Après un exposé fait, à ce point de vue, des divers types pathologiques auxquels on doit les rapporter, un aperçu sur la série des constitutions stationnaires depuis les premières années de ce siècle et sur la constitution stationnaire actuelle, il étudie successivement les saisons et les affections pathologiques correspondantes, les principes de l'action médicale des saisons, les constitutions médicales correspondantes aux saisons et aux climats, le rapport entre les maladies du climat et celles des saisons; puis, reprenant tous les éléments de cette étude générale, il les applique au climat, à la topographie et aux saisons des diverses zones de la France.

III.

Personne assurément ne méconnaîtra l'intérêt considérable qui s'attache à ce point de vue si important de l'étiologie pathologique, à cette manière large d'envisager la pathogénie dans ses rapports avec l'influence générale des milieux et d'en faire le point culminant de la pratique médicale. Il y aurait, sans doute, beaucoup à examiner, beaucoup à discuter peut-être sur le champ et la limite d'application de ces principes et sur quelques points du principe lui-même. Avec ceux qui contestent ou nient les constitutions médicales, il n'y a point de discussion possible, tant le fait lui-même s'impose par son évidence. Mais là où il y aurait matière à débat, c'est sur le point de savoir de quel côté se trouve la plus grande somme de vérité, entre ceux qui subordonnent la considération du siége et de la localisation de l'affection au fait de la constitution qui lui imposerait sa véritable nature, et ceux qui ne voient, au contraire, dans ce fait qu'une simple modification dans la forme, n'atteignant point le fond lui-même.

Des éléments essentiels manquent encore pour la solution définitive de cette question, qui restera probablement longtemps encore en litige. Nous sommes loin de connaître assez la composition des milieux qui nous enveloppent, nous impressionnent et nous modifient incessamment, pour être à même de donner à cette question une solution véritablement scientifique. Il faudra probablement de longues années d'observations météorologiques, à peine commencées, et d'études de tout ce monde microscopique vivant qui nous entoure, pour arriver à une formule complète de l'action pathogénique des milieux. Mais le fait n'en subsiste pas moins, bien que nous ne puissions l'apprécier que par les effets et par ses relations avec les grands mouvements ou les grandes perturbations atmosphériques; et il est d'une importance assez grande en médecine pratique pour qu'on doive savoir gré à M. Fuster des louables efforts qu'il n'a cessé de faire dans toute sa carrière de publiciste et de professeur pour faire ressortir toute l'utilité de son étude.

Un dernier mot sur la nouvelle publication du savant professeur de Montpellier, dont nous ne venons de faire connaître en quelque sorte que la partie préliminaire. Ce premier volume, indépendamment des considérations dont nous venons d'indiquer l'objet, et qui font le sujet de ses dix-sept premières leçons, renferme quatre leçons sur la fièvre typhoïde, affection sur laquelle M. Fuster professe des opinions particulières, et à plusieurs égards très-différentes de celles qui ont généralement cours. Deux autres volumes doivent suivre ce premier, l'un dans lequel sera poursuivie l'exposition des maladies aiguës les plus communes dans l'année médicale du climat de la France en général, et particulièrement de celui du Midi, et le dernier qui sera réservé exclusivement aux maladies chroniques.

Dr Brochin.

THÉRAPEUTIQUE

Du koumys et de son rôle thérapeutique.

Avant de parler des résultats obtenus avec le koumys dans les nombreux services de nos hôpitaux, il nous paraît utile de rappeler sommairement son origine et sa composition.

De temps immémorial les peuplades à demi sauvages de la Russie orientale font usage, comme boisson alimentaire, de lait de jument en été et de lait de vache en hiver, rendu alcoolique par la fermentation : c'est le koumys. Dans sa constitution chimique, le koumys n'étant, comme on voit, que le lait à l'état de fermentation lacto-alcoolique, présente, outre les principes constitutifs du lait, l'alcool, l'acide lactique et l'acide carbonique. C'est un liquide lactescent, sans grumeaux, il mousse comme le vin de Champagne, son odeur et sa saveur légèrement aigrelettes rappellent celle du lait de beurre ou du

petit lait, et son acidité augmente à mesure que la fermentation se développe.

Si nous avons réservé, jusqu'à présent, nos appréciations sur l'effet thérapeutique du koumys, c'est que nous avons attendu qu'un examen sérieux, basé sur l'observation clinique, permît de constater la valeur de cette médication.

Aujourd'hui où, presque une année d'expériences suivies dans tous nos hôpitaux nous autorise, par les résultats obtenus, à émettre un jugement, nous croyons le moment venu de parler de ce nouvel agent thérapeutique.

En disant « nouvel agent thérapeutique » nous n'entendons pas parler d'une médication nouvellement inventée, le koumys étant, comme on sait, employé depuis très-longtemps en Russie, où il jouit de la réputation d'un spécifique contre la phthisie pulmonaire, et qui sait si cette réputation trop accentuée n'a pas empêché son adoption dans le reste du monde médical, plus sceptique et se méfiant, avec juste raison, de tous les spécifiques contre cette affection.

Les premières recherches scientifiques sur le koumys remontent à l'année 1788 et sont dues au docteur John Griève, médecin anglais dans l'armée russe, ayant séjourné pendant plusieurs années parmi les tribus des Khirghizes et Tartares. Il le désigne comme un des moyens les plus efficaces dans le traitement de toutes les maladies chroniques, quelle que soit leur nature, et son enthousiasme pour cette médication allait jusqu'à partager l'opinion généralement admise en Russie, qui attribue l'immunité des affections des voies respiratoires, dont jouissent ces peuplades, à l'usage journalier de cette boisson.

L'impulsion scientifique était donnée, malheureusement l'ignorance des procédés de fabrication, la difficulté de se procurer du koumys des Tartares, l'éloignement des steppes, furent tout autant d'obstacles contre lesquels devaient se briser les investigations scientifiques. Mais, dans ces dernières années on a pu le soumettre à une étude plus approfondie, et son histoire se recommande déjà à l'attention du public médical par l'importance et l'autorité de ceux qui l'ont écrite.

Parmi les médecins étrangers nous citerons : le docteur *Maydell*, médecin inspecteur du gouvernement d'Orloff, qui attribue au koumys des résultats dépassant toutes les espérances ; le docteur *Ucke*, qui lui attribue une action spécifique dans les maladies des voies respiratoires ; le docteur *Chomenkoff*, qui lui donne les mêmes qualités avec une conviction d'autant plus profonde qu'il eut l'occasion d'en faire l'expérience sur lui-même dans une maladie chronique des poumons ; il attribue sa guérison à l'emploi de ce médicament ; le docteur *Postnikoff*, qui va jusqu'à prêter au koumys la faculté de cicatriser les cavernes ; *Palubienski*, *Stahlberg*, qui ont constaté des améliorations avec diminution des signes locaux ; *Bogoiawlenski* (1), *Zablozki*, *Chodezki*, *Neftel*, *With*, *Beigel*, *Radakoff*, *Jagielski* et *Chalubinski*, professeur à l'université de Varsovie, qui, en le recommandant dans le catarrhe pulmonaire, bronchique, gastrique et gastro-intestinal lui reconnait des propriétés puissamment reconstituantes avec une action modificative de la nutrition ; le docteur *Karell*, médecin ordinaire de l'empereur de Russie, dans sa « cure du lait » publiée dans les *Archiv. gén. de méd.* Paris 1866, s'exprime ainsi en parlant du koumys : « Si la science médicale peut encore espérer qu'il existe un remède efficace contre la phthisie, j'ai de puissantes raisons de croire que le seul qu'on doive recommander avec quelque confiance, c'est le koumys. J'en ai vu de merveilleux effets, et on lui doit des cures vraiment étonnantes ». Il dit plus loin : « Je me rappelle avoir été témoin de deux cas de phthisie pulmonaire parvenue au troisième degré, et l'on accordait aux malades à peine quelques semaines d'existence. Eh bien, après une cure de koumys faite aux steppes, ces malades sont revenus avec une santé si florissante que leurs familles étaient étonnées de les trouver mieux portants qu'on ne les avait jamais vus. »

Une fois l'importance de cette médication établie ainsi que la possibilité de préparer un koumys identique à celui des Tartares, de véritables stations de koumys ont pris naissance, et nous citerons comme les plus importantes, en Russie : Samara, Lipeck, les environs de Moscou et de Saint-Pétersbourg, sans compter les steppes ; en Pologne : Varsovie, Lemberg, Cracovie ; en Autriche : Gratz, Lindenhofen, les environs de Vienne (Chemnitz, Gestermünde) ; etc. Ces établissements vont en grandissant chaque année à cause de l'affluence croissante de malades.

(1) Bogoiawlenski, dans une statistique d'après des relevés depuis 1818 jusqu'en 1866, donne, sur 100 phthisiques en moyenne : 15 guérisons, 70 améliorations notables, 10 résultats nuls et 5 décès.

En France, c'est au docteur Schnepp que revient l'honneur d'avoir le premier fait connaître le koumys. Il appelle « galazyme » le produit de la fermentation d'un mélange de lait d'ânesse et de lait de vache. Sauf la nature du lait et le mode de préparation, le galazyme de Schnepp n'est autre chose que le koumys. Dans son travail publié en 1865 : *Traitement efficace par le galazyme des affections catarrhales, de la phthisie et des consomptions en général*, ce consciencieux observateur signale les « merveilles » obtenues dans sa pratique avec le galazyme. Malheureusement, une mort prématurée est venue interrompre ses travaux et l'empêcher d'introduire définitivement en France une médication dont il avait entrevu toute la valeur.

Le professeur Fonssagrives, dans son remarquable ouvrage : *Thérapeutique de la phthisie pulmonaire* 1866, donne des détails exacts sur l'emploi du koumys et regrette que cette médication, dont la vogue s'accroît tous les jours en Russie, soit encore si peu connue en France. Il juge très-favorablement de son action thérapeutique en appuyant, avec sa justesse d'appréciation habituelle, sur l'influence très-marquée qu'elle exerce sur la nutrition. « Il n'est pas de moyen, dit-il, qui relève autant les forces et qui active aussi rapidement l'embonpoint. » C'est en se basant sur cette propriété de ses éléments constitutifs qu'il attribue au koumys une valeur sérieuse dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Depuis Schnepp, le koumys, quoique théoriquement connu de la plupart de nos cliniciens, n'ayant trouvé aucune application pratique, est retombé dans l'oubli. Ce n'est que depuis une année environ que les expériences et les observations se sont multipliées dans les hôpitaux de Paris et dans la pratique civile, grâce aux efforts persévérants d'un médecin distingué de Paris, le docteur Ed. Landowski, et à l'accueil sympathique qu'il a trouvé chez nos savants chefs de service.

Depuis, les observations se succèdent sans interruption, et le koumys est présentement employé dans tous les hôpitaux de Paris.

D'après nos renseignements, il a été et est encore expérimenté dans les service de MM. Gubler, Chauffard, Guéneau de Mussy, Desnos, Brouardel, Gallard, Bucquoy, Siredey, Empis, Dujardin-Beaumetz et plusieurs autres. En résumant le résultat de toutes ces observations, on est forcé de reconnaître au koumys une action métasyncritique et puissamment reconstituante sur les organismes débilités, quelle que soit la cause de la cachexie.

Cette action se manifeste surtout par l'augmentation rapide du poids et des forces du malade.

Le docteur Landowski donne le résultat suivant de trente observations recueillies dans les hôpitaux. Le poids additionné de trente individus représentait avant le traitement 1,812 kilogr. 350 grammes. Après trente jours de traitement, 1,878 kilogr., ce qui fait une moyenne de 2 kilos 206 grammes d'augmentation par individu. (Du koumys et de son rôle thérapeutique, *Journal de thérapeutique*, nos 14, 16, 17, 18.)

Dans la première observation relatée par le docteur Urdy (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 juillet 1874, p. 57), l'augmentation était de 2 kilogr. en vingt-deux jours) ; il en cite une autre, où le malade a gagné 5 kilogr. 500 grammes en un mois ; une autre de 3 kilogr. 800 grammes en douze jours, et la neuvième signale une augmentation de 3 kilogr. en quinze jours.

Le docteur Makarowd-Sabowski, dans sa thèse inaugurale, attribue cette augmentation du poids aux principes constitutifs du koumys et à la présence de l'alcool avec son action sur le tissu adipeux (*Du koumys et de son rôle thérapeutique*, 1874). Le docteur E. Durand, également dans sa thèse doctorale, après avoir donné seize observations, se résume en disant qu'à la simple lecture de ces observations, on doit être frappé de l'état d'amélioration générale avec augmentation du poids, qui ne tarde pas à se manifester chez les phthisiques soumis au koumys, et il l'attribue en partie aux qualités sédatives et

détersives sur les voies respiratoires de l'acide carbonique outre les éléments analeptiques que le koumys doit à son origine lactée.

Le docteur Labadie-Lagrave donne une observation très-remarquable d'une jeune fille de seize ans qui, arrivée au dernier degré de la consomption pulmonaire, alors que tout faisait présager un dénoûment prochain, avait vu, sous l'influence du koumys, ses forces renaître et son poids augmenter de 2 kilogr. en six semaines. (*Gazette hebdomadaire*, 18 septembre 1874.)

Le docteur Henri Huchard cite un fait analogue avec la différence que la malade était âgée de cinquante ans. Sous l'influence du traitement par le koumys-Edward n° 1, l'état de la malade, malgré de graves lésions (râles caverneux et souffle) dans la fosse sus-épineuse droite, râles cavernuleux dans la région sous-claviculaire du même côté, craquements secs et respiration soufflante au sommet gauche), s'est notablement amélioré, ses forces sont rapidement revenues, et la malade, qui pesait 51 kilogr. au commencement du traitement, au bout de deux mois de cette médication, a pesé 56 kilogr. 100 grammes. A ce moment, elle était presque transformée, et l'auscultation des poumons faisait reconnaître une réelle amélioration locale. « *Cette malade était sans doute toujours tuberculeuse, mais elle n'était plus phthisique.* » (*Union médicale*, 26 janvier 1875.)

Comme on voit, les résultats des expériences sont des plus concluants; ils sont, du reste facilement compréhensibles par la série d'éléments que renferme le koumys, tous capables d'exercer un effet spécial sur l'organisme, et son action doit être considérée comme la résultante de chacun de ces effets isolés.

Les éléments plastiques, dynamogènes, thermogènes, anti-déperditeurs, en se fondant naturellement pour former un aliment complet, ayant en lui tout ce qu'il faut pour se digérer lui-même, laissent par conséquent peu de chose à faire à la chimie de la nutrition et ne peuvent qu'influer salutairement partout où il s'agit de remonter ou reconstituer l'organisme débilité, soit par une exagération de la dépense, soit par l'utilisation imparfaite et défectueuse des matériaux apportés.

Sous ce point de vue, le koumys représente un médicament alimentaire dont la puissance reconstituante et névro-sthénique n'a pas d'équivalent dans la thérapeutique moderne, et sans vouloir lui attribuer une action spécifique, son emploi nous paraît très-précieux et d'une utilité incontestable toutes les fois qu'une affection chronique ou aiguë a appauvri l'économie et débilité l'organisme. Le koumys est, en général, bien supporté et même pris avec plaisir par les malades. La dose va progressivement, en commençant par une demi-bouteille par jour, prise en quatre fois dans les intervalles égaux des repas.

Dans les troubles gastriques, le koumys n° 2 (plus avancé dans son état de fermentation) est indiqué.

Le régime pendant la cure doit, avant tout, être approprié à l'état pathologique contre lequel on lutte, et l'on fera bien d'éviter certains aliments incompatibles avec la diète lactée en général.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 février 1875. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les publications périodiques de la semaine.

MM. Théophile Anger, Chabert et Lucas-Championnière posent leur candidature à la place vacante de membre titulaire.

PRÉSENTATIONS

M. Larrey présente de la part de M. Périer, médecin principal en retraite, un mémoire sur l'influence des milieux sur le développement de l'espèce humaine ; et de la part de M. Bérenger-Féraud, un travail sur l'innocuité des ponctions du foie avec le trocart explorateur.

M. Guérin présente, de la part de M. Dechaux (de Montluçon), candidat au titre de membre correspondant, des observations de blessures des artères axillaires, du bras et de l'avant-bras.

RAPPORT

Hypospadias. Uréthroplastie. — M. Guyon donne lecture d'un rapport sur une observation déposée par M. Théophile Anger, au commencement de 1874, et intitulée : *Hypospadias péno-scrotal compliqué de coudure de la verge. Redressement du pénis et uréthroplastie par inclusion cutanée.*

M. le rapporteur insiste sur deux des caractères principaux employés par M. Anger : 1° Revêtement cutané formant les parois du nouveau canal; 2° abandon du canal ainsi formé sans laisser de sonde à demeure.

DISCUSSION

M. Tillaux a eu l'occasion, depuis le dépôt des communications de M. Anger, de faire à l'hôpital Lariboisière une opération d'hypospadias péno-scrotal à la suite de laquelle il a obtenu un résultat très-satisfaisant en employant un procédé mixte, celui de M. Anger, pour la taille des lambeaux, et celui de M. Duplay, qui avait fait l'objet d'une communication antérieure, pour la succession des temps de l'opération. M. Duplay ne croit pas avantageux de tenter de faire en une seule fois le nouveau canal. Il pense qu'il vaut mieux laisser une fistule en arrière de ce canal de nouvelle formation pendant un certain temps, qui lui permettra de se cicatriser complétement. M. Tillaux a opéré de cette manière et a aujourd'hui un canal complet. La fistule du périnée sera restaurée plus tard. Le redressement de la verge avait été fait quelques mois auparavant. Il n'oserait pas, comme M. Anger, ne pas mettre de sonde, surtout pour un canal sans fistule, de peur qu'il ne se rétrécît.

M. Sée a déjà vu quatre de ces cas. Il en a, en ce moment encore, un dans son service, qui présente quelques particularités sur lesquelles il demande l'avis de la société. Il s'agit d'un hypospadias pénien. La verge présente une courbure considérable, surtout au niveau du gland. Si l'on cherche à la redresser, on observe que la partie antérieure se laisse facilement étendre, mais que le principal obstacle existe à la partie postérieure, là où le canal naturel existe. Pour pouvoir le redresser, il faudrait pratiquer des incisions sur la partie normale du canal, ce que M. Sée voudrait pouvoir éviter.

M. Desprès voudrait voir les opérés plusieurs années après, pour juger avec connaissance de cause la valeur du procédé employé. Le résultat de M. Duplay le satisfait plus que celui de M. Anger au point de vue du redressement de la verge. On ne peut espérer une guérison absolument complète, qui ne laisse pas de traces de l'infirmité primitive, et le meilleur résultat dans ces cas est celui qui permet à la verge d'accomplir le mieux ses fonctions physiologiques.

M. Duplay ne trouve pas que le méat obtenu par M. Anger soit satisfaisant au point de vue du coït et de l'éjaculation. Quant au malade de M. Sée, M. le professeur Bouisson a proposé dans ces cas la section profonde sous-cutanée de la cloison des corps caverneux, à leur union avec le gland, sans intéresser l'urèthre.

Conformément aux conclusions de M. le rapporteur, le mémoire de M. Anger est renvoyé au comité de publication, et son auteur est inscrit sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

COMMUNICATION

Kyste dermoïde de l'ovaire. — M. Terrier donne lecture d'une observation de kyste dermoïde de l'ovaire. Ovariotomie. Guérison. La tumeur avait commencé à se développer dans la fosse iliaque droite, chez une femme de trente-huit ans ayant eu une couche il y a quinze ans, et bien réglée depuis. Une ponction exploratrice avait révélé l'existence dans cette tumeur de cellules épithéliales, de poils et de matière sébacée. L'opération fut pratiquée dans de bonnes conditions, et les suites en furent simples. La fièvre traumatique fut légère, la température ne dépassa pas 38 degrés. Les sutures furent enlevées successivement du sixième au quinzième jour. Le seul phénomène digne de remarque fut une rétention d'urine qui dura cinq jours, due probablement à une action réflexe. L'examen histologique de la tumeur, fait au laboratoire du Collége de France, est curieux au

point de vue de la structure de la paroi. Sa surface intérieure présentait l'aspect de la peau, avec des poils assez longs. Sa structure était celle de la peau normale, avec poils, glandes sébacées, etc.

PRÉSENTATION DE MALADES

Persistance des ligatures. — M. GUÉNIOT présente un petit malade âgé de six ans auquel il a pratiqué l'amputation du bras pour une tumeur blanche du coude et une ostéo-périostite suppurée du premier métacarpien. Il avait fait deux ligatures avec des fils végétaux ordinaires. Un des fils tomba le quatorzième jour. L'autre, malgré des tractions assez fortes exercées chaque jour, n'est pas encore tombé, quoique l'opération date de soixante-deux jours.

DISCUSSION

M. DUBRUEIL a vu des ligatures persister deux mois chez des blessés de Crimée qui étaient rentrés en France. Mais ces exemples diffèrent de celui de M. Guéniot en ce que ces amputés, embarqués quelques jours après l'opération sur des navires marchands, sans médecins, avaient manqué, pendant la période de cicatrisation de leur plaie, de soins éclairés, les personnes qui les pansaient n'ayant pas osé tiré ces fils.

M. VERNEUIL. La cause de la persistance des ligatures n'est pas connue. On a dit que ce phénomène avait lieu quand on avait, avec le vaisseau, compris dans la ligature du tissu fibreux ; mais il arrive souvent qu'on lie manifestement des parties fibreuses et que le fil tombe néanmoins dans les délais ordinaires. M. Verneuil pense que, plus l'inflammation est violente, plus les fils tombent rapidement. Dans les plaies produites par l'ablation du sein, que l'on traite à ciel ouvert, en injectant sur leur surface des liquides antiseptiques pulvérisés, il n'y a pour ainsi dire pas d'inflammation et les ligatures mettent un mois, six semaines à tomber. La ligature métallique reste aussi indéfiniment dans les plaies, à cause du minimum d'inflammation qu'elle produit. Dans le cas présent, la réunion a été immédiate, il y a eu peu d'inflammation, la température s'est très-peu élevée. De là la persistance de la ligature.

M. PERRIN a vu souvent ce fait et ne l'attribue pas à une cause unique. Diverses circonstances peuvent le produire. Il est possible que, quelque bien faite que soit la ligature, du tissu fibreux s'y trouve compris au bout de quelques jours, provenant de la transformation des autres éléments histologiques. Il appuie sa théorie sur le fait suivant observé sur un blessé du second siége de Paris : une ligature qu'il avait posée persista trois mois, et lorsqu'elle céda à ses tractions, le nœud enserrait un fil aussi long en arrière qu'en avant de la saillie qu'il formait. L'aspect était le même dans toute la longueur, et ce n'est qu'en brûlant les deux extrémités que M. Perrin reconnut la nature animale de l'extrémité interne.

M. DESPRÈS. Plusieurs causes peuvent produire la persistance des ligatures : 1° lorsqu'on fait l'ablation d'un testicule en liant en masse le cordon, la ligature est très-longue à tomber, et il en est ainsi chaque fois qu'on lie des parties étrangères au vaisseau ; 2° lorsqu'après une amputation à lambeaux, on a obtenu une réunion rapide, il peut arriver qu'une ligature étant située au fond de la plaie et ayant été laissée pendante à la partie opposée, le fil soit compris dans des parties qui se sont cicatrisées. Il a observé ce fait pour la tibiale postérieure, dans une amputation de jambe, où les fils avaient été ramenés en avant. Il faut alors tirer plus fort. C'est le cas du malade de M. Guéniot. (M. Guéniot suit ce conseil, et la ligature cède à ses efforts.) — Enfin des bourgeons charnus peuvent l'emprisonner dans une épaisseur de 3 à 4 centimètres. Il faut faire la même manœuvre. C'est l'explication des ligatures persistantes à la suite des ablations du sein.

M. GUÉNIOT. S'il est vrai que la chute de la ligature d'une artère, lorsqu'on y a compris des parties molles, soit par cela même considérablement retardée, on pourrait utiliser ce fait dans les cas où il est nécessaire d'obtenir tardivement cette chute de la ligature, quand il s'agit, par exemple, de la ligature des artères iliaques ou carotides.

M. TRÉLAT admet trois causes : 1° la ligature a compris un fragment fibreux ; 2° un fragment d'os a été lié, ou une petite pointe osseuse a accroché le fil ; 3° des bourgeons charnus se sont développés autour de lui. On a vu de même des fils de charpie retenus dans une plaie bourgeonnante. Quant à l'opinion émise par M. Guéniot, de l'utilité possible des ligatures en masse dans certains cas, ce serait revenir à la ligature médiate des anciens, justement abandonnée. Lorsqu'une ligature comprend une trop grande épaisseur de tissus, ceux-ci se sphacèlent en partie, et la ligature n'a plus d'effet.

M. VERNEUIL soutient que la chute rapide ou retardée des ligatures dépend du degré d'inflammation locale dans les plaies. Lorsque les plaies sont très-enflammées, on observe des hémorrhagies secondaires au quatrième, cinquième et sixième jour.

Il n'admet pas que les fils puissent être retenus par des bourgeons charnus.

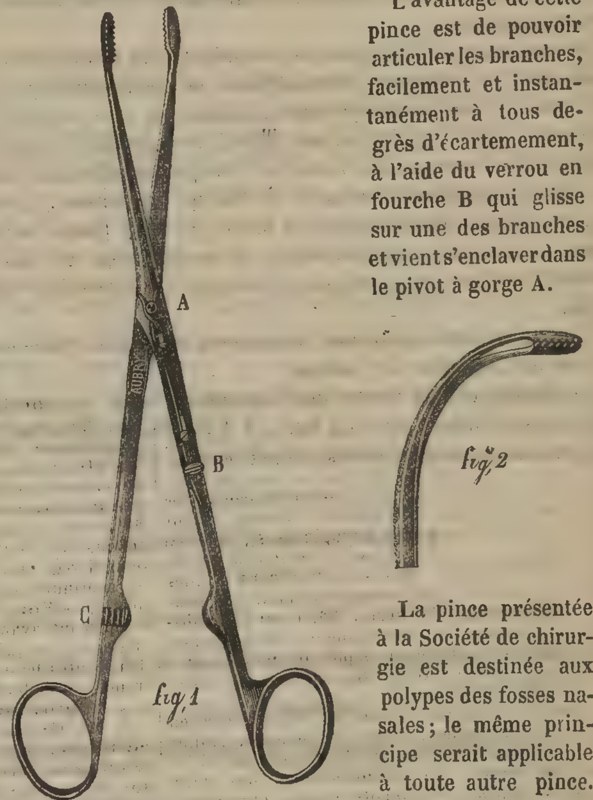
M. TRÉLAT. L'inflammation intense est, en effet, une des causes qui peuvent hâter la chute des ligatures. Mais lorsque la moyenne de dix à douze jours est dépassée, cela tient à ce que le fil est retenu par un fragment d'os ou de ligament pris dans le nœud, ou par des bourgeons charnus. Dans les plaies qui bourgeonnent rapidement, sans suppuration, il ne reste pas de canal autour du fil, et l'on peut voir au microscope des canalicules des bourgeons charnus qui ont été arrachés avec le fil.

M. DESPRÈS. Si, dans une amputation où l'on a fait trois ligatures, elles tombent au cinquième, dixième et trentième jour, il n'est pas possible d'admettre que ces différences soient dues à une cause unique, le degré de l'inflammation.

M. MARJOLIN fait observer qu'on retire quelquefois les fils par le nœud lorsque l'autre extrémité est enclavée dans les bourgeons, dans le but d'éviter de les déchirer.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. DUPLAY présente une pince construite par M. Aubry, fabricant d'instruments de chirurgie.



L'avantage de cette pince est de pouvoir articuler les branches, facilement et instantanément à tous degrès d'écartement, à l'aide du verrou en fourche B qui glisse sur une des branches et vient s'enclaver dans le pivot à gorge A.

La pince présentée à la Société de chirurgie est destinée aux polypes des fosses nasales ; le même principe serait applicable à toute autre pince.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

A M. le docteur Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Très-honoré confrère,

Dans un article du numéro du 4 février de la *Gazette des Hôpi-*

taux, mon nom est cité à propos des migrations imparfaites du testicule. Le fait auquel M. Valette fait allusion et qui a été publié dans la *Revue médicale* (mars 1840) diffère, en un point essentiel, du caractère qu'il lui attribue. Il s'agit, en effet, d'une descente tardive du testicule gauche, prise pour une hernie étranglée, et induement opérée à ce titre. Mais précisément, ainsi qu'il est spécifié dans l'observation, les signes d'étranglement n'existaient pas. Pendant plusieurs jours, le taxis fut pratiqué sans résultat, et l'erreur ne fut entretenue que par l'intensité croissante des douleurs.

Ce n'est que fortuitement que j'assistai, en qualité d'auxiliaire requis, à une opération décidée à l'avance et à laquelle on procéda malgré ce que je pus dire. Point de vomissement; les selles avaient lieu comme à l'ordinaire. Si, ce que je regardais comme douteux, il y avait une hernie, au moins elle n'était pas étranglée.

Paris, le 8 février 1875. Dr Delasiauve.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Besançon. — Les dates d'ouverture des concours qui doivent s'ouvrir à Besançon pour les emplois de suppléant près l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville, sont fixées ainsi qu'il suit :

1° Le 17 mars 1875, concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie et de pharmacie ;

2° Le 18 mars 1875, concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie ;

3° Le 14 juin 1875, concours pour la suppléance des chaires de pathologie externe et d'accouchements.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Misset, suppléant pour les chaires de médecine, est nommé professeur titulaire de pathologie interne à ladite école, en remplacement de M. Roucher, décédé.

— *École de médecine de Nantes.* — Par décret en date du 13 janvier 1875, le titre de professeur adjoint est supprimé.

— *École de médecine de Tours.* — M. Thomas, chef des travaux anatomiques, est maintenu dans ses fonctions pour une période de trois années.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Ogier, licencié ès sciences physiques, est délégué dans les fonctions de préparateur de chimie, en remplacement de M. Sergent, démissionnaire.

— M. le docteur Brulet est nommé médecin du lycée de Dijon, en remplacement de M. le docteur Boucher, décédé.

— M. le docteur Thouvenet, médecin adjoint du lycée de Limoges, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Bardinet, décédé.

— M. Charcellay, médecin adjoint du lycée de Tours, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. Thomas, démissionnaire.

— M. le docteur Danner est nommé médecin adjoint du lycée de Tours, en remplacement de M. le docteur Charcellay.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Ball, agrégé de la Faculté, commencera le *cours complémentaire sur les maladies mentales et nerveuses*, le jeudi 25 février, dans le grand amphithéâtre de l'école de médecine, à huit heures du soir, et le continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure.

— Clientèle dans Seine-et-Oise à vingt-cinq minutes de Paris. Prix 6,000 francs. — S'adresser au bureau du journal.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. — Toutes ces thèses se trouvent chez M. Coccoz, libraire-éditeur, 30, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

MÉDICATION SUDORIFIQUE ET SIALAGOGUE.

Véritable Jaborandi
du docteur COUTINHO.

Sous trois formes :

1° **Jaborandi concassé,** chaque paquet contient la dose nécessaire à une infusion ;
2° **Sirop de Jaborandi** } deux cuillerées à bouche pour une sudation.
3° **Élixir de Jaborandi** }

Dépôt : Pharmacie YVON, 7, *rue de la Feuillade, près la Banque.*
Vente en gros : maison GRIMAULT et Cie, 8, rue Vivienne.

N° 22. — MARDI 23 FÉVRIER 1875. 48e ANNÉE. MARDI 23 FÉVRIER 1875. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

DE L'ORGANISATION DE L'ASSISTANCE MÉDICALE

DANS LES CAMPAGNES

(Troisième article.)

Depuis la publication des deux articles (1) que nous avons consacrés à l'exposition du nouveau projet de loi sur l'assistance médicale dans les campagnes, nous avons reçu communication d'un excellent rapport présenté à l'association des médecins de l'Allier, au nom d'une commission dont M. le docteur Meige était le rapporteur. Nous trouvons dans ce rapport une telle concordance avec l'esprit du projet et un tel concours d'arguments en faveur de l'ordre d'idées auxquelles nous avons donné notre pleine adhésion, que nous aurions pu nous borner à en faire ici la simple constatation. Mais il nous a paru qu'il ne serait peut-être pas tout à fait inutile de donner à l'appui de l'appréciation sommaire qui a été faite dans les précédents articles du système des médecins cantonaux, quelques faits précis qui la justifient.

Voici ce que nous trouvons à relever à cet égard dans le rapport de la commission des médecins de l'Allier.

Le département de l'Allier est un de ceux où a été institué, dans les premières années de l'empire, le système des médecins cantonaux. Il n'a pas fallu longtemps pour en apprécier les résultats. Commencée en 1852, l'épreuve était déjà faite et jugée au bout de deux ans. En 1854, le préfet déclarait, dans son rapport au conseil général, que la médecine cantonale était très-coûteuse et rendait très-peu de services, les fonds manquant pour l'achat des médicaments.

Un deuxième essai fut fait dans ce département en réduisant le nombre des médecins cantonaux de 44 à 28 (un seul par canton) et en allouant à chaque médecin une indemnité de 300 francs, à la charge par lui de se procurer les médicaments nécessaires. Ainsi le médecin devait non-seulement voir les malades indigents de tout un canton, mais, ses visites faites, il avait à chercher les moyens de procurer aux malades les médicaments qu'il avait jugé utile de leur prescrire.

On dut, en présence de ces difficultés, après deux nouvelles années d'essai, renoncer à ce second système.

(1) Voir les numéros des 19 et 26 janvier.

On en revint à l'augmentation du nombre des circonscriptions que l'on éleva en 1869 à 53; mais l'allocation de 300 francs par canton resta toujours la même, de telle sorte que tel médecin dont la circonscription était composée de onze communes recevait une indemnité de 70 francs. Tel autre avait fait le calcul que le prix de ses visites lui était revenu à 19 centimes par kilomètre!

L'État allouait 1,000 francs pour achats de médicaments, ce qui permettait de donner de 15 à 30 francs environ par circonscription, chiffre évidemment insuffisant.

Les espérances que l'on avait fondées sur l'augmentation des circonscriptions, qui furent graduellement doublées, ne se réalisèrent pas. Les rapports des médecins continuèrent à faire ressortir l'impossibilité où ils étaient de remplir convenablement leur mission, tant à cause des distances à parcourir que de l'insuffisance ou de l'irrégularité des crédits affectés aux médicaments.

Les inconvénients reconnus dans l'Allier sont à peu près les mêmes qui ont été constatés dans un grand nombre d'autres départements. De sorte qu'on pourrait dire, sans courir grand risque de se tromper : *Ab uno disce omnes.*

Pour peu que nos lecteurs veuillent se reporter à l'année 1860 de la *Gazette des Hôpitaux*, ils y trouveront dans le numéro du 6 septembre, l'exposé des griefs dénoncés à la tribune de l'Académie de médecine par M. de Kergaradec, qui retraçait le triste tableau de l'état de la médecine gratuite dans les campagnes, constatant qu'aux deux extrémités de la France, dans la Franche-Comté comme dans la basse Bretagne, existaient les mêmes irrégularités et les mêmes abus. Peu de temps après 1862, l'honorable M. Chevandier, qui a pris, depuis, une large part à l'élaboration du nouveau projet, résumait ainsi son appréciation : *A priori*, le système d'assistance médicale par le médecin cantonal est mauvais. *A posteriori*, ce système est défectueux. L'expérience confirme la prévision.

C'est en présence de cette situation que l'association médicale de l'Allier a mis à l'étude la question qui fait le sujet de ce rapport.

Du travail fait par la commission de l'Allier en vue de préparer les voies à la nouvelle organisation, il résulte que le nombre des indigents du département pouvant être évalué à 12,000 et celui des indigents malades à 3,000, en supputant la proportion de 25 pour 100, le nombre des médecins qui pourraient concourir au service étant de 100, le nombre des indigents malades à la charge de chacun serait de 30; en supposant la répartition égale, ce qui n'est pas évidemment en pratique.

Le système d'organisation que propose la commission, en conséquence des faits et des supputations qui sont la base du rapport, est exactement le système Lundais, adopté par la Gironde et proposé au choix des conseils généraux par les rédacteurs du projet de loi.

La commission de l'Allier fait une réserve qui ne nous paraît avoir été faite ni dans le projet de loi ni dans les divers autres documents qui ont passé sous nos yeux. Elle est relative à la vaccine. La commission est d'avis qu'avec une organisation qui appelle tous les praticiens à concourir à l'assistance des indigents, il serait imprudent de comprendre dans leurs attributions la vaccine, qu'elle juge utile, dans l'intérêt de cet important service, de laisser entre les mains de l'administration.

Cette réserve faite pour la vaccine doit évidemment s'étendre à la vérification des décès, aux rapports judiciaires et généralement à toutes les questions d'hygiène publique et de médecine légale qui peuvent réclamer les lumières et le concours des médecins, et qui, dans le système des médecins cantonaux, étaient confiées au praticien exclusivement revêtu du caractère officiel. Nous croyons que si l'on veut organiser sérieusement pour les campagnes un système d'assistance médicale durable et d'une exécution facile, il convient de le simplifier le plus possible et de le rendre indépendant de toutes les autres attributions dont l'administration restera libre de disposer comme elle le jugera utile dans l'intérêt des services qui sont à sa charge.

Dr Brochin.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac

De la balano-posthite et du phimosis symptomatiques des chancres infectants (1).

(Leçons recueillies par M. Chevalier, interne du service)

X

N'avons-nous pas maintenant les éléments nécessaires pour résoudre la question du diagnostic?

La plupart du temps, messieurs, il est facile de distinguer l'une de l'autre les balano-posthites et les phimosis symptomatiques des deux espèces de chancres. Après tout ce que je vous ai dit, il serait superflu de revenir sur ce sujet. N'oubliez pas que si vous n'arriviez point à découvrir dans les phénomènes intrinsèques de ces balano-posthites, des signes suffisants pour lever vos doutes, la durée de l'incubation, quand il est possible de l'établir d'une façon précise, et surtout l'état des ganglions de l'aine, vous permettraient presque toujours d'obtenir une certitude absolue ou du moins un degré de probabilité qui en est très-voisin.

Mais je ne saurais trop vous conseiller de vous défier à la fois des balano-posthites les plus légères en apparence, et des balano-posthites graves qui s'accompagnent de phénomènes gangréneux avec destruction plus ou moins étendue du prépuce et du gland.

Les premieres sont extrêmement difficiles à diagnostiquer à leur début. Il en est ainsi, du reste, de toutes les autres variétés. Comment asseoir son jugement sur des bases un peu solides, si les hyperplasies chancreuses sont encore à l'état naissant et si l'adénopathie spécifique n'a pas eu le temps de se développer et d'arriver à maturité? En l'absence de ces deux signes, recherchez avec soin quelle a été la durée de l'incubation. Si tout vous démontre qu'elle a été au moins de quinze à vingt jours, craignez que la balano-posthite ne soit syphilitique.

Les phimosis et les balano-posthites syphilitiques bénignes, dont je vous ai cité un cas au commencement de ces leçons, sont loin d'être rares. J'ai la conviction que ces accidents ont été autrefois et qu'ils sont encore aujourd'hui une des causes les plus communes d'erreur en matière de diagnostic syphilitique.

Ces prétendues syphilis sans accident primitif deviennent de plus en plus rares, depuis qu'on a étudié d'une manière plus approfondie les caractères et les nombreuses variétés du chancre infectant. Mais combien de fois cependant n'arrive-t-il pas encore au médecin spécialiste de découvrir cette lésion initiale qu'un autre médecin, moins versé dans l'étude des maladies vénériennes, n'avait pas aperçue ou avait faussement interprétée.

Il en est des *échauffements externes* comme des *échauffements internes*. Bien souvent on est tout surpris de les voir suivis, au bout de deux ou trois mois, des accidents consécutifs de la syphilis.

On se tient en garde maintenant contre le chancre larvé ou uréthral, qu'on a si longtemps confondu avec une blennorrhagie légère, un *simple échauffement* uréthral.

Eh bien, messieurs, défiez-vous tout autant de ces échauffements externes, de ces inflammation balano-préputiales, si bénignes en apparence.

On les attribue trop légèrement, je vous le répète, à quelque cause banale d'irritation, tandis qu'elles sont, dans bien des cas, un des premiers phénomènes de l'intoxication syphilitique. Ne faites donc pas comme ces praticiens superficiels ou inexpérimentés qui se contentent de jeter un coup d'œil sur les parties malades, et qui n'y voyant qu'un peu de phimosis et de suintement séreux, renvoient leur client avec la certitude qu'il sera guéri en huit ou dix jours s'il prend des bains et s'il fait des lotions émollientes.

Oui, il peut être guéri, en effet, de l'accident local au bout de ce temps-là. Mais jugez de son étonnement et de la déception du médecin lorsque, quarante ou soixante jours après, la peau se couvre de taches ou de boutons de roséole, et les muqueuses de plaques syphilitiques.

Explorez toujours avec le soin le plus minutieux le limbe, le sillon et les aines; rendez-vous compte de la nature de l'écoulement; faites-vous raconter plusieurs fois et dans les plus grands détails comment et à quelle époque le phimosis s'est constitué; supputez le plus exactement que vous pourrez le temps qui s'est écoulé entre le coït infectant et l'apparition des premiers phénomènes de la balano-posthite et du phimosis. Enfin ne négligez aucune source d'information. Plus le cas est simple, plus il faut le tenir en suspicion.

XI

Une autre variété de balano-posthite excessivement insidieuse, c'est celle qui survient comme complication d'un *herpes preputialis*. Voici ce qui arrive : vous êtes consulté par un malade qui présente, sur le gland et sur la muqueuse du prépuce, des vésicules ou le plus souvent des érosions d'herpès, depuis quatre ou cinq jours. Il considère, bien entendu, cette éruption comme tout à fait insignifiante, et il ne vient consulter le médecin que pour l'acquit de sa conscience. Bientôt l'inflammation suscitée sur la muqueuse glando-préputiale par cette éruption herpétique, augmente et détermine une balano-posthite avec phimosis. Il s'écoule par l'orifice une grande

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 26-29 décembre 1874, 7, 28 janvier, 4 et 11 février 1875.

quantité de pus. Comment ne pas croire à un herpès vulgaire, survenu on ne sait pas trop pourquoi? Il y a peut-être quarante ou cinquante jours que le malade n'a pas vu de femme! Il est en pleine sécurité, et vous la partagez si vous n'avez devers vous cette expérience, qui conseille le doute ou fait concevoir des craintes trop souvent justifiées.

Le chancre herpétiforme, sur lequel mon ami le docteur Dubuc a appelé dernièrement l'attention, est déjà fort difficile à diagnostiquer, quand il évolue à ciel ouvert et qu'on peut chaque jour suivre les modifications dont il devient le siége. Jugez, s'il est facile de percevoir à travers le prépuce enflammé les petites indurations, parcheminées ou foliacées, qui se produisent peu à peu au-dessous des érosions! Mais, s'il en est ainsi, le diagnostic restera-t-il donc toujours obscur ou impossible? Faudra-t-il suspendre son jugement jusqu'à l'apparition des accidents généraux de la syphilis? Eh bien, messieurs, si cette réserve est forcée dans quelques cas exceptionnellement bénins, d'autres fois, au contraire, au bout d'un temps plus ou moins long, apparaissent quelques signes révélateurs, tels qu'une induration générale ou circonscrite du limbe, un cordon induré dans l'épaisseur du prépuce, l'œdème dur, etc., mais surtout l'adénopathie, qui peut être énorme, bien que d'une provenance très-légère. Car, pour vous le dire en passant, il n'existe aucune relation entre la gravité du chancre infectant et le développement plus ou moins considérable de son adénopathie satellite. J'ai vu des chancres infectants ulcéreux et phagédéniques, suivis des syphilis les plus malignes, qui n'avaient eu sur les ganglions de l'aine qu'un retentissement insignifiant et tout à fait incapable à lui seul de mettre sur la voie du diagnostic.

Ces balano-posthites avec phimosis symptomatiques des chancres herpétiformes, seraient aussi extrêmement difficiles à distinguer de la balano-posthite avec plaques muqueuses, si cette dernière affection ne survenait au milieu d'accidents consécutifs, muqueux et cutanés, qui fixent sa date et indiquent sa nature.

XII

D'autres balano-posthites, d'un diagnostic également très-ardu et très-délicat, ce sont les balano-posthites syphilitiques gangréneuses, quand on n'est appelé à les voir qu'après l'œuvre du processus. A ce moment, en effet, il ne reste plus rien de l'accident primitif; il a été détruit par le sphacèle. Vous n'en découvrirez que des vestiges vagues et insuffisants, au milieu des désordres produits par la gangrène. Sur quoi donc vous fonderez-vous pour établir le diagnostic? Je ne vois que deux circonstances qu'on puisse invoquer : 1° les commémoratifs, qui comprennent la longueur de l'incubation et l'histoire du processus des chancres et de leurs complications, avant que l'inflammation phlegmo-gangréneuse eût fait table rase de toutes les lésions spécifiques; 2° la présence dans les aines de l'adénopathie spécifique du chancre infectant.

Les commémoratifs sont-ils obscurs ou incertains, l'adénopathie ne présente-elle pas ses caractères pathognomoniques habituels? Réservez votre diagnostic et, par conséquent, votre pronostic. Il est impossible en pareil cas de dire s'il existait antérieurement un chancre simple ou un chancre infectant. L'inoculation, je vous l'ai souvent dit, ne serait ici d'aucun secours. En admettant, bien entendu, qu'on se bornât à la pratiquer au malade lui-même, et à lui seul, ce qu'on devra toujours faire.

Je vous disais, messieurs, que les ganglions inguinaux étaient presque toujours muets dans les balano-posthites gangréneuses. Il n'est pas douteux cependant que plusieurs de ces balano-posthites sont syphilitiques et suivies des accidents généraux de la maladie constitutionnelle. Pourquoi donc cette absence d'adénopathie spécifique? Ne serait-ce pas parce que l'inflammation érysipélato-gangréneuse agit à distance sur les ganglions indurés et exerce, comme elle le fait ailleurs, une action dérivative et dissolvante sur leurs engorgements hyperplasiques? (*A suivre.*)

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. A. AMUSSAT.

Traitement de l'épithélioma du col de l'utérus par la galvanocaustique thermique (1).

Tumeur cancéreuse de l'utérus; amputation du col faite avec le sécateur galvanique; cicatrisation.

Mme U..., âgée de quarante-trois ans, d'un tempérament lymphatique, d'une taille élevée et ayant assez d'embonpoint, s'est mariée en 1854. Elle a eu six enfants, dont trois sont vivants; le dernier a seize mois. Les règles ont reparu trois mois après l'accouchement, ensuite elle a perdu du sang tous les quinze jours, puis tous les dix jours, et enfin presque continuellement.

La malade exerce une profession qui l'oblige à être constamment debout.

Le 16 juin 1874, M. le docteur Desrivières me pria de l'examiner avec lui et de m'assurer s'il était possible de pratiquer une opération pour enlever une tumeur cancéreuse qu'elle portait sur le col de l'utérus. Un examen attentif me permit de conclure à la possibilité de faire la section du col au-delà des tissus paraissant envahis par la néoplasie. Il fut convenu que la malade garderait le lit, et qu'aussitôt après son époque l'opération serait pratiquée.

Le 23, Mme U... étant placée sur le bord de son lit, les pieds dans deux chaises, j'attirai la tumeur jusqu'au niveau de la vulve, et je la fis maintenir par un aide dans cette position. Je plaçai alors l'anse métallique du sécateur de manière à bien dépasser les limites tangibles de l'affection, puis j'isolai la canule double avec trois valves en buis, que je confiai à M. le docteur Desrivières. Tout étant ainsi disposé, je fis plonger l'appareil dans le bain et j'y opérai la section du col sans écoulement sanguin.

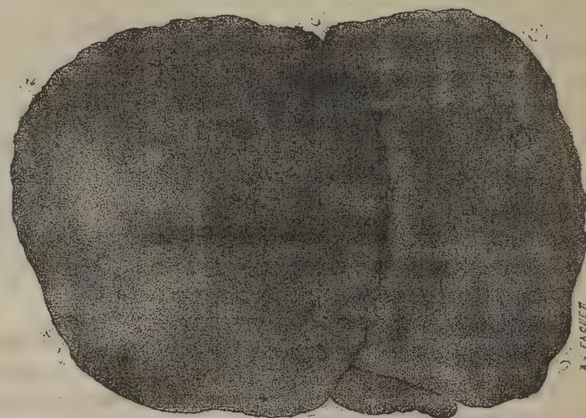


Fig. 4.

Il y eut, les premiers jours, de la sensibilité abdominale sans ballonnement; la fièvre traumatique commença le lendemain, à dix heures, et dura plusieurs jours en se maintenant dans des limites assez restreintes.

Le 5 juillet, j'examinai la malade au spéculum, et je constatai que les escarres étaient en voie d'élimination; il y avait un écoulement séro-purulent abondant, pour lequel je conseillai des injections avec de l'eau additionnée d'eau de Cologne.

Le 12, je trouvai une plaie ayant le meilleur aspect, et je permis à l'opérée de se lever.

(1) Fin. — Voir le numéro du 9 février.

Le 19, j'appris que les règles avaient paru à l'époque ordinaire et avaient duré deux jours ; l'écoulement menstruel avait été peu abondant.

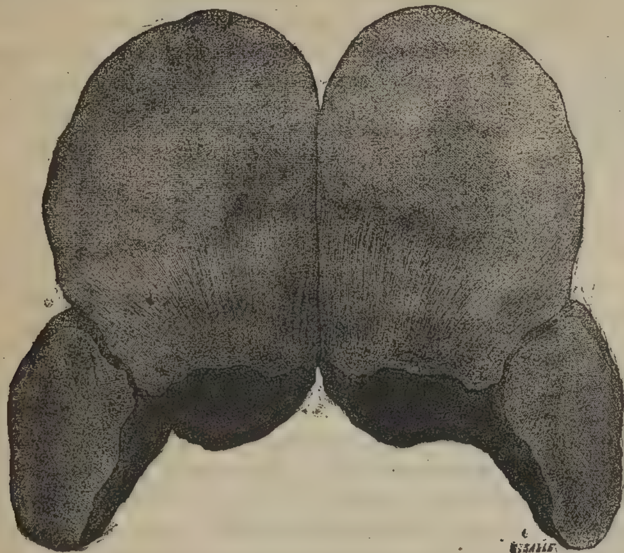


Fig. 5.

Au commencement du mois d'août, Mme U... ayant repris ses habitudes de vie ordinaire, je lui conseillai de placer un vésicatoire au bras gauche.

Le 8 octobre, j'appris que mon opérée avait repris son travail ; je trouvai une cicatrice rosée, et je ne sentis que des tissus normaux.

J'ai revu tout dernièrement Mme U..., qui jouit d'une excellente santé. L'exutoire placé au bras gauche est entretenu soigneusement.

Tumeur carcinomateuse de l'utérus; ablation faite avec le sécateur galvanique; cicatrisation incomplète.

Mme M..., née à Montereau, est âgée de quarante ans ; d'un tempérament lymphatique et très-grasse, elle a vu paraître ses règles à seize ans et demi. La menstruation s'est établie très-difficilement, a toujours été peu abondante et le sang peu coloré. Elle a perdu son père hydropique ; sa mère est vivante, mais elle souffre d'un catarrhe pulmonaire chronique.

Mariée a trente et un ans, elle n'a pas eu d'enfants. A l'âge de dix-huit ans, elle eut une pneumonie dans les premiers jours de son séjour à Paris ; depuis lors elle a joui d'une assez bonne santé. Dans l'automne de 1873, elle s'aperçut qu'elle avait une leucorrhée assez abondante, et qui augmenta malgré l'emploi d'injections astringentes de toutes espèces jusqu'au mois de juillet 1874.

A cette époque, les règles devinrent plus abondantes et durèrent d'abord huit jours, puis quinze et même vingt. Au commencement d'octobre, elles furent très-abondantes, mais ne durèrent que huit jours. Ce fut alors qu'elle vint me consulter de la part de M. le docteur Sergent.

En l'examinant, je trouvai une tumeur cancéreuse du col, dont il ne fut pas possible de déterminer exactement les limites, à cause de l'embonpoint de la malade ; mais, comme les culs-de-sac du vagin n'étaient pas envahis par la néoplasie, je pensai que l'on pouvait réséquer le col à sa base et ensuite en cautériser le centre si l'affection l'avait envahi. Il fut convenu que l'opération serait faite promptement, les règles ayant cessé depuis quelques jours.

Le 17, Mme M... étant placée sur le bord de son lit, les pieds dans deux chaises, fut anesthésiée avec du chloroforme par M. le docteur Jaubert. Quand l'insensibilité fut complète, je saisis la tumeur avec des pinces de Museux, je l'abaissai un peu, et je confiai l'instrument à M. le docteur Sergent. Je saisis alors le col à sa base dans l'anse métallique de mon sécateur galvanique, dont la canule double était entourée d'un tube de carton, puis j'isolai les parties voisines avec des valves en buis. Tout étant ainsi disposé, je mis le sécateur en rapport avec une pile chirurgicale, et j'opérai la section lentement et sans écoulement sanguin.

Le 18, Mme M... avait 130 pulsations et se plaignait de douleurs dans la fosse iliaque gauche, le ventre était souple et indolore dans les autres régions. Je conseillai d'appliquer des cataplasmes sur le côté gauche, la diète et des boissons abondantes.



Fig. 6.

Le 20, l'abdomen était bien, si ce n'est dans le côté gauche, dont la malade se plaignait encore ; 120 pulsations, 38°5. J'appris qu'elle avait eu, la veille, du frisson, mais pas depuis. Elle avait eu de la fièvre à neuf heures, puis à cinq heures. Je conseillai 50 centigrammes de sulfate de quinine.



Fig. 7.

Le 21, Mme M... a eu de la fièvre seulement à cinq heures du soir ; continuer le sulfate de quinine. L'abdomen était souple et indolore, excepté à gauche, où il existait encore un peu de douleur ; cataplasmes. Taches séreuses sur la serviette placée entre les cuisses ; alimentation légère.

Le 23, la malade, qui n'avait pas eu de fièvre depuis le 21, en a eu un peu le soir. Continuer le sulfate de quinine en diminuant la dose.

Le 25, j'appris que Mme M... n'avait plus eu de fièvre depuis ma dernière visite; elle ne se plaignait plus du côté gauche. Cesser le sulfate de quinine et les cataplasmes. Taches séro-purulentes sur la serviette. Augmenter l'alimentation.

Le 27, j'appris que, la veille, la malade avait trouvé quelques taches de sang dans la serviette ; aujourd'hui les taches étaient purulentes seulement. Alimentation ordinaire.

Le 31, Mme M... allant très-bien, je lui permis de se lever, et je l'engageai à ne pas se fatiguer.

Le 3 novembre, les règles vinrent à l'époque ordinaire et furent peu abondantes.

Dès qu'elle ne vit plus de sang, je l'examinai et je trouvai, au fond du vagin, une coupe très-lisse du tissu cancéreux occupant tout le col, sauf le vagin. Je l'engageai à ne pas reprendre encore sa profession de vernisseuse, qui l'oblige à se tenir constamment debout, à bien se nourrir et à faire des injections avec de l'eau additionnée d'un peu d'eau de Cologne.

Le 3 décembre, je l'examinai de nouveau, et je trouvai une cicatrice presque complète du vagin au-devant de la néoplasie. Je lui permis alors de reprendre son travail.

Un abaissement de l'utérus, suffisant pour passer au-dessus de la tumeur une aiguille courbe en acier, ou mieux en ivoire, afin de ne pas s'exposer à faire dévier le courant ; et placer au-dessus une ligature ordinaire ou un tube en caoutchouc offrent les avantages incontestables de faire l'amputation du col dans un point bien déterminé et de sectionner rapidement. Mais si l'on réfléchit que, d'une part, cet abaissement est quelquefois

impossible, et que, d'autre part, il expose à la péritonite, on comprendra l'hésitation du chirurgien pour cette manœuvre. L'observation m'a appris que, pendant que le fil coupe le col, celui-ci étant conique et l'utérus tendant à remonter, la section a lieu en cône ; pour y remédier, j'ai, comme on l'a vu dans la relation des deux derniers faits, fixé la tumeur et placé l'anse métallique à une hauteur déterminée, puis, en maintenant le sécateur dans une position fixe, j'ai fait la section au point voulu.

Chez la malade qui fait le sujet de la dernière observation, l'espoir de ne rencontrer la néoplasie que dans le centre du col et de pouvoir l'y détruire par la cautérisation ayant été déçu, cette malade ne retirera pas d'avantage de l'opération qu'elle a subie.

Les quatre premières malades dont j'ai donné les observations, quoique dans de bonnes conditions, sont encore de dates trop récentes pour que l'on puisse rien conclure. Néanmoins, comme deux de celles que j'ai citées dans mon premier mémoire sont bien portantes, il m'est permis d'espérer qu'il en sera de même pour les autres. On a sans doute remarqué que l'exutoire placé au bras gauche est généralement entretenu avec soin ; or je compte beaucoup sur ce moyen pour assurer la guérison de ces opérées, ou tout au moins pour retarder une récidive.

DE L'ICTÈRE GRAVE

Par le docteur H. Mollière, ancien chef de clinique de l'école de médecine de Lyon.

Conclusions : — On doit séparer avec soin des ictères graves l'atrophie jaune aiguë du foie, qui a des caractères bien tranchés qui permettent de la rapprocher du typhus et des maladies infectieuses. — Sous le nom d'ictère grave, on doit comprendre les phénomènes dus à l'entrée plus ou moins brusque des principes acides de la bile dans le sang (cholémie), et non point ceux qui sont consécutifs à la suppression des fonctions de cet organe (acholie). — Ces deux processus bien différents, et trop confondus jusqu'ici par les auteurs classiques, s'observent aussi fréquemment l'un que l'autre. — Le premier est très-aigu, le second affecte une marche beaucoup plus lente. — Sur ce point, les observations cliniques viennent sanctionner entièrement les résultats de l'expérimentation physiologique.

(*Lyon médical.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 février 1875. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATION

Gaz de l'intestin. — M. LEVEN a entrepris une série de recherches sur la production et la composition des gaz de l'intestin.

Dans une précédente séance, il avait fait connaître les résultats de ses expériences sur ce sujet. Il a cherché à démontrer que les gaz qu'on trouve dans l'intestin d'un animal, après sa mort, ne proviennent pas des réactions des aliments les uns sur les autres, comme le pensent les physiologistes; qu'aucun aliment ne fermente et que le terme ferment ne peut pas être appliqué à la pepsine, attendu que celle-ci, au lieu de se comporter comme les ferments, possède une action fixe proportionnelle et modifie l'état physique des aliments pour les rendre absorbables. M. Leven a d'abord étudié les gaz de l'estomac et de l'intestin grêle sur un chien à jeun ou nourri avec de la viande, des aliments indigestes, ou affecté de péritonite. Il n'a jamais rencontré de gaz inflammable; les seuls gaz qu'il ait trouvés sont l'oxygène, l'azote et l'acide carbonique. Il a constaté une moindre quantité de gaz chez le chien nourri avec de la viande que chez le chien à jeun, moins encore chez le chien en état de dyspepsie et moins encore chez le chien atteint de péritonite. Il n'existe aucune relation entre la nature des aliments et la quantité de gaz.

Pour M. Leven, le météorisme est le résultat, non pas des gaz, mais de la distension paralytique. Les animaux météorisés meurent par distension des viscères abdominaux et par asphyxie, par la paralysie des fibres musculaires de l'intestin et non par pléthore de gaz.

M. Leven, dans cette dernière séance, communique les résultats d'expériences comparatives qu'il a entreprises depuis sur l'intestin grêle et le gros intestin.

Il conclut de ces expériences que le gros intestin n'a aucune propriété digestive. C'est donc une profonde erreur de croire que l'on peut nourrir les malades avec des lavements. L'intestin grêle et le gros intestin constituent des milieux tout à fait différents. Dans l'un les aliments sont digérés, dans l'autre ils sont seulement décomposés. M. Leven n'a jamais trouvé d'hydrogène, ni d'hydrogène protocarboné dans l'intestin grêle. Ses expériences ont été répétées par M. Fouquet, au Collége de France, et cet habile chimiste est arrivé aux mêmes résultats.

M. BERT dit avoir plusieurs fois trouvé, dans l'intestin grêle des chiens, de l'acide carbonique en quantité considérable et parfois aussi de l'hydrogène. Mais il admet qu'il ne se fait pas de fermentation putride dans la digestion intestinale.

M. Bert fait observer que si, d'une part, on a trouvé parfois de l'hydrogène et de l'hydrogène proto-carboné dans l'intestin grêle et que, d'autre part, M. Leven n'en ait pas trouvé, il n'y a là qu'une contradiction apparente et qui peut s'expliquer par ce fait que, dans les cas où il a été trouvé de l'hydrogène et de l'hydrogène proto-carboné dans l'intestin grêle, il est probable qu'on n'a pas pris les précautions nécessaires pour empêcher ces gaz d'être refoulés du gros intestin, où certainement ils se forment, dans l'intestin grêle.

Bromure d'éthylène. — M. RABUTEAU met sous les yeux de ses collègues un liquide incolore, d'une odeur agréable rappelant celle du chloroforme, d'une densité considérable, et qui n'est autre que du bromure d'éthylène préparé par lui. Ce corps, connu d'ailleurs depuis longtemps, s'obtient facilement en faisant passer un courant d'éthylène dans du brome. Il bout à 130 degrés, se solidifie à + 10 degrés ; il est insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et l'éther.

M. Rabuteau a expérimenté ce corps sur lui-même et sur les animaux. Il en a respiré lui-même une certaine quantité ; à la suite de ces inhalations, son pouls s'est notablement abaissé, et il est resté près de deux minutes sans pouvoir respirer librement. Il en a fait respirer pendant longtemps à un chien et à un cobaye. Il n'a pas produit d'anesthésie, mais ces animaux sont morts après avoir présenté un ralentissement de la circulation et s'être refroidis. Rien de particulier n'a pu être constaté à leur autopsie.

M. Rabuteau conclut de ces expériences que ce corps n'est pas un anesthésique, mais paraît devoir être un antispasmodique.

Strychnine et curare. — M. DUPUY a fait, sur les grenouilles, des expériences qui prouvent de nouveau que la strychnine et le curare ne produisent pas les mêmes effets sur le système nerveux de ces animaux, comme l'ont soutenu MM. Martin-Magron et Bouisson :

1° Une grenouille à laquelle on administre une très-forte dose de strychnine est prise de violentes convulsions tétaniques, puis tombe dans un état de complète résolution. Si alors on irrite les membres postérieurs, on ne réveille pas de contractions musculaires ; mais, si l'on met à nu le nerf sciatique et qu'on l'irrite directement, on voit aussitôt se contracter les muscles auxquels se rend ce nerf.

2° Si l'on applique une ligature sur la région lombaire d'une grenouille, de façon à isoler tout le train postérieur, en respectant les nerfs lombaires, et qu'on lui administre ensuite de fortes doses de strychnine, l'animal est pris de convulsions générales, de tétanisation et tombe ensuite dans la résolution ; si, à ce moment, on met à nu un nerf sciatique et qu'on l'irrite, on produit des contractions dans la patte qu'anime ce nerf.

3° Si l'on découvre et si l'on sépare le nerf sciatique très-haut sur une grenouille, qu'on le protége, en enveloppant de papier buvard son bout périphérique, qu'on administre ensuite une forte dose de strychnine, et qu'après les deux périodes de tétanisation et de résolution l'on irrite le bout périphérique du nerf découvert, on produit toujours des contractions musculaires dans le membre correspondant.

M. Dupuy conclut de ces expériences que le chlorhydrate de strychnine n'agit pas comme le curare, en paralysant les plaques terminales des nerfs moteurs, mais bien que la moelle, par suite des violentes contractions dont elle a été le point de départ, perd par épuisement son excitabilité et est impuissante à propager jusqu'aux muscles la force qui les fait se contracter.

M. CLAUDE BERNARD dit que c'est à tort qu'on a soutenu que le curare et la strychnine étaient une même substance. Leurs effets sont tout différents, un animal tué par le curare ne fait plus aucun mouvement; un animal tué par la strychnine peut encore être doué de mouvement. Toutefois le caractère signalé par M. Dupuy peut manquer, surtout en été, où les contractions s'obtiennent plus difficilement. Suivant M. Cl. Bernard, il n'y a qu'un seul caractère qui permette d'une façon absolue de faire la distinction ; c'est le suivant : Si, faisant une ligature des vaisseaux de telle sorte que le train postérieur de l'animal ne communique plus avec le reste du corps que par les nerfs, on administre le curare, on n'obtient jamais de convulsions dans ce train postérieur, et la sensibilité y est conservée; si, dans les mêmes conditions, on administre de la strychnine, on obtient des convulsions et, quand elles ont cessé, il n'existe plus aucune trace de sensibilité. L'action du curare est donc l'inverse de celle de la strychnine. La strychnine agit d'abord sur les nerfs sensitifs, puis sur les nerfs moteurs; le curare, au contraire, agit d'abord sur les nerfs moteurs, puis sur les nerfs sensitifs.

M. JOLYET fait une communication sur la physiologie de la mastication chez les rongeurs.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 janvier 1875. — Présidence de M. PETER (1).

Je vous ai lu une observation fertile en enseignements pratiques. Il s'agit d'une dame qui eut, au début d'une quatrième grossesse, des douleurs lombaires et abdominales, accompagnées d'une leucorrhée énorme, d'abord inodore, puis fétide quelque temps après. On peut constater une tumeur fibreuse faisant procidence dans le vagin. Par sa présence, cette tumeur provoquait le travail de l'accouchement et s'opposait à la sortie du fœtus par son développement; elle était grosse comme un gros œuf d'autruche. Pendant vingt et un jours on put, par des lavements de chloral associé au laudanum, suspendre le travail. Pendant cette trêve, la tumeur se ramollit, la leucorrhée était devenue extrêmement fétide et l'accouchement eut lieu spontanément, ainsi que la délivrance; la tumeur fibreuse qui faisait saillie dans le vagin aplatie, ramollie, fut réséquée d'un coup de ciseaux.

Le lendemain, une légère traction attira le reste, puis, dans les suites de couches, deux autres tumeurs furent, à deux jours d'intervalle, à la suite d'une contraction utérine expulsées spontanément.

De cette observation j'ai pu tirer les déductions suivantes :

1° Qu'une leucorrhée très-abondante inodore, incolore, accompagnée de douleurs lombaires et abdominales, peut faire supposer l'existence d'un fibrome intra-utérin chez une femme enceinte.

2° Qu'on doit tout faire pour enrayer le travail pour donner le temps à la tumeur de se ramollir.

3° Que la fétidité de la leucorrhée indique un ramollissement de la tumeur.

4° Que tant que la vie de la femme n'est pas compromise, on doit savoir attendre, parce que souvent la nature fait à elle seule tous les frais de la guérison.

En dernier lieu, nos deux collègues, qui s'occupent si habilement d'ophthalmologie, MM. Abadie et Camuset nous ont fait des communications des plus instructives, M. Abadie en nous lisant une petite note sur l'examen ophthalmoscopique du fond de l'œil comme signe de la mort réelle, M. Camuset en développant sa méthode de traitement de la hernie de l'iris par les incisions répétées et, dans une autre séance, notre collègue nous lut la relation d'un voyage qu'il venait de faire en Espagne. Vous vous rappelez tous, messieurs, cette brillante et très-spirituelle notice sur l'état de l'ophthalmologie dans le pays transpyrénéen.

Me voilà, messieurs, arrivé au bout de ma tâche, trop heureux si j'ai pu faire repasser sous vos yeux tous les travaux remarquables de la société pendant l'année 1874; mais je ne veux pas quitter le bureau sans remercier ceux de mes collègues qui avaient cru que je pouvais rendre encore à la société quelques services. J'ai la conscience, dans les circonstances difficiles où nous nous sommes trouvés, d'avoir, comme secrétaire général, employé tout mon zèle et toute mon intelligence pour aider au relèvement de notre société, et j'ajouterai, d'y avoir réussi.

M. PETER, avant de quitter la présidence, remercie ses collègues du concours bienveillant qu'ils lui ont donné pendant l'année 1874.

M. GALLARD prend ensuite possession du fauteuil et prononce le discours suivant :

Messieurs, ma première parole en prenant place à ce fauteuil doit être l'expression d'un sentiment de reconnaissance pour l'insigne honneur que vous m'avez fait lorsque vous m'avez jugé digne de l'occuper. Je n'ignore aucun des devoirs que m'impose ce poste parfois difficile et périlleux, mais je compte sur votre affectueuse estime pour me faciliter l'accomplissement de ma tâche. Je pourrai, du reste, m'inspirer des traditions laissées par mes honorables prédécesseurs, qui depuis bientôt quatre-vingts ans ont dirigé avec tant de distinction et de succès les travaux de notre société.

La Société de médecine est, nous ne devons pas l'oublier, la plus ancienne de toutes les associations médicales actuellement existantes à Paris, et parmi lesquelles elle a toujours occupé un rang des plus honorables. Elle a, comme tant d'autres, traversé des fortunes diverses et, à un moment même, nous avons pu craindre que son existence ne fût sérieusement compromise, par les violentes secousses survenues à la suite des calamités qui, de toutes parts, avaient accablé notre malheureux pays.

Grâce à votre énergie et à votre dévouement, elle a pu échapper à cette crise redoutable et nous lui avons vu reprendre une vitalité nouvelle au moment même où un certain nombre de sociétés plus récemment fondées périclitaient à ce point que plusieurs ont été forcées de se dissoudre. Quelques-unes de ces sociétés sont encore menacées, que nous regretterions vivement de voir disparaître et auxquelles il ne serait certainement pas impossible de porter un secours efficace. Il suffirait pour cela que la Société de médecine de Paris, invoquant son droit d'aînesse, leur offrît de se rattacher à elle par les liens d'une solidarité confraternelle qui leur permettrait de participer à sa prospérité, tout en lui apportant de nouveaux éléments de travail et de succès. Je ne puis songer à indiquer comment et par quelles voies il serait possible d'arriver à un pareil résultat. Une étude approfondie de la question pourrait seule nous faire trouver un moyen pratique de la résoudre. Mais quelques indications permettent de prévoir par quelles combinaisons simples et faciles cette solution pourrait être obtenue. On est en droit de supposer, en effet, que toutes ces sociétés, trop nombreuses certainement, qui poursuivent le même but, le progrès de la science et le perfectionnement de l'art; qui s'efforcent de l'atteindre à l'aide des mêmes moyens, l'association du travail et des intelligences, auraient eu plus de chances de l'atteindre si, poussant encore plus loin l'application féconde du principe qui fait la force, elles parvenaient à grouper en un seul faisceau plus compacte toute les forces isolées dont elles disposent séparément. Cette fusion s'opérerait d'autant plus aisément que bien des membres, et des plus laborieux, des plus actifs, et des plus assidus aux séances,

(1) Fin. — Voir le numéro du 16 février.

appartiennent à la fois à plusieurs de ces sociétés également méritantes. Plusieurs d'entre elles pourraient se fonder en une seule société dont les séances devenues communes gagneraient en importance et les discussions en autorité par le concours plus nombreux de membres actifs. D'autres conserveraient leur entière autonomie et ne se rattacheraient au groupe central que par une sorte de lien fédéral; de ce nombre pourraient être les sociétés d'arrondissement, qui s'occupant autant d'intérêts professionnels que de travaux scientifiques, cherchent en ce moment le moyen de s'associer pour arriver à une entente commune. »

A vous de juger, messieurs, si la Société de médecine de Paris doit entrer dans ce mouvement, qui tend à rapprocher les diverses sociétés scientifiques de la capitale. Votre président, après vous avoir laissé entrevoir ses aspirations à cet égard, doit s'arrêter en attendant que vous lui dictiez la voie dans laquelle il vous conviendra de vous engager, et il vous convie à reprendre, sans plus tarder, le cours de vos travaux scientifiques, dont il lui appartient moins qu'à tout autre de chercher à vous distraire. Mais, auparavant, il lui reste un devoir à remplir, c'est de vous proposer de voter des remercîments à ceux de nos honorables collègues qui ont fait partie du bureau pendant l'année qui vient de s'écouler, et plus spécialement à notre ancien président M. Peter, et ainsi qu'à notre ancien secrétaire général M. Charrier, dont le zèle pourra être égalé, mais non dépassé.

M. GILETTE lit le discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. le docteur Boys de Loury. (Voir notre numéro du 12 janvier.)

Le discours de M. le secrétaire général est envoyé au comité de publication.

LECTURE

M. DEHOUX lit un travail sur la méthode de traitement des plaies et des fractures de M. le docteur William Therhrer (de New York).

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Dehoux de sa communication.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le secrétaire annuel : Dr LEMOISNE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Académie des sciences. — Prix Morogues. — Feu M. de Morogues a légué, par son testament en date du 25 octobre 1834, une somme de *dix mille francs,* placée en rentes sur l'État, pour faire l'objet d'un prix à décerner *tous les cinq ans,* alternativement : par l'Académie des sciences physiques et mathématiques à *l'ouvrage qui aura fait faire le plus grand progrès à l'agriculture en France,* et par l'Académie des sciences morales et politiques, au *meilleur ouvrage sur l'état du paupérisme en France et le moyen d'y remédier.*

Une ordonnance en date du 26 mars 1842 a autorisé l'Académie des sciences à accepter ce legs.

L'Académie rappelle qu'elle décernera ce prix, en 1883, à l'ouvrage remplissant les conditions prescrites par le donateur.

Les ouvrages, *imprimés ou écrits en français,* devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1883.

Conditions communes à tous les concours. — Les concurrents, pour tous les prix, sont prévenus que l'Académie ne rendra aucun des ouvrages envoyés au concours; les auteurs auront la liberté d'en faire prendre des copies au secrétariat de l'Institut.

Par une mesure générale prise en 1865, l'Académie a décidé que la clôture des concours pour tous les prix qu'elle propose aurait lieu à la même époque de l'année, et le terme a été fixé au *premier juin.*

L'Académie juge nécessaire de faire remarquer à MM. les concurrents pour les prix relatifs à la médecine et aux arts insalubres :

1° Qu'ils ont expressément pour objet des *découvertes* et *inventions* propres à perfectionner la médecine ou la chirurgie ou à rendre un art moins insalubre;

2° Que les pièces adressées pour le concours n'auront droit aux prix qu'autant qu'elles contiendront une *découverte parfaitement déterminée* et une application bien constatée;

3° Que l'auteur doit indiquer, par une analyse succincte, la partie de son travail où cette découverte se trouve exprimée, et que, faute de cette indication, sa pièce ne sera point admise. Cette analyse doit être en double copie.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés :

Officiers de l'instruction publique : MM. Diacon, professeur à l'école de pharmacie de Montpellier; — Jacquemin, professeur à l'école de pharmacie de Nancy; — M. Oré, professeur à l'école de médecine de Bordeaux; — Poiré, secrétaire agent comptable de l'école de médecine d'Amiens.

— La Société de biologie vient de décerner le prix Godard à M. H. Duret, pour ses recherches sur la circulation du système nerveux cérébro-spinal. Des mentions honorables sont accordées à MM. Bochefontaine et Troisier.

— M. Albert (et non Arthur) Bergeron est l'auteur du travail sur la question des générations spontanées, signalé par M. Pasteur dans la dernière séance de l'Académie de médecine.

— La vente de la bibliothèque et des instruments de chirurgie et d'obstétrique de feu M. le docteur Auguste Belin aura lieu les 26 et 27 février 1875 et jours suivants s'il y a lieu, à une heure de l'après-midi, rue du Four Saint-Germain, n° 25.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 27 févier 1875, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° Cas de polysyndactylie chez un adulte, par M. le docteur de Beauvais. — 2° Observation de varices de la paroi abdominale à la suite d'un traumatisme, par M. le docteur de Beauvais. — 3° Rapport sur le travail de M. Mauriac (synovites tendineuses à la suite de la blennorrhagie et de la syphilis), par M. de Saint-Germain. — 4° Lecture (à l'appui de sa candidature), sur deux cas d'asphyxie, par M. le docteur G. Bergeron.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 23. — JEUDI 25 FÉVRIER 1875. 48e ANNÉE. JEUDI 25 FEVRIER 1875. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

En écoutant hier le rapport de M. Blot sur le service de la vaccine, comme en entendant dernièrement le travail de M. Hervieux sur la vaccine et la variole, nous nous reportions par la pensée à cette grande conférence médicale de Paris, où furent si bien résolues des questions jusqu'alors pendantes, où l'on en a soulevé tant d'autres(qui reparaissent aujourd'hui.

Les objections que M. Blot vient de faire à l'emploi des tubes, surtout en ce qui touche le vaccin de génisse, M. Sirac (de Montauban) les présentait alors en ces termes : « Le cow-pox est un liquide clair composé de sérosité et de principe virulent vaccinal ; en le faisant passer par des tubes capillaires, on en enlève la partie la plus fluide du contenu des pustules, celle qui contient le moins de principe actif ; pour en avoir une goutte assez forte, on comprime avec des pinces la base de chacune d'elles, et l'on ne peut faire autrement. Ce qui fait que la partie du liquide plus épais qui reste sur chaque pustule est, *comme je l'ai souvent expérimenté,* la partie la plus active, prise en raclant avec la lancette, celle qui donne le meilleur résultat. » On le voit, il y avait déjà un commencement de preuve expérimentale ; ce n'était plus une simple hypothèse, une assertion toute gratuite. Et ce fait cadrait bien avec cet autre fait, mis absolument hors de doute par une multitude de témoignages à la *conférence de Paris,* que le vaccin de génisse, peu visqueux, se conserve fort mal en tubes comme en plaques. On se plaignait de toutes parts du vaccin reçu de l'Académie, alors que c'était du vaccin de génisse. Hier encore, M. le baron Larrey, se reportant à cette époque, se faisait l'écho de ces plaintes. Mais elles sont devenues maintenant sans objet, car on est depuis lors pratiquequement convaincu de la grande supériorité du vaccin d'enfant, bien préférable au point de vue de la conservation, et l'Académie n'en envoie pas d'autre. On sait aussi qu'il faut le prendre sur les boutons d'une première vaccination, car, ainsi que l'a établi M. Leduc (de Versailles), dans une lecture très-applaudie à la conférence médicale, le vaccin dégénère sur les individus qu'on revaccine, et il deviendrait tout à fait inerte après quelques revaccinations successives.

Il est donc facile de retrouver dans les travaux de la *conférence médicale* tous les éléments du rapport et de la courte discussion qui a suivi, car les faits de varioles doubles, ceux de vaccinations réussies sur des individus marqués de petite vérole, les détails de toute nature sur le service de la vaccine en province et sur les réformes désirables, n'y ont pas manqué.

Rien ne vaut ces grandes assises pour rassembler, en peu de temps, des documents considérables et éclairer une question de pratique.

Quant aux discussions doctrinales, leur meilleur milieu est encore l'Académie de médecine. Nous augurons très-bien de celle que M. Pasteur a provoquée sur ses doctrines. Déjà l'Académie a retrouvé son zèle, son animation d'autrefois. Elle ne s'est formée en comité secret qu'à cinq heures et demie. L'auditoire était très-nombreux et très-attentif.

A tous les points de vue, en effet, la question est intéressante. Que n'a-t-on pas déjà basé en médecine sur les studieux travaux de M. Pasteur! Nous avons vu les théories de M. Dervaine et de bien d'autres, les procédés chirurgicaux de M. A. Guérin, Lister, etc. Et cependant M. Bouillaud a eu raison de dire que l'opinion publique reste hésitante. On se demande : 1° si la putréfaction est bien une fermentation proprement dite, exigeant un ferment spécial ; 2° si ce ferment spécial a bien la forme de vibrions ou de bâtonnets ; 3° s'il vient toujours de germes répandus dans l'atmosphère ; 4° si la présence de ces particules mouvantes est toujours l'indice d'une putréfaction, au moins commencée. La discussion a fort bien débuté, car elle a déjà nettement dégagé ces premiers problèmes ; on a religieusement écouté les beaux discours de MM. Bouillaud et Gosselin, les observations si judicieuses de MM. Chauffard, Pasteur et Colin : bien que la séance eût été longue, on se séparait avec regret.

L'Académie avait perdu bien peu de temps en scrutins d'élection. Dès le premier tour, M. Empis avait obtenu une majorité que le mérite exceptionnel de ses concurrents rendait encore plus honorable.

Dr Victor REVILLOUT.

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. LETENNEUR.

Fibrôme ossifiant du maxillaire supérieur. — Ablation du maxillaire et de l'os malaire (1).

Le jeune V..., Henri, âgé de onze ans, m'a été amené de Sainte-Hermine (Vendée), pour une tumeur volumineuse occupant tout le côté gauche de la mâchoire supérieure. J'ai fait entrer cet enfant à

(1) Communiqué à la Société de chirurgie et inséré dans ses *Bulletins et Mémoires.*

la clinique, salle Saint-Louis, où, après quelques jours d'observation, je lui ai fait l'ablation du maxillaire malade, le 23 avril 1874.

Le début du mal remonte à trois ans. Alors, une pierre lancée avec force vint frapper V..., au visage, au dessous de la partie interne de l'orbite gauche et fit à la peau une blessure de peu d'étendue. L'écoulement fut insignifiant, mais la douleur fut vive au moment du choc et se prolongea quelque temps. On avait oublié cet accident lorsque, dix-huit mois plus tard, c'est-à-dire dans l'automne de 1872, on s'aperçut que le côté gauche du visage augmentait de volume sans que pourtant l'enfant accusât la moindre douleur. Depuis ce moment le mal n'a cessé de faire des progrès. Notre jeune malade jouit d'une bonne santé habituelle, et le développement de sa tumeur ne paraît pas avoir eu d'influence fâcheuse sur son état général.

La physionomie offre quelque chose de hideux; la joue est fortement repoussée en avant, la commissure labiale abaissée d'un centimètre, l'aile du nez attirée en bas et en dehors est complétement aplatie; l'œil est repoussé en haut et fait saillie hors de l'orbite. Une ligne horizontale passant par le milieu du globe de l'œil correspond au sourcil du côté opposé. L'occlusion des paupières est possible; mais la paupière supérieure s'est singulièrement amincie et est devenue transparente. Quand cette paupière est abaissée, on distingue très-bien la cornée à travers ses parois. Malgré le tiraillement et l'allongement du nerf optique, la vision est conservée et à peine affaiblie. Il y a un peu d'épiphora sous l'influence du vent ou du froid. La tumeur, en avant et en dehors, est assez uniformément arrondie et d'une consistance osseuse; les parties molles glissent sur sa surface qui est lisse. Cette tumeur se prolonge, en haut, vers l'orbite dont elle remplit une partie de la cavité, ce qui cause l'exophthalmie. De même que la peau du visage, la muqueuse buccale a conservé son aspect normal; dans le cul-de-sac labio-gengival, elle est très-mobile, et on la déplace facilement sur la surface osseuse.

La tumeur proémine du côté de la cavité buccale et refoule en bas la voûte palatine. En ce point, la dureté osseuse est moins caractérisée que partout ailleurs; on constate, en pressant fortement, que les tissus se laissent un peu déprimer.

L'arcade dentaire n'offre pas d'abaissement notable, mais elle est repoussée en dehors et les dents molaires sont éloignées de la ligne médiane d'un centimètre au moins de plus que celles du côté sain.

Les incisives, écartées les unes des autres, sont déviées en avant. La narine un peu rétrécie laisse cependant passer l'air assez facilement. Enfin la tumeur ne proémine pas du côté du pharynx.

L'aspect de la tumeur, sa consistance, l'absence de douleur, l'intégrité des parties molles éloignaient l'idée d'une tumeur maligne, et j'hésitais entre une exostose et une production de nature difficile à préciser, développée dans l'intérieur de l'os dont elle se serait enveloppée comme d'une coque. J'avoue que j'inclinais surtout vers l'idée d'une exostose; l'événement m'a prouvé que je me trompais.

L'opération fut faite d'après le procédé que j'emploie depuis vingt ans, au moins, et qui m'a donné toujours les résultats les plus satisfaisants. J'ai eu occasion, à propos de l'ablation des polypes naso-pharyngiens, d'exposer à la Société de chirurgie les avantages de ce procédé que j'avais déjà décrit avec soin en 1856, en publiant une première opération de polype naso-pharyngien.

Laisser au visage une cicatrice aussi peu apparente que possible et obtenir cependant une large voie pour attaquer les tumeurs des narines et du pharynx et pour enlever l'os maxillaire tout entier, tel est le mérite de ce procédé.

Une incision, partant de l'insertion du tendon de l'orbiculaire, descend vers l'aile du nez qu'elle contourne et se termine en divisant la lèvre supérieure sur la ligne médiane. Cette incision permet d'éviter tous les filets du nerf facial, sauf celui qui anime le releveur de l'aile du nez.

L'aile du nez est détachée; puis un large lambeau, formé par la lèvre et la joue et comprenant le périoste à sa face interne, est relevé jusqu'au bord orbitaire. Le périoste du plancher de l'orbite est alors décollé, après quoi il est facile de passer la scie à chaîne dans la fente sphéno-maxillaire et de scier l'os malaire.

Chez mon petit malade, pour atteindre plus facilement le plancher de l'orbite soulevé et déformé, j'ai dû faire une incision supplémentaire d'un centimètre environ, commençant à l'angle supérieur de la plaie et se perdant dans les plis de la paupière inférieure.

Avant de diviser la voûte palatine osseuse sur la ligne médiane, j'ai décollé, au moyen de la spatule, toute la couche fibro-muqueuse de cette voûte, depuis l'arcade alvéolaire jusqu'à la base du voile du palais, de manière à pouvoir obturer du côté de la bouche la vaste cavité que l'ablation de l'os allait produire. J'ai donc fait une ablation sous-périostée du maxillaire supérieur.

L'opération se termina sans incident notable; cependant, un de nos confrères me faisant remarquer que la coupe de l'os malaire offrait, sur certains points, une teinte grisâtre un peu suspecte, je crus prudent d'enlever le reste de l'os, ce que je fis en le désarticulant d'avec le coronal et l'apophyse zygomatique.

Après avoir touché avec le cautère actuel quelques artérioles qui donnaient du sang, je mis de petites boulettes de charpie dans le fond de la plaie, et je procédai aux sutures. Deux points fixèrent le lambeau palatin au lambeau génien; la lèvre fut réunie par la suture entortillée au moyen de trois épingles et des sutures simples avec le fil d'argent rapprochèrent les bords de la plaie à l'aile du nez et au-dessus.

Les suites de l'opération furent très-simples; la fièvre fut modérée, bien que l'état du pouls et de la température ait été noté avec soin par mon interne, je m'abstiens de reproduire ces notes qui allongeraient, sans profit, mon observation.

La déglutition fut un peu gênée pendant les premiers jours; mais le malade avala une quantité suffisante de bouillon, de potage et de vin. Il se fit, par la narine, un suintement séro-sanguinolent, qui, dès le troisième jour, était devenu fétide. J'enlève avec une pince, introduite par la narine, les petites boulettes que j'avais mises au fond de la plaie, et nous faisons matin et soir des injections d'eau alcoolisée.

L'opération avait été faite le 23; j'enlève les épingles de la suture de la lèvre.

Le malade se lève, se promène dans la salle; il est heureux et manifeste sa joie en essayant de chanter.

Le sixième jour, le lambeau palatin se perfore dans un point où il avait été touché, par accident, par le cautère actuel. Les injections faites par la narine repassent en partie par cette petite ouverture.

Le 1er mai, je retire quelques fils d'argent de la suture de la joue; la réunion est complète, excepté en haut dans l'angle supérieur, où il existe une fente de près d'un centimètre par laquelle l'air passe en soulevant les bords de la peau.

Le 5 mai, soit par le fait de l'inflammation, soit parce que le malade mange sans précautions, le lambeau palatin a été coupé par les sutures et pend dans la bouche. Un fil, passé dans ce lambeau, le remet en place. Ce fil, ramené par la narine, est fixé à une des sutures de l'aile du nez.

A la fin du mois, la guérison avait fait de notables progrès : l'ouverture de l'angle supérieur de la plaie a diminué de moitié et paraît devoir, avant peu, se cicatriser complétement. La voûte du palais est solide, très-résistante, mais présente, en avant, un pertuis qui tend à diminuer de jour en jour.

L'œil est rentré dans l'orbite; il est placé sur la même ligne horizontale que l'œil droit, et la vue n'est point affaiblie.

Le 5 juin, l'enfant désire quitter l'hôpital pour retourner dans sa famille. Avant son départ, je le fais photographier; on peut juger du résultat en comparant les épreuves obtenues alors, avec celles prises avant l'opération

J'ai reçu au mois d'octobre des nouvelles de mon malade : la petite fistule qui existait près de l'angle interne de l'œil est cicatrisée, mais avec une dépression infundibuliforne très-marquée. L'orifice signalé à la voûte palatine existe encore, mais avec de très-petites dimensions; la voix n'est pas, à proprement parler, nasonnée; cependant elle est un peu altérée, ce qui pourra être dissimulé en obturant le pertuis avec un peu de charpie.

La voûte palatine a une telle solidité qu'elle paraît soutenue par une couche osseuse de nouvelle formation. Enfin la régularité du visage laisse peu à désirer, surtout quand on songe à l'absence non-seulement de l'os maxillaire, mais encore de l'os de la pommette tout entier.

Examen de la tumeur. — La tumeur enlevée offre à peu près le volume du poing. Elle pèse 130 grammes; la circonférence, prise dans le plan vertical, est de 22 centimètres; dans le plan horizontal, de 18.

La paroi antérieure a la consistance d'une exostose : en arrière et en bas au contraire, la masse fléchit sous le doigt comme le ferait un enchondrôme.

Toute la tumeur est revêtue d'une coque osseuse réduite à de simples lamelles en arrière et en bas.

Une coupe, faite par le milieu, montre une surface grisâtre parcourue par des tractus d'un blanc opaque d'une dureté osseuse ou calcaire; quelques-uns cependant d'un aspect granuleux semblent avoir la même consistance que la trame qui les soutient.

Cette trame est formée de tissu fibreux ainsi que l'examen histologique l'a démontré. Il a été facile aussi de reconnaître que les tractus qui parcourent la tumeur dans toutes ses parties sont formés de tissu osseux, et non de matière calcaire. Ces formations osseuses représentent en général des lignes se dirigeant de haut en bas, c'est-à-dire de l'orbite vers la base de la tumeur.

Il s'agit donc bien ici d'un fibrôme ossifié développé dans le tissu osseux du maxillaire. La production pathologique offrait du côté de la cavité orbitaire un développement assez considérable, puisque le canal sous-orbitaire était à un centimètre au-dessous du niveau supérieur de la tumeur qu'il traversait.

Les fibrômes ossifiés de la mâchoire supérieure sont forts rares, comparés aux fibrômes calcifiés. Pas plus que ces derniers, d'ailleurs, ils n'ont un caractère malin ou une disposition à la récidive.

Cette tumeur a eu pour cause bien évidente une contusion de l'os par le coup de pierre signalé dans le cours de l'observation. L'anatomie pathologique vient encore confirmer l'étiologie, puisque les tractus osseux, semblent partir de la région snpérieure et interne qui a été le siége de la contusion. C'est de là qu'ils rayonnent pour ainsi dire dans la masse fibrineuse.

ADHÉRENCES ANORMALES DU PLACENTA

Par M. le docteur Alfred Linéard (de Caen).

I.

La *Gazette des Hôpitaux* (29 octobre et 8 novembre 1874) rapporte des leçons de M. le professeur agrégé Guéniot sur les dangers et les difficultés que présente l'extraction du placenta dans ses *adhérences anormales* avec la matrice. Il cite plusieurs faits remarquables à l'appui de sa proposition.

Dans l'avant-dernier, il nous montre l'inutilité de divers moyens employés pour extraire le placenta. Alors, introduction de la main *guidée par le cordon; adhérence du placenta sur tous ses points ; essai de décoller sa circonférence inutile*... Quatre jours après *la malade succombait aux accidents de l'affection purulente*. Dans une autre observation, deux confrères avaient déjà fait inutilement de nombreuses tentatives d'extraction. M. Guéniot intervint à son tour. Le col utérin était rigide; on emploie le chloroforme. Ne pouvant décoller le placenta par son bord, on tente *de traverser son centre afin de l'accrocher et d'exercer des tractions sur sa masse... efforts inutiles... expectation...* Quatre jours après l'accouchement, le placenta *est expulsé après un nouveau travail aussi douloureux que le premier*.

M. Guéniot explique ensuite d'une manière physiologique et très-rationnelle la cause des adhérences du placenta pendant les premiers mois de la grossesse, jusqu'à la fin du neuvième mois, où il se détache alors, *comme la feuille se détache du rameau quand le travail de désunion s'est naturellement produit en elle*... Mais comment provoquer le travail de désunion dans les adhérences anormales du placenta? Voilà ce que M. Guéniot ne nous indique pas, et c'était le point essentiel; et c'était pourtant ce moyen de désunion que lui indiquait la nature dans sa dernière observation, où nous voyons ce placenta, adhérent si intimement, expulsé par un travail aussi *douloureux que celui de l'accouchement.* Là, en effet, de violentes contractions utérines provoquent le décollement et l'expulsion du placenta ; donc le moyen qui déterminera ces contractions de la matrice sera le remède des adhérences anormales du placenta.

Or ce moyen, je l'avais indiqué dans mon livre intitulé : *Mélanges de médecine et de chirurgie pratique*, année 1837. Ce travail fut aussi publié dans les *Annales de la Société médicale de Bruxelles*, année 1849. Enfin la *Gazette des Hôpitaux*, année 1854, dans une série de numéros (27 mai, 6 juillet et 9 septembre), a fait connaître ce procédé, qui est à la fois un moyen infaillible de prévenir les *tranchées utérines* et les *hémorrhagies après l'accouchement;* et aussi et surtout de provoquer les contractions de la matrice et, par conséquent, le détachement et l'expulsion du placenta. Pour les deux premiers sujets, je renvoie les lecteurs de la *Gazette* à l'année et aux numéros ci-dessus indiqués; mais pour les nouveaux abonnés et les élèves de M. Guéniot, qu'il me soit permis d'indiquer brièvement ce procédé et quelques-uns des faits relatés à cette époque déjà éloignée et, paraît-il, entièrement oubliés.

Voici ce qui m'avait engagé à faire insérer ce travail dans la *Gazette des Hôpitaux :*

M. P. Dubois, interrogé dans la séance de la Société de médecine pratique (2 février 1854), sur la question de savoir : *Quel est, moralement, le laps de temps pendant lequel on peut, sans inconvénient, attendre qu'une délivrance s'effectue ou soit pratiquée,* répondit qu'on pouvait attendre douze et même vingt-quatre heures. Il serait facile de démontrer que cette longue attente présente, au contraire, de graves inconvénients pour la patiente et pour l'accoucheur... Mais, enfin, que faire alors ?

A cette dernière question, le célèbre professeur répondit qu'arrivé à cette extrême limite de l'expectation, il fallait se hâter d'aller chercher le placenta par l'introduction de la main dans l'utérus !

J'en demande pardon à M. Dubois, je ne puis nullement partager son sentiment. En présence d'un cas pareil, je me croirais coupable si, *les injections froides dans la veine ombilicale* me présentant un moyen si doux et si sûr d'opérer la délivrance, je leur préférais l'introduction de la main dans des organes fatigués, irrités, opérant ainsi violemment la dilatation du col utérin déjà revenu sur lui-même, au risque d'occasionner de grandes douleurs et peut-être même une violente inflammation.

Quant au mode opératoire de ces injections, comme il est parfaitement connu, je n'en donnerai pas ici une description détaillée; je crois seulement utile de recommander de se servir d'une seringue contenant au moins 150 grammes, et dont la canule soit longue et fixe ; de faire, avant de l'introduire dans la veine, une section bien nette du cordon, afin de bien voir ce vaisseau. Cette section a aussi pour but de raccourcir le cordon, qui ne doit conserver que 20 à 30 centimètres de longueur.

Dans les premières expériences, j'employais, ordinairement, l'eau vinaigrée, surtout lorsque je redoutais une hémorrhagie ; depuis bien des années, je me sers tout simplement d'eau froide, et son action me paraît tout aussi puissante. La quantité d'eau injectée doit être d'autant moins considérable qu'elle est plus froide ; par conséquent, à la température commune, une injection de 150 grammes suffit ordinairement dans l'hiver,

tandis que, dans l'été, il en faut quelquefois deux ou trois fois autant.

Dans un prochain numéro, nous rapporterons quelques faits pris parmi un grand nombre de cas semblables et démontrant la grande efficacité de ces injections, et nous indiquerons, de plus, une composition pharmaceutique qui peut, dans presque tous les cas, remplacer ces injections et faire éviter, comme elles, la *tranchée utérine et les hémorrhagies après l'accouchement.*

RECHERCHES

SUR L'ÉTAT DE LA PUPILLE PENDANT L'ANESTHÉSIE

Par MM. Budin et Coyne.

De leurs observations et de leurs expériences sur l'état de la pupille pendant l'anesthésie chirurgicale produite par le chloroforme, MM. Budin et Coyne croient pouvoir (*in Arch. de physiol.*) tirer les conclusions suivantes :

« L'administration du chloroforme amène, du côté de la pupille, une série de modifications qui sont en rapport avec l'état de la sensibilité. — Pendant la période d'excitation, lorsqu'on la constate, la pupille est dilatée. — Cette période passée, la pupille se contracte progressivement tout en restant sensible aux excitations. — Pendant la période d'anesthésie chirurgicale profonde, on observe du côté de la pupille deux phénomènes constants : 1° une immobilité absolue de cet organe; 2° un état de contraction. Il y a un rapport entre l'insensibilité absolue du sujet et la contraction avec immobilité de la pupille; entre le retour à la sensibilité et la dilatation avec mobilité de cet organe. — L'état de la pupille peut donc, au point de vue de la sensibilité, servir de guide dans l'administration du chloroforme. — La dilatation lente de la pupille survenant pendant l'opération indique que l'anesthésie est moins profonde, et que le retour de la sensibilité est proche. — Pendant les opérations de longue durée, si l'on veut que le malade soit complétement insensible, il faudra diriger l'anesthésie de telle façon que les pupilles restent constamment contractées et immobiles. — Les efforts de vomissement peuvent produire la dilatation des pupilles, faire disparaître l'insensibilité et amener le réveil; ils annihilent en partie les effets de l'anesthésie. — Il est important, au point de vue des phénomènes pupillaires, de ne pas confondre l'anesthésie chloroformique véritable avec l'anesthésie asphyxique. Cette dernière amène, du côté de l'orifice pupillaire, des modifications différentes. — Si l'état de l'iris peut servir de guide pour la direction de l'anesthésie, il ne saurait faire pressentir l'imminence des accidents. C'est toujours le pouls, la respiration et l'état général du patient que le chloroformiste devra surveiller attentivement. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 février 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le Mouré sur la situation sanitaire de l'arrondissement d'Issengeaux pendant les années 1873-1874.

2° Un rapport de M. le docteur Moltard sur les cas de gale observés par lui dans la commune de Villa-Ambert.

3° Le compte rendu négatif des maladies épidémiques pour le département de la Creuse pendant l'année 1874 (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Leplat, médecin en chef de l'hôpital thermal de Hamman-Rirah, sur les effets physiologiques et thérapeutiques des eaux de cette localité.

2° Un mémoire sur les *Propriétés analgésiques du collodion riciné appliqué en couches* loco dolenti, par M. le docteur Dubois de Marville (Meuse) (commissaires : MM. Briquet et Hérard).

3° Un travail intitulé : *Nouvelles observations d'éclampsie*, par M. le docteur Dechaud, de Montluçon (commissaires : MM. Blot et Denonvilliers).

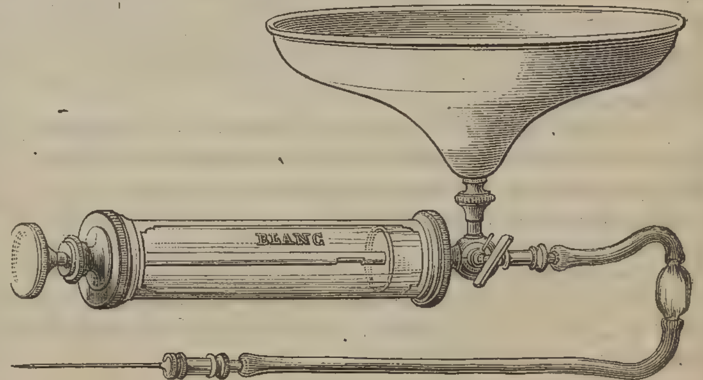
4° Une lettre de remercîments de M. le docteur Simonin (de Naney), nommé membre correspondant.

5° Une lettre de M. de Cazenave (de la Roche) accompagnant l'envoi de la liste imprimée de ses titres scientifiques.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

Transfuseur. — M. Trélat présente, au nom de M. le docteur Leblond, un transfuseur simplifié construit par M. Blanc, fabricant d'instruments de chirurgie.

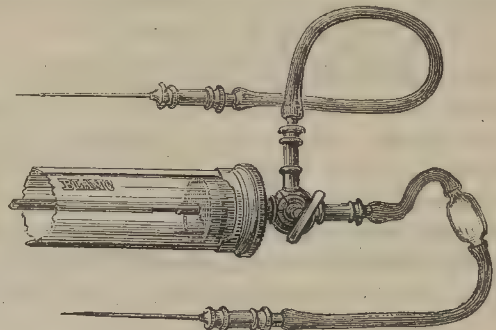
L'appareil se compose d'un aspirateur Dieulafoy muni, sur l'une de ses tubulures, d'une cupule destinée à recevoir le sang de la saignée, et sur l'autre, d'un tube de caoutchouc terminé par une aiguille creuse; cette dernière est destinée à être introduite dans la veine du transfusé.



En faisant mouvoir le piston de l'aspirateur et en ouvrant alternativement l'une ou l'autre des tubulures, on peut aspirer le sang contenu dans la cupule ou le propulser dans la veine.

On peut remplacer la cupule par un tube de caoutchouc muni d'une aiguille creuse et destinée à être introduite dans la veine de la personne qui fournit du sang.

Pour éviter de projeter de l'air dans la veine, il est nécessaire de munir le tube de caoutchouc, portant l'aiguille qui est destinée à être



introduite dans la veine du transfusé, d'une ampoule en verre de 1 centimètre et demi de diamètre. Cette ampoule doit être maintenue verticalement, de telle sorte que l'ouverture d'arrivée soit en haut et l'ouverture de sortie en bas, de façon à permettre à l'air qui viendrait à être propulsé de s'emmagasiner dans son intérieur et de ne pas être injecté dans le tube situé au-dessous d'elle.

Cet appareil a surtout pour but d'utiliser pour la transfusion un appareil que la plupart des médecins ont aujourd'hui entre les mains et de permettre de se passer d'un instrument spécial pour cette opération.

ÉLECTION

L'Académie procède par voie de scrutin à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique.

La commission présente, en première ligne, M. Empis; en deuxième,

M. Parrot; en troisième, M. Lancereaux ; en quatrième, M. Cornil; en cinquième, M. Voisin.

Le nombre des votants était de 81, dont la majorité est 41.

M. Empis obtient 58 suffrages.

M. Parrot, 16.

M. Lancereaux, 6.

M. Cornil, 6.

En conséquence, M. Empis, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie.

RAPPORT

Vaccine. — M. BLOT lit un rapport officiel sur le service de la vaccine pendant les années 1872 et 1873.

L'honorable rapporteur insiste sur la nécessité des revaccinations. Il regrette qu'elles ne soient pas obligatoires pour les deux sexes; il est nécessaire de les pratiquer avec le vaccin d'enfants vaccinés pour la première fois, car, suivant M. le docteur Leduc (de Versailles), le vaccin est usé après la sixième revaccination.

La petite vérole antérieure ne doit pas empêcher de revacciner, car les cas de variole répétés deux fois et même trois fois sur le même sujet se multiplient de plus en plus, et le vaccin prend souvent très-bien chez des individus déjà défigurés par la petite vérole.

M. Blot regrette que l'administration alloue aux médecins vaccinateurs une indemnité dérisoire.

DISCUSSION

M. DEPAUL partage entièrement l'opinion de M. Blot sur l'insuffisance du service dans les départements, insuffisance due à la parcimonie des conseils généraux. Il faudrait que chaque département eût un directeur de vaccine et un dépôt permanent de vaccin. L'Académie ne peut suffire pour fournir à toute la France, et s'il n'y avait pas des médecins qui, à leurs propres frais, conservent et entretiennent le vaccin dans diverses villes, on serait pris au dépourvu. L'Académie devrait insister sur l'urgence d'une organisation départementale. La revaccination, en effet, est nécessaire, même chez ceux qui ont eu la petite vérole. Dans un régiment de spahis caserné à Paris, presque tous en portaient des marques, et cependant la vaccination a donné chez eux une proportion exceptionnelle de succès.

M. LARREY appuie les observations présentées par M. Depaul. Le grand obstacle à l'organisation d'un service départemental est la pauvreté de certains départements, surtout ceux du Midi. M. Larrey l'a constaté comme conseiller général des Hautes-Pyrénées. Il faut remarquer que le vaccin envoyé en plaques ou en tubes échoue en général.

M. BLOT déclare qu'aujourd'hui il réussit presque toujours.

M. LARREY fait observer qu'il échouait généralement il y a quelques années.

M. BLOT exprime des doutes sur la supériorité attribuée par quelques médecins à la conservation du vaccin dans des tubes. D'abord il est assez difficile de remplir ces tubes quand le vaccin est très-visqueux, comme il doit l'être; puis rien ne prouve que l'on ait ainsi tous les éléments du vaccin quand il l'est peu, comme chez la génisse. Il est probable que l'on n'en prend que la partie la plus séreuse, la moins active.

M. MIALHE a, depuis longtemps, constaté que les globules du vaccin sont plus nombreux dans la partie inférieure du vaccin.

M. DEPAUL demande à M. Mialhe ce qu'il entend par globules du vaccin. Le vaccin n'a pas de globules, sauf ceux du pus ou ceux du sang qui peuvent y être mélangés.

DISCUSSION SUR LA GÉNÉRATION SPONTANÉE

M. BOUILLAUD. Je pense que M. Pasteur a répondu victorieusement aux objections qui ont été faites de divers côtés à ses doctrines. Il a montré que ses contradicteurs oubliaient certaines conditions indispensables.

Il existe fort peu de personnes qui puissent posséder comme lui toutes les conditions nécessaires pour aborder de telles questions, qualités d'esprit exceptionnelles, méthode sûre, patience à toute épreuve, persévérance de vingt ans. Il serait fort à désirer qu'une commission fût, en effet, nommée pour assister à des expériences vraiment décisives, comme celle que M. Pasteur proposait de faire devant Liebig, démonstration devant laquelle ce dernier a reculé. Ceci vaudrait infiniment mieux que de contrôler les faits avancés par de nouveaux venus qui, n'ayant pas la même habileté expérimentale, pourraient faire perdre du temps sans profit à la commission qu'on chargerait de suivre leurs travaux. Ce sont ceux de M. Pasteur lui-même qu'il faudrait suivre.

M. Pasteur a fait faire un grand pas à la science de la fermentation, en la circonscrivant avec soin et en définissant avec rigueur ce qu'il faut, au juste, entendre par ce mot de fermentation. Pour lui, il n'y a pas fermentation sans ferments, c'est-à-dire sans l'intervention de germes d'organismes vivants que l'on peut voir au microscope. Ces organismes microscopiques seraient des êtres organisés proprement dits, et non point seulement des matières organisées, comme ces substances albuminoïdes dont la présence suffirait, suivant MM. Trécul et Frémy, pour provoquer la fermentation. C'est une grande question de savoir, en effet, si toute fermentation, et en particulier la fermentation putride ou septique, celle qui intéresse surtout les médecins, est le produit d'un être spécial, d'un être à germe venu de l'extérieur, ou si les substances qui ont été douées de la vie portent en elles-mêmes le germe de leur décomposition. *Adhuc sub judice lis est.* S'il était possible d'arriver à une certitude, en faisant intervenir une commission académique devant laquelle M. Pasteur serait appelé à répéter lui-même ses principales expériences, ce serait chose très-utile.

M. GOSSELIN. Les réflexions développées par M. Pasteur à l'occasion d'un travail de M. Albert Bergeron, qui a été fait sous mes yeux et dont j'acceptais la responsabilité en le présentant à l'Académie des sciences, m'obligent à vous donner quelques explications.

En premier lieu, M. Pasteur, en développant d'excellentes pensées sur la difficulté de bien observer les résultats des expériences, en indiquant les erreurs commises par quelques-uns de ses contradicteurs, a pu laisser à ses auditeurs et à ses lecteurs l'impression que ces critiques s'adressaient au travail de M. Albert Bergeron aussi bien qu'à ceux des auteurs dont il a cité les noms. Or je tiens à dire à l'Académie que ces critiques, pour ce qui concerne le travail de M. Bergeron, ne seraient aucunement fondées. Ce que M. Bergeron a dit, il l'a vu; ce qu'il a vu, c'est-à-dire des bactéries et des vibrions dans le pus des abcès chauds qu'on venait d'ouvrir, il l'a très-bien vu. Remarquez, messieurs, qu'il s'agit ici d'observations extrêmement faciles à faire, et non d'expériences délicates, difficiles à bien instituer, comme celles auxquelles M. Pasteur a fait allusion. Il n'y avait pas à se mettre en garde contre une intervention de l'air et des ferments, mais tout simplement à chercher si le pus contenait ou non des organismes mobiles. Or rien de plus simple : il suffit d'avoir des tubes bien lavés à l'hyposulfite de soude et chauffés avec une eau distillée bien essayée, des plaques et des lamelles de verre convenablement appropriées, et un grossissement de 5 à 600, et une certaine habitude de l'utiliser. Or, comme mon jeune confrère est exercé depuis longtemps à ce genre d'études, comme ses résultats ont été confirmés par plusieurs des élèves de ma clinique et par moi, et comme personne n'a eu de doutes à élever, il n'y a pas lieu d'invoquer une observation inexacte. Le fait est et restera positif. Le pus des abcès chauds, sans communication avec l'air, renferme quelquefois (nous ne disons pas toujours), des vibrions et des bactéries indiquant un premier degré d'altération putride.

Je voudrais, en second lieu, dire à l'Académie quelle est la vraie signification du travail de M. Albert Bergeron. M. Pasteur a pu croire, et d'autres croiront peut-être avec lui, que la présence des vibrions et des bactéries dans des cavités sans communication avec l'air étant un argument en apparence favorable à la doctrine des générations spontanées, M. Albert Bergeron a désiré mettre le fait en évidence pour appuyer cette doctrine et pour combattre la doctrine opposée, celle de la panspermie.

Telle n'a pas été la pensée de l'auteur, telle surtout n'était pas la mienne, lorsque j'ai accepté le patronage du travail et des faits qui y sont énoncés.

Nous avons eu en vue une question de physiologie pathologique et de clinique, et non pas une question de doctrine.

Depuis un certain nombre d'années, les chirurgiens sont préoccu-

pés de la pensée que les grandes fièvres qui compliquent les blessures sont des infections, et que celles-ci ont pour agent des produits résultant de la décomposition des liquides organiques, et surtout de la décomposition du pus. Dans cette vue, ils ont étudié de plus en plus tout ce qui concerne ce dernier liquide. Nous savons depuis longtemps qu'il est essentiellement putrescible à l'air, que, dans la forme la plus habituelle de sa décomposition, il donne naissance à des produits de mauvaise odeur : hydrogène sulfuré, hydrosulfate d'ammoniaque, etc. Lorsque sont venues les études microscopiques, nous avons reconnu de plus que ce pus, quand il devenait putride à l'air, se chargeait de vibrions et de bactéries. Nous avons espéré un moment avoir trouvé dans cette découverte un moyen d'apprécier le degré de nocivité du pus. Nous avons imaginé des pansements, les uns ayant pour but d'empêcher la formation des microzymas, les autres ayant pour objet de les détruire s'ils s'étaient formés. Les faits ont bien dans une certaine mesure répondu jusqu'ici à notre attente, en ce sens que les moyens thérapeutiques inspirés par les recherches nouvelles ont donné de bons résultats. Mais ce n'est pas en empêchant la formation des vibrions ou en les faisant disparaître ; c'est plutôt en empêchant les décompositions ultérieures plus graves dont les vibrions indiquaient la possibilité et, dans une certaine mesure, l'imminence. Dans l'état actuel de la science, en un mot, les microzymas ne sont pas les agents dangereux contre lesquels nous avons à lutter, mais ils sont des avant-coureurs qui nous autorisent à nous mettre en garde contre le venin de ces derniers, et, à ce point de vue, il n'est pas sans intérêt de les étudier, et, en les étudiant, d'agrandir le champ de nos connaissances sur les altérations du pus. C'est en nous inspirant de ces idées que nous avons voulu savoir, M. Albert Bergeron et moi, si par hasard le pus n'était pas assez putrescible, chez certains sujets, pour s'altérer avant l'ouverture de son foyer, à un faible degré, se traduisant par la présence des bactéries. J'étais, pour moi, conduit à cette recherche par le souvenir des abcès chauds, fétides, remplis de gaz, qui ont un degré très-avancé d'altération putride, et qui cependant n'ont aucune communication avec l'air. Ce degré très-avancé n'était-il pas, par hasard, complémentaire d'un degré moins avancé et moins grave, dans lequel l'altération se traduirait seulement par l'altération des microzymas ?

Tel a été le but tout pathologique, comme vous le voyez, des recherches que j'ai engagé M. Albert Bergeron à faire à ma clinique à laquelle il est attaché comme chef du laboratoire.

Vous savez ce qu'il a trouvé : des vibrions dans le pus des abcès chauds chez les adultes, rien dans celui des enfants, rien dans le pus des abcès froids à aucun âge.

Comme complément de ce que nous savions déjà sur les altérations du pus, comme complément des études que je poursuis relativement à l'influence des âges sur le développement et la marche des maladies chirurgicales, les résultats nous ont paru surtout mériter la publicité. Ils m'ont paru surtout assez intéressants, pour que l'auteur qui y a consacré du temps et des soins s'assurât la priorité.

Voilà quelles ont été nos recherches, quelles ont été surtout les miennes. Je n'ai pas eu jusqu'ici d'opinion arrêtée sur la génération spontanée. Je ne m'occupe que des faits se rattachant de près ou de loin à cette question de doctrine, qui peuvent avoir des rapports avec la clinique. Le hasard veut que j'aie constaté un fait, l'origine des vibrions dans les cavités non ouvertes qui semble en contradiction avec la théorie de M. Pasteur. Ce fait n'est pas le seul. Lorsqu'il se trouve des vibrions sous les bandages ouatés bien faits, je ne suis pas sûr que ces vibrions aient été apportés directement par l'air. Lorsque j'en trouve dans l'urine, soit acide, soit ammoniacale, chez les sujets qui n'ont jamais été sondés ou qui ne l'ont pas été depuis longtemps, je ne puis invoquer le dépôt direct par l'air, de ferments qui se seraient développés dans ces liquides.

Est-ce à dire que, pour tous ces cas, j'admette les formations spontanées de ces corps mouvants et que je rejette absolument leur origine par des germes qui se soient développés en faisant subir aux humeurs une fermentation? Nullement; j'aurais aimé peut-être à n'exprimer encore aucune opinion à cet égard, parce que je ne puis en donner une dont la démonstration parfaite soit possible. Mais s'il fallait me prononcer, je dirais qu'entraîné par les très-belles démonstrations qu'a données M. Pasteur pour les autres fermentations, entraîné surtout par les utiles déductions prophylactiques que ce savant a tirées de ces expériences, je me suis demandé s'il n'y avait pas une voie indirecte par laquelle seraient entrés les germes ou spores capables d'engendrer une fermentation pathologique dans les cavités qui, comme celles des abcès chauds, ne communiquent pas directement avec l'air. La réponse ne me paraît pas trop difficile. Pourquoi les ferments n'entreraient-ils pas par les voies digestives et surtout par les voies respiratoires ? Est-ce qu'ils ne sont pas amenés avec l'air à chaque inspiration ? Puis, invisibles et intangibles comme ils sont, est-ce qu'ils ne peuvent pas franchir avec l'oxygène les parois si ténues des vésicules pulmonaires et de leurs vaisseaux, s'introduire dans le sang et circuler avec lui ?

En définitive, il faut bien admettre que notre corps est environné de ferments. Pourquoi n'en aurait-il pas aussi dans son intérieur ? Tant qu'ils ne trouvent pas un milieu approprié à leur évolution, ils restent inactifs et inoffensifs; mais que ce milieu apparaisse comme le pus, formé aux dépens du sang dans le cours d'une inflammation aiguë, comme est le sang lui-même quand il est altéré par l'introduction ou la formation de matières toxiques, alors les ferments ne peuvent-ils pas se mettre en action, décomposer le liquide, lui prendre son oxygène et se transformer en vibrions et en bactéries?

M. CHAUFFARD. Une simple question. Ces abcès, dans le pus desquels M. Gosselin a trouvé des bactéries, différaient-ils des autres au point de vue clinique ?

M. GOSSELIN. Ils n'en différaient nullement. C'étaient des abcès ordinaires, des abcès chauds, des abcès phlegmoneux, comme on en rencontre tous les jours.

M. CHAUFFARD. Ainsi rien, dans l'état des malades, n'indiquait une complication de septicémie ou de putridité dans le foyer purulent ?

M. GOSSELIN. Rien absolument.

M. CHAUFFARD. Pourquoi donc dire que le pus avait subi, dans ces abcès, un premier degré de fermentation putride?

M. GOSSELIN. Parce qu'on ne trouve des vibrions et des bactéries que dans des liquides qui commencent à se décomposer.

M. CHAUFFARD. Mais c'est la question par la question. On pourrait, avec autant de raison, retourner la proposition de M. Gosselin, et dire : les vibrions et les bactéries peuvent exister indépendamment de toute décomposition, puisqu'on les trouve dans le pus d'abcès ordinaires, non putride.

M. FAUVEL. Que M. Gosselin nous donne un exemple.

M. GOSSELIN. Un des abcès ouverts résultait d'un phlegmon de la paroi abdominale sans aucune complication.

M. PASTEUR. Un mot seulement. M. Gosselin, dans sa lecture d'aujourd'hui, a été infiniment moins affirmatif que M. Bergeron dans sa note à l'Institut. M. Bergeron a soutenu que les vibrions et les bactéries s'étaient bien formés dans l'abcès lui-même et n'y avaient pu parvenir ni par l'extérieur, ni par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques ou des vaisseaux sanguins. C'était donc bien dans sa pensée une démonstration de la génération spontanée, et il la donnait, aussitôt, sans autres recherches, sans autres études. On nous a dit que ce qu'il a vu, il l'a bien vu ; eh bien, dès à présent, rien ne m'est plus facile que de démontrer le contraire par un exemple.

Il a prétendu que, pour tuer les vibrions et les bactéries, une solution d'hyposulfite de soude était un excellent moyen, le meilleur moyen ; c'est le réactif qu'il emploie et qu'il recommande. Or les vibrions et les bactéries vivent admirablement dans une solution d'hyposulfite de soude.

Quelle confiance peut-on avoir dans des expériences ainsi conduites ? C'est cette méthode expérimentale qui m'a blessé, alors qu'on voulait résoudre ainsi une question semblable à celle des générations spontanées.

M. GOSSELIN. Nous ne songions pas à la question des générations spontanées. Je n'y songeais pas, pour ma part.

M. PASTEUR. M. Bergeron y songeait si bien, qu'il a rappelé la théorie de M. Trécul sur les matières albumineuses semi-organisées tenant lieu de ferment. Et cette communication a été extrêmement agréable à M. Trécul. Vous le savez bien, puisqu'il vous l'a dit à vous-même. La seule chose qui le chagrinait, c'était l'absence des vibrions dans certains abcès ; il aurait voulu qu'il y en eût dans tous.

M. COLIN. Je voudrais savoir quelle était la forme des vibrions

observés dans le pus par MM. Gosselin et Bergeron. Souvent on prend pour des vibrions proprement dits ce qui n'en est pas : de simples particules mouvantes, telles que les débris des noyaux des globules de pus. Les gouttelettes de graisse très-fines, qui existent notamment dans la lymphe, ont également la faculté de se mouvoir dans le foyer du microscope. Toutes ces particules mouvantes ne sont pas des êtres spéciaux, et on ne doit pas affirmer qu'on a trouvé des vibrions quand on ne voit pas en même temps des chapelets ou des bâtonnets, etc.

M. GOSSELIN. Nous avons trouvé des uns et des autres.

M. ALPHONSE GUÉRIN. Quelle précaution avait-on prise pour se prémunir contre l'abord des germes et des vibrions atmosphériques?

M. GOSSELIN. Le tube destiné à recueillir le pus avait été lavé dans une solution d'hyposulfite de soude, dans de l'eau distillée, puis chauffé à la lampe. D'ailleurs je ne crois pas qu'il existe dans l'atmosphère des bactéries toutes formées.

M. ALPHONSE GUÉRIN. Il en existe dans les salles d'hôpital.

M. PASTEUR. Si M. Gosselin voulait bien m'avertir quand il ouvrira un abcès de ce genre, je lui en serais très-reconnaissant, et j'irais observer moi-même. Ce que je demande, ce que je cherche, c'est la vérité. Je n'apporte aucun parti pris. Jusqu'à présent, je n'ai pas rencontré la génération spontanée, bien que je n'ai rien négligé pour la trouver. Si je la rencontre jamais, je serai heureux de le dire. C'est pourquoi je suis venu ici poser la question. Je ne puis créer un abcès dans mes cornues. Ce que je désire, c'est que l'on fournisse des sujets d'observation.

M. CHAUFFARD. On trouverait des bactéries et des vibrions dans le pus de tous les abcès, que cela ne prouverait nullement la génération spontanée ; car le sang en contient dans beaucoup d'affections et si les abcès sont formés par diapédèse comme le prétend Conheim, si les globules blancs du sang peuvent traverser les parois des vaisseaux, il est évident que des corpuscules infiniment plus petits le peuvent également.

A cinq heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les épreuves cliniques pour le concours d'agrégation sont terminées. Les sujets de thèses seront tirés au sort aujourd'hui, 25 février, et cette dernière épreuve doit être terminée le vendredi 26 mars.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés :

Officiers d'académie : MM. Bornier, professeur à l'école de médecine de Besançon ; — Bruch, professeur à l'école de médecine d'Alger; — Brou, chef de clinique à l'école de médecine de Lyon ; — Bertin, agrégé à la faculté de médecine de Montpellier; — Beaunis, professeur à la faculté de médecine de Nancy; — Chrestien, professeur à l'école de médecine de Lille ; — Delore, suppléant à l'école de médecine de Lyon ; — Fleurot, professeur à l'école de médecine de Dijon; — Galliet, professeur à l'école de médecine de Reims; — Giraudet Sainte-Agathe, professeur à l'école de médecine de Tours; — Jungfleish, agrégé à l'école de pharmacie de Paris; — Herbelin, suppléant à l'école de médecine de Nantes; — Le Roux, agrégé à l'école de pharmacie de Paris ; — Lesvesque, professeur à l'école de médecine de Caen ; — Leviez, professeur adjoint à l'école de médecine de Lille ; — Lavirotte, bibliothécaire à l'école de médecine de Lyon ; — Maillard, professeur de l'école de médecine de Dijon ; — Rampal, professeur à l'école de médecine de Marseille ; — Rey, professeur à l'école de médecine de Grenoble ; — Regnault, professeur à l'école de médecine de Rennes ; — Wannebroucq, professeur à l'école de médecine de Douai.

— M. le docteur J. Gayat (de Lyon) vient d'être chargé, par le ministre de l'instruction publique, d'une mission en Algérie ayant pour objet l'étude des maladies oculaires.

— Le banquet des internes en médecine aura lieu le samedi 6 mars à 7 heures dans les salons de Douix, café Corrazza (Palais-Royal.)

Le prix de la souscription est fixé à quinze francs et peut être remis à l'un des membres de la commission permanente du banquet : — M. Béhier, *président ;* MM. Hardy (le professeur), Dolbeau, Bouchut, Horteloup, Piogey, Gombault, Martineau, Damaschino, Dieulafoy, Blache, Paquet (de Lille), Pozzi, Robin, *membres ;* M. Tillot (Emile), *secrétaire ;* — ou bien dans les hôpitaux, à l'interne économe de la salle de médecine.

A la dernière réunion, l'affluence des souscripteurs au moment même du banquet ayant produit de grandes difficultés d'organisation et un retard désagréable dans l'heure du dîner, la commission invite ceux qui voudront participer à cette fête de famille de faire parvenir leur souscription le 5 mars au plus tard.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 24. — SAMEDI 27 FÉVRIER 1875. 48e ANNÉE. SAMEDI 27 FEVRIER 1875. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Intoxication saturnine.

Dans une série de leçons sur l'intoxication saturnine, dont le sujet lui a été fourni par plusieurs malades du service atteints de cette affection, M. le professeur Béhier a passé en revue les divers ordres de phénomènes qui en procèdent, les phénomènes intestinaux, les douleurs arthralgiques et les crampes musculaires, prélude de la paralysie, cette paralysie, elle-même, avec ses caractères spéciaux, sa marche, ses moyens de diagnostic et les lésions qui la déterminent ou qui en sont la suite, enfin la thérapeutique que ces divers accidents réclament. Deux faits d'un extrême intérêt sont venus, en quelque sorte intercurremment, lui fournir le mot de la fin de ces intéressantes considérations cliniques. Il s'agit de deux exemples d'encéphalopathie saturnine.

En attendant que nous puissions réunir avec nos souvenirs les notes nécessaires pour l'exposition des points principaux de ces leçons, nous nous bornerons pour le moment à donner l'histoire succincte de ces deux faits.

Encéphalopathie saturnine. — Accidents épileptiformes. — Anémie. — Convalescence.

Le premier de ces deux malades est un homme de quarante-cinq ans, entré dans le service salle Sainte-Jeanne, n° 4, le 18 décembre dernier. Cet homme, d'une constitution qui paraît assez robuste, exerçait antérieurement la profession de peintre en voitures, ce qui lui avait déjà occasionné à diverses reprises des accès de coliques avec constipation. Le travail étant venu à manquer, il était entré à la fabrique de Clichy où on l'employa à la préparation du minium. Au bout de huit jours, il fut pris d'un accablement profond, avec courbature et sensation d'endolorissement des membres. Il se fit admettre alors à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, où il fut traité par les purgatifs. Il sortit amélioré, mais pour reprendre son dangereux travail. Les mêmes symptômes que ceux du début ne tardèrent pas à se manifester, mais d'une façon plus insidieuse, cette fois : découragement profond, dégoût pour les aliments, nausées et vomituritions ; douleurs vives, exacerbantes, siégeant dans les articulations et se propageant dans la continuité des membres. En même temps il éprouva une céphalalgie frontale assez vive ; sa mémoire allait s'affaiblissant notablement ; pas d'altération de la vue, d'ailleurs, ni de vertiges ; il n'a eu ni convulsions, ni perte de connaissance.

A la diminution graduelle des forces s'ajoutèrent un tremblement des mains et de l'hésitation dans les mouvements et dans la marche. Ce sont ces derniers phénomènes qui le décidèrent à rentrer à l'Hôtel-Dieu.

Voici l'état qu'il présentait lors de son entrée, le 18 décembre. Il se plaignait surtout d'une douleur vive, fixe, localisée à la région frontale ; il accusait, en outre, une grande faiblesse, ses jambes pouvaient à peine le soutenir. Son teint était pâle, profondément anémié, avec une teinte subictérique très-accusée. La sertissure des dents offrait un liséré bleu ardoisé des plus nets.

Outre cet aspect cachectique, ce qui frappait chez ce malade, c'était la lenteur et l'hésitation des réponses, la torpeur intellectuelle et l'expression hébétée du regard. Sa parole embarrassée rappelait complétement le bégayement de la paralysie générale, comme le tremblement de ses mains le tremblement paralytique ou alcoolique. Pas d'affaiblissement plus marqué des extenseurs que des fléchisseurs de la main. Diminution de la sensibilité sur toute la surface du corps.

Point de coliques, mais nausées continuelles avec inappétence absolue. Le malade vomit tout ce qu'il prend, même les liquides froids. Le ventre n'est ni douloureux à la pression, ni rétracté, ni ballonné. Constipation. Les urines ne contiennent ni albumine ni matière colorante de la bile.

On prescrit : ipécacuanha 3 grammes en trois paquets, qui, produisent des vomissements bilieux abondants dans la journée, mais pas de selles.

Le 20, l'obtusion intellectuelle augmente, léger délire par moment ; le tremblement de la langue et des mains s'accuse de plus en plus. On commence le traitement de la Charité, qui est continué pendant quatre jours, et en même temps on donne 6 grammes d'iodure de potassium. Selles bilieuses fréquentes, les vomissements se calment, mais les phénomènes nerveux se prononcent de plus en plus ; le malade accuse une vive douleur de tête ; la parole prend tout à fait le caractère de la paralysie générale des aliénés.

Le 30, même état. On porte l'iodure à 8 grammes, une pilule d'extrait thébaïque de 5 centigrammes. Légère hémoptysie dans la journée. Le malade est pris parfois de légers mouvements convulsifs de la face, unilatéraux, rappelant les tics épileptiques.

Le même jour, il est pris, pendant la visite, d'un violent

accès épileptique de courte durée, et suivi de stertor et de perte prolongée de connaissance. Il est survenu, en outre, un gonflement phlegmoneux au dos de la main et de l'avant-bras gauche. On prescrit le bromure de potassium à haute dose (8 grammes); vésicatoires aux extrémités et à l'épigastre.

Le 3 janvier 1875, on a pratiqué une incision pour donner issue au phlegmon; le malade en est notablement soulagé, il est mieux, l'appétit commence à renaître. Mais, vers le 10, cette amélioration passagère fait place à de nouveaux accidents sérieux : réapparition du délire, selles involontaires, affaissement intellectuel et abattement des forces, amaigrissement notable.

Vers les premiers jours de février, ces derniers phénomènes ne faisant que s'accroître, on cesse l'administration du bromure de potassium pour le remplacer par le quinquina et la teinture de mars tartarisée.

A dater des premiers jours de février, l'état du malade s'améliore graduellement et d'une manière soutenue.

Pendant cette dernière période de la maladie, l'examen du sang, fait à plusieurs reprises d'après le procédé de M. Malassez, a donné les résultats suivants : le 10 janvier, le nombre des globules était de 1,843,000; le 24 janvier, le nombre des globules était de 1,549,800; le 2 février, de 1,333,000 seulement. Le 24 février, c'est-à-dire à l'époque où le malade était déjà depuis quelque temps en voie notable d'amélioration et de reconstitution, le chiffre des globules était remonté à 1,559,800.

Epilepsie saturnine avec hémiplégie gauche. — Mort. Anémie des centres cérébraux et bulbaires.

Le 22 janvier, dans la soirée, on amène à l'Hôtel-Dieu un homme relevé dans la rue en état de perte de connaissance. A son entrée, la religieuse du service remarque l'existence d'une paralysie très-nette du côté gauche. Le malade répondait assez bien alors aux questions et paraissait jouir de son intelligence.

Dans la nuit, il survient des attaques convulsives avec écume sanglante, assimilable à des attaques d'épilepsie.

Le lendemain, à la visite, on le trouve sans connaissance. Le bras et la jambe gauche sont dans un état de flaccidité absolue, ils retombent comme une masse inerte quand on les soulève. La sensibilité est entièrement abolie dans tout ce côté. A droite, la tonicité musculaire persiste ainsi qu'une vague sensibilité réflexe.

Il est difficile de percevoir une différence entre les deux moitiés de la face. Un peu de contracture de la mâchoire accompagnée de grincements de dents empêche de rechercher si la langue est déviée; mais on constate des traces évidentes de morsure.

M. Béhier constate un peu de liséré bleu aux gencives, au niveau des incisives supérieures, mais si peu marqué qu'il n'insiste pas sur ce signe en l'absence de tout renseignement.

La température rectale est à 38°6, pouls 92, respiration très-rare, 8 par minute.

Le soir à cinq heures, le malade est agonisant. La température, prise deux heures avant la mort, marque 40°5, comme dans l'hémorrhagie cérébrale. Le malade succombe à huit heures sans avoir repris connaissance.

Quelques heures après, des renseignements malheureusement tardifs, mais précieux pour un diagnostic rétrospectif, sont recueillis par M. Liouville. Il apprend que ce malade travaillait depuis huit mois, à Clichy, le minium. Il y avait environ un mois que cet homme était entré dans le service pour de la constipation et des coliques. Il y était demeuré vingt jours, son état ne présentant pas de gravité apparente. A peine sorti, il avait repris son travail. Alors des phénomènes plus graves se manifestèrent, vertige, céphalalgie et pertes de connaissance avec convulsions. Ce fut à la suite d'un de ces accès qu'il fut amené pour la seconde fois dans le service, dans l'état qu'on vient de voir.

L'autopsie a donné les résultats suivants :

Il n'y avait ni vascularisation, ni injection des méninges, nulle trace de méningite ancienne ou chronique. Ce qui frappa tout d'abord, ce fut la pâleur de la couche corticale et principalement de la substance blanche du cerveau, sans aucune trace d'ailleurs de ramollissement ni d'hémorrhagie. La substance blanche était très-anémiée. Cette matité se retrouvait également dans les pédoncules cérébraux, dans la protubérance et surtout dans le bulbe. La consistance de toutes ces parties était à peu près normale, plutôt un peu diminuée cependant.

C'est également dans le bulbe que l'examen microscopique a montré les lésions les plus manifestes : état granuleux et graisseux des parois des vaisseaux; grande quantité de blocs et de corpuscules arrondis amyloïdiens, etc.

Aucune lésion notable dans les autres viscères.

Ces deux observations sont extrêmement intéressantes en ce qu'elles s'éclairent l'une l'autre, et tendent, toutes deux, à jeter quelque lumière sur cette partie encore très-obscure de l'histoire de l'intoxication saturnine, le saturnisme viscéral, et en particulier le saturnisme cérébral. Ainsi on voit dans le premier cas un homme qui, après plusieurs accès de colique sans autres accidents notables, rentrant à l'atelier, où il est attaché au travail du minium, est pris alors d'un tout autre ordre de symptômes. Après huit jours de ce travail, il éprouve de la faiblesse, de la courbature, des douleurs générales. Un premier séjour à l'hôpital est suivi d'une notable amélioration. Il reprend de nouveau son travail; cette fois, il présente des phénomènes intestinaux vagues, différant de la colique proprement dite, d'arthralgie et de douleur des membres, mais surtout de phénomènes nerveux, faiblesse, vertiges, tremblement et torpeur intellectuelle comme dans la paralysie générale; enfin il offre tous les signes d'une anémie profonde, et bientôt il est en proie à un délire calme, puis à des accès éclamptiques.

Examinant alors le sang de ce malade par le procédé de M. Malassez, on trouve cette diminution considérable des globules sanguins dont nous avons indiqué les chiffres.

Enfin, alors que le traitement de la Charité, suivi de l'administration successive de l'iodure, puis du bromure de potassium, ne produisent aucune amélioration sensible, l'administration du quinquina et du fer ne tarde pas à être suivie d'une diminution sensible de l'état anémique et de ses diverses manifestations et d'un relèvement général de l'économie.

Quant au deuxième fait, il eût été presque impossible de ne pas s'y méprendre, sans cette circonstance fortuite de la constatation d'identité du malade, reconnu pour un ancien saturnin du service, qui l'avait quitté pour reprendre, comme le premier, le travail du minium.

L'autopsie, en montrant pour toute lésion l'état anémique et la dégénération amyloïde du cerveau et particulièrement du bulbe, sans autre lésion viscérale à laquelle on put rapporter les phénomènes constatés pendant la vie, est venue du même coup révéler la nature vraie de l'affection à laquelle cet homme avait succombé et jeter en même temps un jour nouveau sur l'état du premier malade.

De l'action du sulfate de quinine sur l'utérus.

A l'appui des diverses communications qui nous ont été faites relativement à l'enquête ouverte sur l'action du sulfate de quinine sur l'utérus gravide, M. le docteur Prunac (de Mèze) nous adresse les deux nouveaux cas suivants tirés de sa pratique, et dans lesquels l'innocuité de cet agent thérapeutique ne saurait être contestée.

« Je fus appelé, dit M. Prunac, en mai 1873 auprès d'une jeune femme, enceinte de sept mois environ et atteinte depuis une semaine d'une fièvre intermittente tierce. Le sulfate de quinine fut administré à la dose de 1 gramme par jour et continué pendant cinq jours. Les accès disparurent, et la grossesse suivit son cours régulier. L'accouchement eut lieu en juillet.

« Je donnai des soins, en novembre 1874, à une femme de vingt-deux ans, enceinte de trois mois et atteinte de fièvre rémittente catarrhale. Je prescrivis, contre l'élément périodique, le sulfate de quinine associé à la résine de quinquina (1 gr. sulf. q., 5 gr. résine de qq.); on continua l'usage de la potion durant quatre jours. Les accidents cessèrent, et la grossesse suit aujourd'hui sa marche normale.

« Dans un troisième cas, que M. le docteur Pargoire (de Villeveyrac) a bien voulu nous communiquer, le sulfate de quinine administré pendant plusieurs jours à la dose de 1 gramme à une femme enceinte de huit mois et atteinte de fièvre intermittente, n'a exercé aucune action manifeste du côté de l'utérus gravide, et l'accouchement eut lieu à terme, malgré l'emploi prolongé de l'antipériodique. »

Bien que ces trois cas, joints à ceux de MM. Chiara, Burdel, et aux communications plus récentes de MM. Lasouches et Fisseux, publiées dans cette revue, semblent infirmer les assertions de MM. Monteverdi et Duboué, qui veulent reconnaître à la quinine des propriétés abortives, notre confrère n'entend pas en tirer, immédiatement au moins, cette conclusion; et, en cela, nous ne pouvons que louer sa prudence.

« Malgré cette apparence d'innocuité, dit-il, qui semble résulter de ces trois derniers faits, nous ne saurions encore en tirer une déduction, ni formuler une opinion qui nous semblerait basée sur un nombre de cas encore trop restreint. On comprendra nos réserves si l'on songe un instant que des praticiens, fort recommandables d'ailleurs, ont apporté à l'appui de la thèse contraire des faits incontestables et parfaitement bien observés.

« En dehors de la clinique, des essais physiologiques entrepris par d'autres auteurs sur des animaux gravides et bien portants leur ont donné des résultats tout à fait favorables à leur opinion.

« Dans un excellent travail intitulé : *De l'action de la quinine sur les fibres musculaires lisses*, et publié par un de mes amis et collègues d'internat M. le docteur Magnin (de Laboisse), l'auteur rapporte une observation de M. Mincelli et trois autres expériences personnelles faites sur des animaux gravides avec le sulfate de quinine, et d'où il résulte que quelques doses minimes du médicament ont suffi pour amener l'accouchement prématuré.

« Dans le second chapitre de ce travail, qui a trait à la clinique, il est également fait mention de neuf observations d'avortement ou menaces d'avortement provoquées par l'antipériodique. »

Les difficultés et les contradictions qui sembleraient résulter de ces rapprochements ont déjà été signalées dans nos réflexions précédentes sur ce sujet, et nous croyons même en avoir montré jusqu'à un certain point les raisons. Mais nous n'en considérons pas moins comme très-sage, néanmoins, de ne pas précipiter la conclusion, et comme très-utile de continuer à accueillir et à consigner ici les faits ou les arguments nouveaux que nos confrères voudront bien nous transmettre.

Dr BROCHIN.

REVUE DE LA PRESSE

Deux observations intéressantes de variole (Kramer Emmanuel). — OBS. I. *Variole et scarlatine concomitantes.* — Jeune homme de dix-sept ans, admis à l'hôpital des varioleux de Vienne, le 13 juin 1874, au quatrième jour de sa maladie. Vésicules disséminées sur tout le corps, et çà et là, commençant à se transformer en pustules. Erythème diffus de tout le corps plus intense au niveau du triangle fémoral droit. — Le 15 juin, sixième jour de la maladie, disparition de l'érythème. — Le 17, huitième jour de la maladie, rougeur scarlatineuse de tout le corps, plus intense sur le bassin, les bras et les cuisses. Rougeur avec ecchymoses ponctuées sur le voile du palais. De même sur les amygdales, le pharynx, la portion dure de la voûte palatine. Adénite des ganglions cervicaux surtout à gauche. Pustules varioleuses, les unes en suppuration, les autres déjà desséchées. Albumine dans l'urine. T. 39°8.

18 juin. — Dessèchement de l'éruption variolique. Adénite sous-maxillaire double. Un peu d'albumine dans l'urine. T. 40°4.

20 juin. — Éruption miliaire au pli du coude des deux côtés.

23 juin. — Début de la desquamation de l'éruption scarlatineuse.

27 juin. — Erysipèle de la face qui disparaît très-rapidement.

La convalescence débuta au commencement de juillet. Le malade eut pourtant encore deux érysipèles de la face, l'un le 20, l'autre le 29 juillet; ceux-ci furent extrêmement bénins et presque apyrétiques.

OBS. II. *Variole suivant immédiatement une autre variole.* — Jeune homme de dix-huit ans, entre à l'hôpital des varioleux au cinquième jour d'une variole discrète. La dessiccation des pustules commence au bout de huit jours. Seizième jour après le début de la maladie, frisson violent. T. 39°9. Rachialgie lombaire.

Le vingt-neuvième jour, érythème diffus généralisé, le soir la fièvre s'élève à 40 degrés.

Le trente et unième jour, efflorescences varioleuses sur la face, les mains et les pieds.

Le trente-quatrième jour, premiers signes de dessiccation de la nouvelle éruption à la face. La guérison survint sans autre accident. — (*Viert. Jahreschr. f. Dermat. u. syph.*). — (Heft 1874.)

Erysipèle migrateur d'une intensité particulière. (Prof. Güntner.) — Homme de trente ans, atteint le 5 décembre de bubon double d'origine syphilitique. Douleur dans les dents et la mâchoire supérieure droite le 14 décembre. Le lendemain, frisson d'une demi-heure. Prostration complète à la suite.

Le 17, apparition d'un érysipèle au niveau de la joue droite. En cinq jours, toute la face est atteinte. De là il gagne la nuque et suit la colonne vertébrale jusqu'aux lombes; il forme, en suivant les deux sterno-mastoïdiens, une sorte de manteau dont les deux moitiés sont symétriques. Il s'étend ensuite en avant aux téguments de l'abdomen et du thorax. Une partie de la région sous-ombilicale est respectée.

Le 27, l'érysipèle envahit les ganglions inguinaux, s'étend vers la ligne blanche, en arrière gagne la fesse, la cuisse, et la partie supérieure de la jambe en épargnant la rotule. Au moment où la maladie apparaît à l'aine et à la cuisse, le gonflement de la face persiste toujours. Quand il atteint son maximum, de petites vésicules remplies de pus se montrent, se vident, se dessèchent, et à leur suite se développent plusieurs petits abcès superficiels de la face et de la nuque. La marche de la température fut la même que dans certaines fièvres continues irrégulières: 41°2 après le frisson initial, 40 degrés les jours suivants, avec rémission de 1° 1/2 le matin.

Délire ayant duré douze jours. Albuminurie dès le troisième jour, elle persista jusqu'au 2 janvier. Paralysie de la vessie du septième au seizième jour.

(Au moment de l'entrée de ce malade à l'hôpital il y avait une épidémie d'érysipèle). (*Wien. Med. Presse*, 31 janvier 1875.)

Paralysie diphthéritique. (Joh Rose Mac Cormack). — Les médicaments sont quelquefois extrêmement utiles dans la paralysie diphthéritique. Dans chaque épidémie on trouve un remède d'une efficacité de beaucoup supérieure à celle des autres. Presque toujours un régime approprié forme la base du traitement. Le fer est souvent utile. L'usage persistant des stimulants locaux, de petites bandes vésicantes, constitue le véritable traitement. L'auteur considère la paralysie diphthéritique comme une paralysie essentiellement périphérique et tout à fait différente de celles que l'on trouve dans la variole, la scarlatine, la dysentérie et certaines autres affections aiguës. (*Lond. Med. Rec.*)

Ulcère chronique de l'estomac. — Nous trouvons dans une discussion soutenue sur ce sujet à la Société médicale d'Irlande, quelques particularités qui nous semblent intéressantes à signaler. Le docteur Mac Swiney rapporte quatre cas, dans le premier desquels le diagnostic fut rendu facile par la présence de tous les signes caractéristiques de la maladie (douleur locale, vomissements, troubles digestifs, hématémèse). Les quatre malades étaient du sexe féminin et âgées de quinze à trente ans. *Dans aucun cas il n'y eut de troubles dans la menstruation.*

Cette absence de phénomènes menstruels sert de base à M. Swiney pour faire le diagnostic entre l'ulcère simple et les troubles gastriques de l'hystérie, dans lesquels la menstruation n'est jamais normale. L'auteur traite la maladie par le repos au lit et les moyens suivants : contre la douleur, il donne l'opium ; contre l'hémorrhagie, l'acide gallique ; enfin il prescrit le bismuth pour arrêter les progrès de l'ulcération. Il a soin, en outre, de combattre la constipation par des lavements émollients, et de faire appliquer continuellement des cataplasmes laudanisés sur l'épigastre. Il insiste surtout sur le bismuth, qu'il regarde comme le médicament spécifique de l'ulcère simple.

Le docteur Quilan raconte qu'il a soigné récemment une jeune fille de vingt ans, présentant tous les phénomènes de l'ulcère simple. Elle mourut, et, à l'autopsie, on ne trouva que quelques taches ecchymotiques près du pylore, sans ulcère.

Le docteur J. Hugues pense qu'il n'existe point de symptôme pathognomonique de l'ulcère simple.

Le docteur More Madden croit que souvent la maladie reconnaît pour cause l'arrêt de la menstruation, qu'il faut toujours s'efforcer de rétablir.

Le docteur Fitz Patrick ne partage pas cette manière de voir. Il ne faut pas oublier que la présence de matières non digérées dans l'intestin produit l'hémorrhagie, et que dans l'estomac elle peut produire le vomissement et l'hématémèse. (*Irish hosp.Gaz.*, 1er fév. 1875.)

Piqûres d'araignées. — Dans quatre cas de piqûres d'araignée observés en Dalmatie par le docteur Modestin, on trouva des phénomènes d'empoisonnement semblables à ceux qui accompagnent la morsure des serpents venimeux. Chez une femme de trente-six ans, enceinte de cinq mois et piquée à la grande lèvre droite, il y eut des sueurs, des crampes dans les muscles du dos et du ventre : suppression des urines et des selles. Ces symptômes durèrent deux jours ; elle fut traitée par le camphre, la gomme arabique, le sucre et le vinaigre réunis en mixture. Sous l'influence de ces médicaments suivis d'un purgatif, ces accidents disparurent. Au bout de huit jours apparut un exanthème semblable à la rougeole, qui guérit assez vite sans laisser de traces. (*Giorn. dell. R. Acad. di Med. di Torino*, déc. 1874, et *Gaz. med. ital.*, prov. Venete, 9 janvier 1875).

Fracture compliquée du crâne. — Guérison (Hans Löw). — Le 17 juillet 1874, fut apporté à l'infirmerie de la fabrique où il travaillait, un enfant de treize ans qui avait eu la tête saisie par une machine (*selfactormaschine*). Vaste plaie avec un fragment d'os fracassé à la surface. On l'enlève immédiatement, puis on pratique le tamponnement avec de la charpie pour arrêter l'hémorrhagie. L'appareil est laissé trois jours en place. Léger suintement de sang pendant trois heures seulement.

Le petit malade, le jour même de l'accident, dort paisiblement pendant une heure, s'éveille avec les sensations de faim et de soif. Pas de hernie de l'encéphale. Fonctions intellectuelles normales.

Le 20, on enlève l'appareil, et l'on voit une plaie de 28 centimètres transversalement (10 à droite, 18 à gauche de la ligne médiane), sur la limite du frontal et des pariétaux, avec enfoncement du frontal et saillie des pariétaux. Décollement du périoste sur une partie de ces os et du temporal ; un fragment du frontal et du temporal est complétement détaché et permet d'apercevoir les mouvements de l'intérieur de la cavité crânienne.

29 juillet. — Enlèvement de ce fragment.

30 juillet. — Les surfaces dénudées se recouvrent de granulations.

20 août. — Une masse de grosses granulations, d'un blanc grisâtre, comble l'orifice. Extraction d'une pointe osseuse enfoncée.

2 septembre. — Ouverture d'un abcès formé à côté d'un séquestre.

8 septembre. — Extraction d'un séquestre temporal.

Guérison le 25 octobre. (*Wien. Med. Press.*, 31 janv. 1875.)

Méthode pour introduire les liquides dans la vessie sans pratiquer le cathétérisme (Zeissl, de Vienne). — Le cathétérisme peut être très-nuisible dans certains cas et provoquer des hématuries. Il vaut mieux, quand on veut pratiquer une injection intra-vésicale, agir de la sorte : placer la pointe de la canule d'un irrigateur dans le méat, le pénis étant relevé contre la paroi abdominale. Au bout d'un temps variant de une seconde à plusieurs minutes, le malade s'aperçoit de l'entrée du liquide injecté. La différence de niveau entre la vessie et l'irrigateur rend le passage du liquide plus facile dans sa cavité (*Wien. med. Wochenschr.* 1874, nº 51, et *Centralb. f. chir.*, 1875, nº 7.)

Opération pour le soulagement des affections prostatiques avancées (Thompson). — La vessie étant devenue extrêmement irritable, il y a un besoin constant d'uriner, et le cathétérisme est devenu nécessaire à tout instant. Thompson recommande de ponctionner de préférence la vessie par derrière le pubis, en prenant toutes les précautions que réclame cette petite opération, d'ailleurs sans danger. (*Lancet*, Jan. 2).

Trachéotomie dans l'empoisonnement par l'opium (Eck.). — Obs. I. Chez un malade auquel on avait enlevé plusieurs polypes du larynx, un troisième qui occupait en partie la glotte, nécessita l'anesthésie locale. On se servit pour cela de l'acétate de morphine étendu avec un pinceau. D'après les indications de l'opérateur, on employa 15 à 20 centigrammes de ce sel. Le malade avait déjà pris la nuit précédente, pour calmer sa toux, 15 centigrammes d'opium à l'intérieur. Un quart d'heure après le dernier badigeonnage, survinrent des phénomènes d'asphyxie, qui obligèrent de pratiquer la trachéotomie, avant même l'extirpation du polype. La respiration artificielle pratiquée pendant trois heures ne procura qu'un réveil de peu de durée. Il fallut recourir encore, pendant une heure et demie, à divers moyens d'excitation et faire usage de 6 à 7 milligrammes d'atropine. La cause de l'absorption, d'après Eck, était la chute de l'épithélium amenée par l'extirpation des précédents polypes. Il faut donc être très-réservé, lorsqu'on badigeonne avec des solutions de morphine des surfaces privées de leur épithélium.

Obs. II. — Tentative de suicide. Une jeune femme de vingt-deux ans avala 30 grammes de teinture simple d'opium (pharmacopée russe). Trachéotomie trois heures et demie après l'absorption du poison. Respiration artificielle pendant cinq heures et demie. Au bout de neuf heures, tétanos de tous les muscles du corps rendant la compression méthodique du thorax impossible.

L'air est chassé directement dans l'appareil respiratoire au moyen d'une vessie adaptée à la canule. Le tétanos dura cinq heures, avec rémissions incomplètes bientôt suivies d'exacerbations. La connaissance ne revint complétement qu'au bout de dix-sept heures.

L'auteur conclut de ces observations que l'emploi de la trachéotomie et la respiration artificielle sont très-utiles dans le stade asphyxique de l'empoisonnement par la morphine. (*Centralb. f. chir.*, nº 9, 1875.)

Empoisonnement par la morphine. Injections sous-cutanées de café. Guérison. — Le malade avait pris de 50 centigrammes à 1 gramme de sulfate de morphine. (Respiration artificielle; irritants cutanés; injections hypodermiques d'extrait de belladone, etc.) Le docteur Garrison *injecta en outre sous la peau 473 grammes d'une infusion très-chargée de café*, en quatre heures, avec une injection toutes les cinq minutes et sur tous les points du corps où il fut possible de la faire. (*Il Morgagni*, déc. 1874).

Traitement de la méningite cérébro-spinale (Upham). — Exercer les forces; combattre la tendance à la congestion du cerveau et de la moelle; adoucir les douleurs; calmer l'excitation nerveuse; nourrir le malade pour le mettre en état de supporter l'élimination des produits déposés dans ses tissus par le fait de la maladie. C'est aux médecins de décider quels sont les meilleurs moyens de remplir ces indications. (*Boston. med. Journ.*, septembre 1874, et *London med. Rec.*, 10 février 1875.)

Traitement topique des affections pulmonaires (Domauski). — Inhalation d'air comprimé chargé d'essence de térébenthine et d'acide phénique en solution au centième. Ces deux substances n'irritent pas le larynx, et l'auteur les a vues dans cinq cas produire d'excellents effets. (*Berl. klinisch. Wochenschr.*, janv. 1875, et *Lond. med. R.*, 10 fév.)

Diphthérie (Prangley). — Applications de teinture d'iode sur la gorge au dehors. Au dedans, inhalations iodées quand le larynx est affecté. Mixture au chlorate de potasse. Nourriture et stimulants (*British. med. journ.*, jan. 9.)

Traitement de la gale. (Professeur M. Petters). — Une ou deux frictions très-légères faites avec le baume du Pérou, en nature, ou le styrax étendu de deux parties d'huile. Bains savonneux inutiles, le baume pénétrant facilement dans les sillons et allant y détruire les sarcoptes et leurs œufs sans exiger de déchirure. Avec ce traitement pas de ces poussées exanthémateuses qui suivent l'emploi des pommades sulfureuses. (*Viert. f. Heilk.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 février 1875. — Présidence de M. LE FORT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. Froppeau, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Versailles, présente trois malades qu'il a eu à traiter dans son service.

Le premier est un sergent du génie blessé le 17 juillet dernier, dans une tentative d'assassinat, d'un coup de feu qui, après avoir traversé le bras, avait broyé les troisième et quatrième métacarpiens et la première phalange du médius et de l'annulaire. L'ablation des os brisés et de ces deux doigts ne fut suivie d'aucun accident du côté des gaînes tendineuses, et aujourd'hui le malade peut se servir d'une main composée du pouce, qui est opposable au doigt indicateur et au petit doigt également conservés. Les mouvements du poignet sont complétement libres.

Le deuxième malade est un artilleur blessé le 4 septembre, par un obus qui éclata pendant qu'il le déchargeait. Les muscles de la région antérieure de la cuisse, ainsi que le troisième adducteur jusqu'à l'anneau, furent arrachés. Les vaisseaux et le fémur étaient intacts. La plaie, longue de 26 centimètres sur 16 de largeur, se compliqua d'un érysipèle phlegmoneux de la cuisse et de la jambe, qui guérit. Mais la cicatrisation de cette large plaie était très-lente. Six greffes dermo-épidermiques furent appliquées le 16 octobre. Quatre réussirent, d'où partirent rapidement des prolongements épidermiques. Aujourd'hui la cicatrisation est complète et ne s'est pas rétractée.

Le troisième est un soldat de ligne blessé en même temps que le précédent. Le bras gauche fut complétement broyé. Il ne restait de l'humérus qu'une petite portion de l'extrémité articulaire scapulo-humérale, et, des masses charnues, que la région deltoïdienne. De plus, la troisième côte avait été fracturée par un éclat. La désarticulation des fragments osseux fut faite, et la large plaie comblée avec les parties molles qui avaient été épargnées.

Après divers accidents graves, entre autres un abcès profond de la fosse sus-scapulaire, le malade a guéri; mais le moignon de l'épaule s'est, depuis, un peu atrophié.

LECTURE

Vices de conformation de l'anus. — M. Delens donne lecture de deux observations de vices de conformation de l'anus.

Le premier, qui est rare, était un anus double, dont un seul était perméable. L'autre était imperforé, occupait la place normale de l'anus, et était séparé de celui qui en remplissait les fonctions par une cloison de 5 millimètres d'épaisseur. Il n'en résultait, du reste, pas d'inconvénients pour la défécation. La cloison fut excisée avec les ciseaux.

Le second est un cas d'imperforation du rectum pour lequel M. Delens fit la résection du coccyx. Il a revu ce petit malade six mois après l'opération, et a constaté que cette résection avait été suivie d'un prolapsus du rectum. (Commissaires : MM. Guéniot, Duplay et Verneuil.)

COMMUNICATION

Ablation totale du calcanéum. — M. TRÉLAT donne communication d'une opération qu'il a pratiquée sur un malade dont voici l'histoire résumée :

Cet homme, âgé de trente ans, d'une bonne constitution, eut le talon écrasé par une voiture en 1869. Il resta dix mois à Saint-Louis, en sortit incomplétement guéri au moment de la guerre, et rentra à la Charité en 1873. A cette époque, l'articulation tibio-tarsienne ne pouvait faire que quelques mouvements. La peau du talon et de la face plantaire présentaient une cicatrice ulcérée, recouvrant un calcanéum très-saillant par sa face inférieure. Le repos et des moyens anodins le guérirent assez vite. Mais à peine fut-il sorti depuis trois ou quatre jours qu'il dut rentrer, la plaie s'étant ulcérée de nouveau. M. Trélat fit alors la résection de la partie saillante de cet os. La cicatrisation, très-longue, fut achevée au printemps de 1874 par l'application de cinquante greffes dermo-épidermiques. L'aspect de la cicatrice était bon. Le malade marchait facilement à l'aide d'une bottine garnie de ouate. Mais le talon et la plante du pied rougissaient par la fatigue. Au mois de juillet, il sortit du service, mais resta à l'hôpital comme infirmier. Quinze jours après, la plaie s'était ulcérée de nouveau. Il rentra alors chez M. Trélat, disposé à tout pour se guérir. Mais, le matin du jour fixé pour l'opération, il fut pris de peur et se sauva de l'hôpital. Il revint le lendemain, repentant, et M. Trélat fit la résection complète du calcanéum. L'opération eut lieu le 9 décembre dernier. Frappé des difficultés qu'il rencontra pour désarticuler la petite tête du calcanéum, M. Trélat se proposerait, dans un cas semblable, de couper avec la pince de Liston ou la scie de Larrey cette petite tête, qui cause toute la difficulté de l'opération, puis de la désarticuler après la résection du reste de l'os. De plus, au lieu des daviers en usage dont l'écartement des branches fait perdre tant de force au chirurgien, il se servirait d'un davier dû à M. Farabeuf. Ce davier, qu'il présente à la société, offre une articulation spéciale permettant d'obtenir un écartement considérable des mors, bien que celui des branches soit très-modéré.

DISCUSSION

M. VERNEUIL a enlevé deux fois l'astragale en le segmentant pour en faciliter l'extraction, qu'il a faites alors par deux incisions très-petites situées sur les faces latérales du pied. L'opération de M. Trélat est une extraction, et non une résection du calcanéum, puisque celui-ci a été enlevé en totalité.

M. TILLAUX est opposé aux incisions plantaires à cause de la cicatrice qui est toujours douloureuse pendant la marche. Quant à l'opé-

ration, si l'on a affaire à un os carié, il n'y a pas de méthode à suivre, on en enlève les débris comme on peut. Si l'on veut extraire un calcanéum en entier, M. Tillaux conseille d'agir d'arrière en avant après avoir fait un grand lambeau postérieur, et en laissant les vaisseaux en dehors. Il n'a d'ailleurs pratiqué cette opération que sur le cadavre.

M. HOUEL. Le procédé à lambeau postérieur dont parle M. Tillaux a été conseillé par Rigault et est très-pénible. M. Houël l'a employé il y a quinze ou seize ans, dans un cas où le calcanéum, atteint de nécrose profonde, avait conservé toute sa résistance. On blesse forcément les vaisseaux de la partie interne du pied. Dans le cas qu'il a vu, l'opération a été suivie de gangrène des orteils, et il dut amputer la jambe cinq jours après. Il n'y avait cependant pas eu d'hémorrhagie.

M. GIRALDÈS. L'extraction du calcanéum est quelquefois très-facile. M. Giraldès l'a faite cinq fois par le procédé d'Ollier. Elle est facile si l'os est nécrosé en totalité chez un jeune sujet, le périoste, dans ce cas, se détachant sans peine. Elle est plus difficile si l'altération est circonscrite à certains points de l'os. Ce n'est pas une opération de force, mais de patience et d'adresse. Le calcanéum ne tient quelquefois par presque rien, et si l'on tombe sur le point résistant on l'enlève sans difficulté. S'il est nécrosé intérieurement, l'évidement laisse une coque de tissu spongieux où il reste des points nécrosés, et la suppuration est très-longue. Il a vu trois fois ce cas. Si alors on veut l'enlever, il s'écrase, et l'opération devient très-difficile.

M. PERRIN. Dans le cas relaté par M. Trélat, la cicatrice plantaire existant déjà, il était peu important de chercher à l'éviter. Quant à la résection de la petite apophyse du calcanéum, cette pratique lui paraît dangereuse à cause des nerfs et des vaisseaux qui lui sont immédiatement accolés.

M. TRÉLAT se range à l'avis de M. Verneuil quant au nom à donner à l'opération qu'il a faite. C'est une ablation totale et non une résection du calcanéum. Les observations de M. Tillaux et Perrin sur les inconvénients des cicatrices plantaires n'ont pas leur raison d'être. M. Trélat n'ayant pas fait d'incision dans cette région. Il s'est inspiré des procédés d'Ollier et de Clifton Morroc, et a fait une incision *latérale* étendue de la malléole à l'articulation calcanéo-cuboïdienne. Dans l'opération dont M. Houël a parlé, les vaisseaux et nerfs ne risquent rien si l'on a eu soin de ruginer le périoste auquel ils sont accolés. Quant à l'évidement rejeté par M. Giraldès, il est très-facile quand l'os est friable et l'on a un grand intérêt à le faire.

M. LE FORT. Le procédé à lambeau postérieur dont a parlé M. Tillaux est celui d'Errichsen. On ne pourrait prolonger l'incision vers le cinquième métatarsien sans risquer de blesser le nerf plantaire.

M. DESPRÈS. Il semblerait, d'après M. Giraldès, que l'évidement serait une mauvaise opération. Cependant les malades qui ont subi la résection du calcanéum marchent mal, malgré une chaussure spéciale. Quand on leur a fait l'évidement, la déformation est peu considérable, et ils peuvent faire des marches prolongées.

M. GIRALDÈS cite un cas où le calcanéum ayant été enlevé, on ne sait plus aujourd'hui quel est celui des deux pieds qui a subi cette opération. Il demande à M. Desprès combien il peut citer d'exemples d'évidement du calcanéum suivi de guérison assez complète pour que le malade marche bien.

M. DESPRÈS a présenté un malade, il y a quelques années, qui avait subi cette opération. La suppuration avait duré deux ans, mais son malade marchait bien. Il vaut mieux rester longtemps à l'hôpital et en sortir guéri que de n'y faire qu'un séjour relativement court et de conserver une infirmité qui durera toute la vie, ce qui est le cas des malades qui ont subi la résection.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

1. Lemaistre. De l'angine superficielle scrofuleuse chronique.
2. Cazalis. De la dégénérescence amyloïde et de la steatose du foie et des reins dans les longues suppurations et dans la septicémie chirurgicales.
3. Fleuriot. Considérations sur les divers modes de traitement employés en médecine contre l'occlusion intestinale interne.
4. Coulard. De l'érythème papuleux dans ses rapports avec le rhumatisme.
5. Just. Des complications pulmonaires et notamment de la pneumonie dans les affections organiques du cœur.
6. Rocher. Parallèle différentiel entre la pneumonie franche et la bronchiopneumonie chez les enfants.
7. Paillard. De l'aspiration et de l'injection iodée dans le traitement des kystes de l'ovaire.
8. Badin. Sur la perforation artificielle du tympan.
9. Girardot. Contribution à l'étude de la *phlegmatia alba dolens*.
10. Laurent. De la stupeur dans les formes dépressives de la folie.

CORRESPONDANCE

A M. le docteur Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Paris, 25 février 1875.

Mon cher directeur,

Une somme annuelle de mille francs a été léguée à la Faculté de médecine par le baron de Trémont en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Les élèves qui se trouvent dans ces conditions sont malheureusement trop nombreux, ainsi que le dit M. le doyen de la Faculté dans le compte rendu des prix de l'année scolaire 1873-1874.

J'ai pensé pouvoir être utile à ces jeunes gens, et je me mets de grand cœur à leur disposition dans la mesure de mes moyens.

Voici mon projet, je l'ai soumis à M. Wurtz; voulez-vous avoir l'obligeance de le faire connaître à vos lecteurs ?

Cours de médecine opératoire (prix, 30 francs). — Ce cours sera fait en faveur des étudiants en médecine sans fortune, qui se trouvent dans les conditions du legs de Trémont.

L'argent sera remis entre les mains de M. le doyen de la Faculté de médecine.

M. Fort commencera ce cours le jeudi 4 mars, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera tous les jours, à la même heure, jusqu'aux vacances de Pâques. Les ligatures et les amputations feront l'objet du cours. Toutes les opérations seront faites sur le sujet.

S'inscrire 21, rue Jacob, ou au pavillon n° 7 de l'École pratique.

Agréez, etc.

Dr FORT,
Professeur libre d'anatomie.

Cette lettre n'a besoin d'aucun commentaire. Nous nous bornerons à la signaler à la bienveillante attention de nos confrères de la presse médicale. Il importe, en effet, de donner toute publicité à une aussi heureuse initiative.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine. — Les sujets de thèse donnés aux candidats pour le concours d'agrégation sont les suivants :

MM. Hallopeau. Des paralysies bulbaires. — Balestre. Du rôle de l'inanition en pathologie. — Debove. L'action physiologique des médicaments peut-elle devenir la règle de leur emploi thérapeutique? — Straus. Des contractures. — Grasset. De la médication vomitive. — Renaut. Intoxication saturnine chronique. — Lépine. De la localisation dans les maladies cérébrales. — Rathery. Des accidents de la convalescence. — Ducastel. Des températures élevées dans les maladies. — Grancher. De la médication tonique. — Audhoui. De l'influence des études histologiques sur la connaissance des maladies du système nerveux. — Liouville. De l'abus en thérapeutique. — Legroux. De l'aphasie. — Joffroy. De la médication par l'alcool. —

Desplat. Des paralysies périphériques. — Dieulafoy. Des progrès réalisés par la physiologie expérimentale dans la connaissance des maladies du système nerveux. — Rendu. Des anesthésies spontanées.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Dans l'année scolaire 1873-1874, le nombre des étudiants en cours d'inscription a été de 145 ainsi répartis : 1re année, 15; 2e, 44; 3e, 39; et 4e, 11. Si à ce chiffre on ajoute 45 élèves en cours d'examen et 26 auditeurs bénévoles, on trouve que le nombre total des étudiants s'est élevé à 216, soit 31 de plus que l'année dernière. Parmi ces élèves figurent 23 enrôlés au service de santé militaire et 7 aspirants au titre d'officier de santé. — Neuf thèses ont été soutenues du 22 novembre 1873 au 11 août 1874. — Il y a eu trois réceptions d'officier de santé et trente-cinq de sages-femme dont trente-quatre de seconde classe et une de première.

— La Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques, vient d'arrêter les sujets des prix qu'elle se propose de décerner en 1876, 1877 et 1878; en voici le programme :

Prix à décerner en 1876. — 1re question. — Montrer, par des recherches statistiques assez limitées pour que les éléments en puissent être exactement recueillis et facilement coordonnés, circonscrites à un canton, par exemple, et s'étendant, autant que possible, comme période de temps, du commencement du siècle jusqu'à nos jours, quels sont les rapports entre l'accroissement du nombre des cabarets et les changements survenus dans la nativité, la mortalité, la durée de la vie moyenne, la criminalité, la fréquence des maladies mentales, des suicides, le nombre des exemptions du service militaire pour faiblesse de constitution ou infirmités.

2e question. — Étude comparée des législations relatives aux débits des boissons dans les divers États de l'Europe. Chercher dans cette étude des données sur les modifications dont la législation française serait susceptible au point de vue de la répression de l'abus des boissons alcooliques.

3e question. — Étudier les associations coopératives de consommation qui existent en France, les causes qui en ont jusqu'à ce jour restreint l'extension et les avantages qu'elles présentent au point de vue de la tempérance.

4e question. — Déterminer, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, les effets comparatifs des eaux-de-vie et des liqueurs dites *similaires de l'absinthe*, et qui sont préparées avec les essences de fenouil, de badiane, d'anis, de tanaisie et autres plantes analogues.

Pour chacune des quatres questions, le prix sera de 1,000 francs.

Prix à décerner en 1877. — 1re question. — Déterminer, à l'aide d'analyses chimiques répétées sur un grand nombre d'échantillons pris au hasard, chez les débitants de Paris ou de la province, les analogies et les différences qui existent entre l'esprit de vin et les alcools de toute autre provenance livrés au commerce des boissons et des liqueurs. — Le prix sera de 2,000 francs.

2e question. — Est-il possible de distinguer positivement, par l'examen des propriétés chimiques ou physiques, les vins et les eaux-de-vie naturels, c'est-à-dire provenant de la fermentation des jus de raisin, ou de la distillation des jus fermentés, des vins ou des eaux-de-vie fabriqués ou mélangés avec des alcools d'autre provenance. — Le prix sera de 1,000 francs.

Prix à décerner en 1878. — Déterminer, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, les différences qui, au point de vue des effets sur l'organisme, et à titre alcoolique égal, existent entre les vins et les eaux-de-vie naturels d'une part, et, d'autre part, les vins fabriqués ou simplement relevés avec des alcools de provenance purement industrielle et les eaux-de-vie de même origine. — Le prix sera de 2,000 francs.

NOTA. — Les mémoires écrits en français et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresse des auteurs devront être envoyés à M. le docteur Lunier, secrétaire général de la société, rue de l'Université, 6, à Paris : pour les prix de 1876, avant le 1er janvier de la même année et pour ceux de 1877 et 1878 avant le 1er janvier des mêmes années.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Statistique des services de médecine des hôpitaux de Lyon, par M. le docteur MAYET, médecin de l'Hôtel-Dieu, avec le concours, pour les tableaux et tracés graphiques, de M. Duchamp, interne des hôpitaux. — Première année 1872, premier fascicule. — 1 gros vol. grand in-8°. — Prix de l'ouvrage complet : 30 francs. — La seconde partie sera délivrée gratuitement. — Paris, 1875. — J.B. Baillière et fils.

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques des tissus et des organes du corps humain, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger. 2e édition entièrement refondue, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 551 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude sur la dermatite exfoliatrice généralisée, par le docteur E. PECHERON. — In-8° avec 2 planches de tracés de température. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Du sarcocèle syphilitique. Leçons professées par le docteur Alfred FOURNIER, médecin de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé à la Faculté de médecine. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

De la ponction capillaire de la vessie et spécialement des indications nouvelles qu'elle fait surgir, qu'elle remplit, par le docteur FOCHIER, chirurgien de la Charité de Lyon. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Des congestions actives et de la contraction autonome des vaisseaux, par le docteur ONIMUS. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, G. Masson.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, 7, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

MÉDICATION SUDORIFIQUE ET SIALAGOGUE.
Véritable Jaborandi du docteur COUTINHO.
Sous trois formes :
1° **Jaborandi concassé**, chaque paquet contient la dose nécessaire à une infusion ;
2° **Sirop de Jaborandi** / 3° **Élixir de Jaborandi** } deux cuillerées à bouche pour une sudation.
DÉPÔT : PHARMACIE YVON, 7, *rue de la Feuillade, près la Banque.*
Vente en gros : maison GRIMAULT et Cie, 8, rue Vivienne.

N° 25. — MARDI 2 MARS 1875. 48e ANNÉE. MARDI 2 MARS 1875. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

En dehors des faits que le hasard révèle, l'hypothèse est la condition nécessaire et raisonnable de tout progrès de l'esprit humain. Mais il y a hypothèse et hypothèse. Il y a la petite hypothèse, qui précède les actes de l'expérimentateur au jour le jour, et la grande hypothèse, qui embrasse tout un ordre d'idées et qui fait concourir à sa démonstration toutes les forces vives d'une génération entière. Parmi les grandes hypothèses de notre temps, nous trouvons la *théorie cellulaire*, qui nous a conduits à la découverte des infiniment petits, et qui a désormais fini son temps ; nous trouvons encore la *théorie des générations spontanées ou non spontanées*.

Ce n'est pas la première fois que toute une génération de savants prend cette dernière comme guide, stimulant ou appui. Le nom, la forme, l'étendue de la question ont pu changer, mais le fond est le même.

Tout le monde connaît les intéressantes découvertes du champion actuel des générations non spontanées. M. Pasteur, grâce à ses recherches, est connu de tous, même du plus modeste vigneron. Mais M. Pasteur, soit que ses idées aient changé, touchant la valeur de l'hypothèse, soit qu'il ait des motifs de redouter l'intervention des médecins et des physiologistes dans son affaire, n'est plus aussi affirmatif qu'autrefois au sujet des générations non spontanées (voir son discours à l'Académie de médecine), et ne semble plus préoccupé que de défendre ses découvertes scientifiques. Nous ne saurions l'en blâmer, car, après tout, l'hypothèse n'en fera pas moins son chemin tant qu'elle sera utile à un progrès nouveau.

C'est dans ces prudentes dispositions d'esprit que M. Pasteur a abordé la tribune pour défendre ses idées, sur la fermentation alcoolique, contre M. Brefeld (de Würzbourg), et M. Moritz Traube (de Breslau).

« L'acte chimique de la fermentation, disait M. Pasteur en 1861, est essentiellement un phénomène corrélatif d'un acte vital, commençant et s'arrêtant avec ce dernier ; il n'y a jamais fermentation alcoolique proprement dite, sans qu'il y ait simultanément organisation, développement, multiplication de globules, ou vie poursuivie, continuée de globules déjà formés... la fermentation est la conséquence de la vie sans gaz oxygène libre. »

M. Brefeld n'a pas adopté cette manière de voir, et il a conclu, d'après des expériences très-délicatement conduites, « qu'il n'existe pas sur les derniers degrés de l'échelle organique, une classe d'êtres qui, comme le pense M. Pasteur, soient capables de vivre d'oxygène à l'état de combinaison, de se nourrir, de se multiplier dans des conditions d'existence absolument contraires à celles qui sont communes à tout le reste des êtres vivants. »

M. Moritz Traube accorde à M. Pasteur la possibilité, pour la levûre, de se développer sans gaz oxygène libre, mais il affirme, d'après ses expériences, que la levûre, sans gaz oxygène libre, ne donne lieu qu'à un commencement de fermentation.

En résumé, M. Brefeld nie formellement que la levûre puisse vivre sans air, et déclare que les expériences de M. Pasteur sont erronées.

M. Traube assure, au contraire, qu'elles sont exactes, et défend M. Pasteur sur ce point; mais tous deux repoussent l'idée que la vie de la levûre puisse avoir lieu au moyen du sucre en l'absence du gaz oxygène libre.

M. Pasteur a répété avec le plus grand soin les expériences de ces éminents contradicteurs, et il est parvenu à démontrer, par des faits qui nous paraissent très-concluants, que M. Brefeld a été induit en erreur parce que, dans ses expériences, il avait employé de la levûre trop vieille, et que M. Traube n'a pas vu toute la vérité parce que sa levûre n'était pas assez pure.

— Encore un peu de fermentation. Dans la discussion scientifique qui eut lieu devant l'Institut entre MM. Pasteur et Fremy, sur la théorie de la fermentation, M. Dumas intervenait, en établissant qu'il y a deux sortes de ferments : ceux dont le type est la levûre de bière, qui vivent et se multiplient pendant la fermentation ; ceux dont le type est la diastase, qui se détruisent, au contraire, pendant leur action.

En réservant le nom de *fermentation* à l'action chimique produite par les ferments du premier type, M. Dumas arrive à cette conclusion, que la fermentation est un phénomène chimique s'accomplissant sous l'influence nécessaire de la vie de la levûre. Après avoir étudié l'action d'un grand nombre de substances sur la levûre, l'illustre chimiste étudie les propriétés du borax. Ce corps coagule la levûre, dissout les membranes qui restent en suspension dans une solution non filtrée de blanc d'œuf, empêche l'intervention du sucre par l'eau de levûre, arrête l'action de la diastase et paralyse la synaptase.

M. Schnetzler a poursuivi sur ce point les études de M. Dumas, et il en donne le résultat dans une note intitulée : *De l'action du borax dans la fermentation et la putréfaction.* D'après M. Schnetzler, la solution de borax tue le protoplasma des cellules végétales en les coagulant. Ce sel agit de la même façon sur les infusoires, les rotifères, etc. Enfin le borax empêche la *fermentation* dans les liquides qui peuvent lui donner naissance, ainsi que l'acte plus complexe de la *putréfaction.* L'auteur propose d'utiliser les propriétés du borax, au point de vue de la conservation des pièces anatomiques et à celui du pansement des plaies.

— M. Gayat adresse une note intitulée : *Etudes comparatives sur l'homme et sur les animaux, au point de vue des signes ophthalmoscopiques de la mort.*

« En somme, dit M. Gayat, les phénomènes oculaires invoqués jusqu'ici comme signes de la mort récente me paraissent tous être soumis à l'action des causes extérieures, telles que la température de la salle de dépôt, la saison de l'année et le genre de mort. Aucun ne paraît assez constant, soit sous le rapport de la fréquence, soit relativement à l'époque de son apparition à partir du décès, pour pouvoir être regardé, d'une façon utile, comme un signe absolument certain de la cessation récente de la vie. »

Cette note s'adresse trop directement aux belles recherches de M. Bouchut, pour qu'elle ne soit pas, de la part de notre éminent confrère l'objet d'une savante appréciation. En vue de cette attente, nous réservons nos propres appréciations, et le lecteur nous en saura gré. Dr Édouard FOURNIÉ.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

De l'hypnotisme spontané.

I

Vous venez de voir un cas de névrose extraordinaire qui, par ce qu'il a d'exceptionnel, mérite de fixer votre attention. Il se rattache à des questions où le merveilleux l'a pendant longtemps disputé au naturel et dont on a désormais l'explication anatomique et physiologique. C'est un cas d'*hypnotisme spontané* dû à un petit travail d'aiguille trop fatigant pour les yeux.

Voici ce fait singulier :

La petite fille X..., âgée de dix ans, d'une bonne santé habituelle, née de parents sains, n'a jamais eu de crises nerveuses d'aucune espèce.

Placée en apprentissage il y a cinq mois pour coudre des gilets d'homme, c'est ce métier qui l'a rendue malade. Au bout d'un mois d'un travail assidu, qui n'avait rien d'exagéré, au moment où elle faisait une boutonnière, elle perdit connaissance et dormit une heure. Revenue à elle, et reprenant son ouvrage, le même accident eut lieu et, depuis lors, chaque fois qu'on lui donnait une boutonnière à coudre, il survenait une nouvelle perte de connaissance ou, si l'on veut, une nouvelle attaque de sommeil. Il y avait là quelque chose de magique, qui rappelait ces histoires de sorcellerie où l'on pensait qu'un objet pouvait être ensorcelé par quelque mauvais génie. En effet, tout autre travail que la confection des boutonnières pouvait être fait impunément, l'enfant pouvait coudre en long, faire des ourlets, enfiler des perles, etc., sans tomber et sans dormir. Seules, les boutonnières avaient un pouvoir hypnotique vraiment merveilleux.

Ces accidents se renouvelaient huit à dix fois par jour; la mère était désolée, et c'est dans ces conditions qu'elle m'a prié d'admettre son enfant.

Dans la salle, je lui ai fait coudre des boutonnières devant moi, et voici ce qui est arrivé. A peine avait-elle fait trois points, une minute après avoir commencé, qu'elle tomba lourdement de sa chaise sur le sol, se frappant sans précaution, et elle était complétement endormie. Le phénomène se produisit subitement, sans excitation préalable. Relevée par nous, elle avait de la catalepsie des bras et des jambes, la pupille dilatée, le pouls ralenti, et elle était tout à fait insensible. On pouvait la pincer et la piquer sur différentes parties du corps sans lui faire éprouver de douleur.

Ce sommeil anesthésique dura trois heures, puis l'enfant revint à elle et ne ressentit rien de particulier.

L'épreuve fut tentée le lendemain avec des résultats identiques, mais le sommeil dura seulement une heure. On lui fit coudre alors un ourlet, et enfiler des perles, mais il ne se produisit rien de semblable.

Pour varier, je lui fis regarder avec attention et fixement un crayon d'argent placé à 10 centimètres de la racine du nez, et les mêmes phénomènes de sommeil anesthésique eurent lieu.

Une fois éveillée, l'enfant n'avait aucune souffrance à la tête, pas de trouble auditif ou visuel, pas de désordre d'estomac ou d'intestin et rien de particulier au cœur.

En réfléchissant sur la nature de cet état morbide, j'ai d'abord songé au *vertige épileptique*, mais ce n'est pas cela, car si le vertige prend subitement au milieu des occupations du malade, il passe de même, dure quelques secondes, et n'est pas suivi de sommeil. Ce n'est pas davantage de l'*épilepsie*, car il n'y a pas de mouvements convulsifs, et l'on ne voit là aucun des caractères de l'attaque hystérique. Peut-être y a-t-il là des symptômes d'hystérie future, mais actuellement, la névrose que nous offre cette petite malade a des caractères propres qui constituent une véritable entité morbide.

C'est, en dehors de l'hystérie, une névrose toute spéciale caractérisée par du sommeil, de l'anesthésie et de la catalepsie. A ces caractères, on distingue l'*hypnotisme* de Braid, de Esdaile et de Azam, dont il a tant été question en 1858 et qui, aujourd'hui, est tout à fait oublié. Seulement, c'est ici un hypnotisme spontané, tandis que l'hypnotisme de Braid ou le *braidisme* était provoqué par des pratiques particulières destinées à engendrer le sommeil anesthésique. Si c'est là un des côtés intéressants du fait dont je vous parle, ce n'est pas le seul, car la cause du phénomène aujourd'hui bien connue a jeté une vive lumière sur la nature d'un certain nombre de névroses anciennes et sur le principe du magnétisme animal.

La découverte de l'hypnotisme expérimental, en faisant connaître le mécanisme de l'hypnotisme spontané, a du même coup fait connaître la cause de certaines extases cataleptiques attribuées à l'influence divine et mis à néant l'existence du magnétisme animal. En montrant que la fatigue de la vue déterminée par la fixité du regard et le strabisme volontaire prolongé amenait le sommeil, la catalepsie et certains troubles des sens ou de l'intelligence qu'on observe dans l'extase, la découverte de l'hypnotisme a rendu un véritable service à la médecine. Elle a enlevé à certains faits de névropathie leur caractère merveilleux ou surnaturel, réputé divin par les uns, magique ou diabolique pour les autres, afin de les montrer dans leur véritable jour, qui est celui des actions vaso-motrices réflexes, et elle a renversé toutes les jongleries attribuées à l'influence imaginaire du fluide animal magnétique. C'est, en effet, par la souffrance périphérique de quelques nerfs qu'il

faut expliquer désormais certains cas d'extase, de catalepsie, d'anesthésie, d'hallucinations, de vertiges, etc., dus dans cette théorie nouvelle à l'action réflexe de ces nerfs sur la circulation capillaire cérébro-spinale. Par cette irritation périphérique, il se fait, selon son origine, une hyperémie d'un point correspondant et variable du cerveau ou de la moelle épinière, et, à la suite de cette hyperémie passagère, des troubles nerveux également passagers de l'intelligence, du mouvement et de la sensibilité.

Il y a loin, comme vous le voyez, de cette théorie physiologique aux théories mystiques, surnaturelles, magnétiques ou autres, et c'est pour cela que j'ai choisi cette enfant pour sujet de cette leçon.

Maintenant, ce n'est plus qu'à titre de curiosité historique qu'il faut parler de l'ancien hypnotisme, car tout l'inconnu de ces cas merveilleux s'explique physiologiquement. Mais il ne faut pas que la crainte de se tromper ou d'être trompé vous amène à nier, comme on le fait trop souvent des faits incontestables et dont l'explication seule était fautive. Oui l'extase cataleptique et anesthésique est vraie; oui le sommeil magnétique et la perversion des sens sont certains; mais c'est à une hyperémie vaso-motrice et non à l'accumulation d'un fluide imaginaire ou à une influence occulte qu'il faut les attribuer.

Ainsi, au quatrième siècle de l'ère chrétienne, la sommeil et l'anesthésie de ces moines du mont Athos ou *omphalo-psychéens*, qui, croyant se mettre en communication avec le siége de leur âme, se regardaient fixement et longtemps l'épigastre, est un fait réel. Cette contemplation assez gênante amenait, par sa durée, une fatigue des yeux qui agissait sur le cerveau et produisait l'extase.

Il en est de même chez ces fakirs de l'Inde qui, je ne sais trop pourquoi, avaient choisi le bout de leur nez pour objet de leur contemplation. Au bout d'un certain temps, ils croyaient y voir une flamme bleuâtre, leurs yeux se fermaient, puis ils perdaient connaissance et devenaient insensibles pendant un temps plus ou moins prolongé en présentant des phénomènes extatiques plus ou moins caractérisés.

Les extases cataleptiques de sainte Thérèse et de quantité d'autres mystiques ou contemplatifs célèbres dans toutes les religions sont des faits de même nature. Elles ont pour origine une contemplation fixe, ardente, passionnée, de l'objet ou de l'image occupant la pensée. C'est une excitation intellectuelle, une sorte d'ivresse voluptueuse, suivie de catalepsie, d'extase, d'anesthésie et d'exaltation des sens, ayant encore pour point de départ la fatigue des yeux.

Aux époques de foi ardente et de fanatisme religieux, ces faits sont très-communs, et il n'est pas d'âme exaltée qui, se laissant aller à la rêverie mystique ou se retirant du monde pour se livrer à la contemplation permanente des images sacrées, ne puisse éprouver les phénomènes nerveux de l'extase. Je les ai même observés dans ma clientèle sur une jeune femme aussi ardente chrétienne que mère passionnée, et qui, tremblant toujours à l'idée qu'elle pouvait perdre sa fille unique, l'avait consacrée à la Vierge dont l'image était dans sa chambre. Elle passait des heures entières à contempler l'enfant Jésus. Elle ne le quittait pas des yeux, le priant avec ardeur, surexcitant sa foi par la crainte de se voir enlever son enfant, puis elle se mettait à pleurer, perdait connaissance et devenait momentanément insensible.

La science abonde de faits de ce genre et la pratique en fournit à chaque instant qui ne sont pas publiés et qui sont perdus. Mais qu'importe, ceux que l'on connaît sont assez nombreux pour justifier ce principe de pathologie générale : chez les sujets prédisposés, une fatigue prolongée des yeux peut produire l'extase cataleptique et l'anesthésie. (Bouchut, *Pathologie générale*, 3e édition, 1875, page 215.)

(*A suivre.*)

DU TRAITEMENT DU PIED-BOT VARUS (1)

Par M. le docteur A. Dubrueil, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Paris.

Le varus ou pied en dedans (strephendopodée de Duval) s'associe le plus souvent, on le sait, avec le pied équin, c'est-à-dire que le pied porté en dedans est en même temps fixé dans l'extension, coïncidence de position que, dans la théorie de l'origine nerveuse du pied-bot, on peut attribuer à ce que les extenseurs du pied sur la jambe et l'adducteur par excellence (le jambier postérieur) sont innervés par le même nerf, le sciatique poplité interne, ce qui a fait désigner par Bonnet le pied varus équin sous le nom de pied-bot poplité interne. La double fonction du triceps sural qui, comme l'a établi le premier Delpech, est adducteur en même temps qu'extenseur, doit aussi peut-être être prise ici en considération.

Quoi qu'il en soit, laissant de côté l'équinisme, c'est sur l'élément, varus qu'on rencontre quelquefois isolé ou même associé au talus, que je désire appeler l'attention.

J'aurai, chemin faisant, l'occasion d'insister sur quelques points de la physiologie du pied que Duchesne a singulièrement contribué à élucider dans son ouvrage sur la physiologie des mouvements, mais à propos desquels j'aurai cependant quelques observations à présenter.

Les éléments de la difformité qui constituent le pied varus peuvent se trouver seulement au niveau du pied ou exister aussi à la jambe. Occupons-nous d'abord de la difformité bornée au pied.

Le varus est constitué par la permanence et l'exagération d'une position désignée sous le nom impropre d'adduction. Le véritable mouvement d'adduction, celui par lequel le bord interne du pied et le pied tout entier sont rapprochés du plan médian, sans qu'il se fasse de changement dans la position relative des parties constituantes de ce segment terminal du membre pelvien, ce mouvement se passe dans l'articulation coxo-fémorale et est naturellement accompagné d'un mouvement d'adduction du membre pelvien tout entier.

C'est aussi dans l'articulation de la hanche que se passe le mouvement par lequel le pied se porte de dehors en dedans, en décrivant un arc de cercle autour de l'axe vertical du talon représentant l'axe du mouvement, arc qui appartient à un cercle dont le rayon est représenté par la longueur du pied.

Quant au mouvement d'adduction borné au pied, le seul qui m'intéresse en ce moment, il est toujours le résultat de la combinaison de mouvements multiples. Je vais étudier ces mouvements en étudiant l'action des muscles adducteurs, et je prends ici le mot adduction dans son acception usuelle et non dans son acception rationnelle.

Ces muscles sont au nombre de trois : le triceps sural, le jambier postérieur et le jambier antérieur.

Voici l'action que des expériences que j'indiquerai ci-après m'ont conduit à reconnaître à ces muscles.

Triceps sural. — Le premier effet de la contraction de ce muscle est d'étendre le pied dans l'articulation tibio-tarsienne. A un moment donné, ce mouvement est arrêté par la rencon-

---

(1) Lu à la *Société de chirurgie*, et inséré dans les *Bulletins* et *Memoires*.

tre du bord postérieur de l'extrémité articulaire du tibia avec la saillie qui limite en arrière la surface articulaire supérieure de l'astragale. Si à ce moment le triceps continue à agir, le calcanéum se trouve attiré en arrière d'une part, et d'autre part fixé en avant par le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur qui le relie au scaphoïde.

Mais la traction du triceps continuant, elle est transmise du calcanéum au scaphoïde par le ligament que je viens de signaler. Le scaphoïde glisse alors de haut en bas sur la tête de l'astragale, en raison de la configuration de cette tête; il se dirige en même temps en dedans, et l'avant-pied est ainsi porté dans l'adduction. Le calcanéum est forcé de suivre ce mouvement, et en vertu de la disposition des facettes articulaires qui l'unissent à l'astragale, il éprouve en même temps autour d'un axe antéro-postérieur un mouvement de haut en bas et de dehors en dedans. Le talon est porté en dedans, tandis que dans l'adduction déterminée par les jambiers il est dirigé en dehors.

Le calcanéum continue à se mouvoir comme je viens de l'indiquer sur l'astragale immobile jusqu'à ce que le ligament interosseux soit porté à son maximum de tension. Le triceps sural continuant encore à agir, l'astragale cède à l'impulsion de dedans en dehors qui lui est transmise par le calcanéum, et subissant un mouvement de rotation autour d'un axe antéro-postérieur, elle vient par sa facette externe presser de dedans en dehors sur la malléole externe.

Les liens fibreux qui unissent la malléole externe au tibia sont assez lâches pour permettre un certain écartement entre ces deux os, et la projection de cette malléole en dehors retentit sur toute la longueur du péroné jusqu'au niveau de l'articulation péronéo-tibiale supérieure. Tel est le mouvement d'adduction produit par le triceps sural, mouvement très-limité, attendu que l'adduction du pied se passe principalement dans l'articulation médio-tarsienne et que ce muscle n'agit que fort indirectement sur cette articulation.

Les deux autres muscles adducteurs dont il me reste à examiner le mode d'action, les jambiers antérieur et postérieur s'insèrent sur le bord interne du pied en avant de l'articulation médio-tarsienne. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 février 1875. — Présidence de M. Woillez.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre adressée par la Société de géographie à la Société médicale des hôpitaux pour lui demander son concours dans l'organisation d'une réunion générale de toutes les sociétés scientifiques. (Renvoyé au conseil d'administration.)

DISCUSSION

Traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids. — M. Maurice Raynaud. La communication faite dans la dernière séance par M. Blachez avait pour moi un double intérêt, puisque, d'une part, dans un article inséré dans le *Journal de Thérapeutique* de M. Gubler, j'ai moi-même soulevé cette question du traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids, et que, d'autre part, M. Blachez m'a fait l'honneur de m'appeler en consultation auprès de la malade qui fait le sujet de son intéressante observation. Cette observation (voir notre numéro du 16 février 1875), suivant moi, présente une réelle importance tant au point de vue doctrinal qu'au point de vue pratique; on sait qu'il s'agit d'une agonisante rappelée à la vie d'une façon inespérée. C'est le second cas de ce genre qu'il m'est donné d'observer.

Dans l'interprétation de ces deux cas, terminés tous deux par la guérison, je me trouve en désaccord sur plusieurs points avec M. Blachez, et c'est pour élucider ces quelques points que j'ai demandé la parole.

« Dans ces divers cas, écrit M. Blachez, en faisant allusion au fait de M. Raynaud et aux faits analogues publiés dans le mémoire du docteur Fox, l'amélioration s'est manifestée rapidement. Dès le deuxième ou le troisième bain, les malades reprenaient connaissance, et l'influence favorable de la médication se faisait sentir d'une manière tellement évidente que le médecin se trouvait naturellement soutenu et encouragé à poursuivre une médication si rapidement efficace. Dans notre observation, les choses se passent différemment. En dehors de l'abaissement en quelque sorte nécessaire et purement physique de la température, aucun des phénomènes graves ne subissait un amendement sensible; la vie se maintenait; mais c'était tout, et les symptômes cérébraux persistaient avec un tel caractère, que rien ne nous autorisait à espérer une issue favorable. »

On voit d'après cela, ajoute M. Raynaud, que M. Blachez, après les premiers bains, n'en continuait pas moins à considérer le pronostic, chez sa malade, comme étant toujours aussi grave. Je ne partageais pas cette manière de voir, et plusieurs fois, dès les premiers jours du traitement, j'avais dit de vive voix à notre collègue que, contrairement à lui, je considérais cette malade comme étant en bon chemin. A quoi tenait cette divergence d'appréciation, au point de vue du pronostic? Cela demande quelques explications.

Qu'on se figure un état ataxo-adynamique aussi complet, aussi grave que possible; un de ces états en présence desquels tout médecin, toute personne étrangère à la médecine même, reçoit cette impression que la mort doit survenir dans quelques heures! Si l'on analyse ces états particuliers, on voit qu'ils sont le résultat d'un phénomène complexe, l'ataxie, dont les principaux éléments sont : un délire à caractère généralement violent, une élévation notable du pouls et de la température, une accélération de la respiration qui est en même temps irrégulière, désordonnée, une agitation musculaire extrêmement prononcée et caractérisée par des secousses et par ces mouvements particuliers auxquels on donne le nom de carphologie; en un mot, c'est partout un désordre absolu; c'est là ce qui constitue l'ataxie. Par le fait de la chaleur, tous les phénomènes vitaux auxquels président les parties centrales du système nerveux, sont complétement troublés.

Ce sont là les phénomènes qu'ont présentés au plus haut degré nos deux malades, celui dont j'ai rapporté l'observation et celle dont a parlé M. Blachez. Or si nous comparons entre eux ces deux malades au point de vue des changements survenus dans leur état, après leur immersion dans l'eau froide, nous voyons qu'ils ne s'éloignent pas l'un de l'autre autant que l'a dit M. Blachez. En effet, sa malade ne diffère du mien que par la lenteur extrême avec laquelle a disparu chez elle le délire. Mais dès le lendemain du jour où nous avons commencé le traitement par les bains froids, nous avons pu remarquer dans son état de notables changements au point de vue de l'ataxie proprement dite. Au lieu de ces symptômes fébriles de la plus haute intensité, de cette agitation excessive, de ces secousses convulsives, de ces mouvements désordonnés, d'un délire d'une certaine violence, nous trouvions un grand calme relatif, un état particulier comparable à celui de l'aliénation mentale; nous n'avions plus affaire en quelque sorte qu'à une aliénée. M. Blachez la considérait comme étant dans le coma; il doit se souvenir que plusieurs fois je lui dis que, pour moi, ce n'était pas précisément du coma, mais plutôt un état comparable au sommeil cataleptique. Nous étions donc déjà bien loin de cet état tellement grave, si tristement caractéristique que quiconque, à ce moment, approchait la malade la regardait comme absolument perdue.

Traduisons en langage physiologique les faits d'observations survenus dans l'état de cette malade sous l'influence de la médication par les bains froids : il s'était fait une sorte d'analyse, de séparation des phénomènes psychiques et des phénomènes physiologiques, et les premiers seuls persistaient et résistaient à l'action de l'eau froide, tandis que les autres avaient cédé à cette action.

En effet, voici les changements que nous constatons dès le premier bain : le pouls, de 158 tombe à 104, la température, de 41,8 tombe

à 36; la respiration, qu'on pouvait à peine compter, devient calme et régulière; les phénomènes musculaires disparaissent à peu près complétement, et j'insiste plus particulièrement sur ce point, car dans les trois faits que j'ai pu observer (j'observe en ce moment un troisième fait), les phénomènes musculaires ont disparu quinze ou vingt minutes au plus après le premier bain. Le délire seul persiste.

En résumé, il me paraît ressortir de ces faits que, dans l'état ataxique, considéré d'une façon générale, il existe tout un complexus symptomatique caractérisé principalement par deux ordres de troubles profonds, les uns, troubles d'innervation, ayant pour siége les parties centrales du cerveau, en particulier le bulbe, les autres, troubles psychiques, ayant pour siége les parties périphériques du cerveau qui, comme on sait, président aux phénomènes intellectuels.

Il semble que nous possédions dans la réfrigération un moyen de faire le départ, l'analyse de ces deux ordres de phénomènes, de supprimer ou du moins d'amender notablement les accidents circulatoires, respiratoires et musculaires de l'ataxique et de ne laisser subsister que le délire. Nous réduisons l'ataxique fébricitant à l'état d'un simple maniaque, sans fièvre. Nous supprimons les éléments immédiatement graves et mortels de la maladie et ne laissons que le délire, qui n'offre pas de danger. D'ailleurs ce délire lui-même cède souvent aussi en même temps que les autres symptômes.

Voici, suivant moi, l'enseignement important qui résulte des trois observations que j'ai pu suivre, car le hasard fait que notre distingué collègue, M. Féréol, m'a récemment appelé en consultation auprès d'un malade atteint également de rhumatisme cérébral. Je me hâte d'ajouter que je reviens encore entièrement à mon pronostic en ce qui touche ce malade, qui n'a encore subi que trois bains. Mais cela seul a suffi pour confirmer de nouveau les assertions que je viens d'émettre.

Brand, auquel on peut reprocher d'avoir systématisé sa méthode d'une façon exagérée, avait déjà parfaitement reconnu ce fait, en ce qui touche la dothinentérie, de la séparation des phénomènes dus à l'hyperthermie d'avec les phénomènes dothinentériques proprement dits et il avait bien montré l'influence de la réfrigération sur les premiers.

Je me résume en disant que ces observations mettent en lumière un point de pathologie générale qui a trait à toutes les maladies fébriles aiguës, savoir la distinction qu'on doit établir entre les symptômes habituels de ces maladies et les phénomènes adynamiques qui viennent si souvent les compliquer.

M. FÉRÉOL demande à faire des réserves au sujet du traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids considéré d'une façon générale. Il ne faudrait pas, dit-il, laisser croire que nous avons la prétention d'appliquer indistinctement ce mode de traitement à tous les cas de rhumatisme cérébral. Il faut, avant tout, ici comme pour toute autre maladie, tenir grand compte des indications spéciales, et il y a certainement des cas de rhumatisme cérébral dans lesquels la réfrigération serait formellement contre-indiquée.

M. Féréol complétera, dans la prochaine séance, l'observation dont a parlé M. Raynaud.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES

Sarcome fasciculé du rein. — M. FÉRÉOL présente une pièce anatomique, d'autant plus digne de l'attention de la société, qu'elle lui est adressée par M. le docteur Louis Odin (de Port-au-Prince), et que, par conséquent, elle n'a pas parcouru moins de 2,500 lieues pour lui parvenir.

Cette pièce, qui n'est autre qu'un rein présentant d'énormes proportions, a été recueillie sur un enfant âgé de dix mois, né de parents nègres. Sa mère, pendant qu'elle était enceinte de lui, avait été atteinte par les fièvres intermittentes et ne s'était pas soignée. Elle accoucha à terme sans accidents notables. Cet enfant, peu de temps après sa naissance, présenta lui-même quelques symptômes fébriles auxquels elle prêta très-peu d'attention. Après quatre mois, elle s'aperçut que son enfant portait dans l'abdomen une tumeur assez volumineuse, tout en continuant à vivre dans d'assez bonnes conditions. C'est à ce moment qu'elle vint le présenter à M. le docteur Odin, qui crut avoir affaire à une rate hypertrophiée. Il avait vu plusieurs exemples de ce genre; l'abdomen de cet enfant ne mesurait pas moins, à ce moment, de 85 centimètres. M. Odin prescrivit le sulfate de quinine, mais bientôt l'enfant est pris de diarrhée et meurt. A l'autopsie M. Odin fut très-surpris de trouver la rate normale, et, en arrière, le rein gauche considérablement hypertrophié. Tous les autres organes étaient sains.

M. CORNIL a examiné cette tumeur au microscope, et il y a reconnu tous les caractères les plus nets du sarcome fasciculé. Ce cas est très-rare, M. Cornil n'en a jamais rencontré de semblable chez l'enfant. On a bien présenté à la Société anatomique des reins cancéreux provenant d'enfants, mais dont la nature n'avait jamais été déterminée d'une façon précise. Du reste, en général, le cancer chez l'enfant se présente plutôt sous la forme du sarcome que sous celle du carcinome.

Varices œsophagiennes. — M. HÉRARD fait passer sous les yeux de ses collègues un œsophage qui est le siége de varices. On voit sur l'une des veines dilatées une petite érosion, de 1 millimètre de diamètre, résultant d'une rupture par laquelle s'est produite une hémorrhagie qui a entraîné la mort du malade.

Il s'agissait d'un homme de quarante-trois ans, d'une bonne santé habituelle, qui le 19 février fut pris d'un rejet abondant de sang par la bouche et d'un malœna. Au premier abord, M. Hérard crut avoir affaire à un ulcère simple de l'estomac. Mais à l'autopsie on n'a trouvé aucune lésion de cet organe, pas même de dilatation de ses veines. Ce fut sur l'œsophage qu'on découvrit la cause de la mort. Le foie était gros et commençait à être atteint de cirrhose; la rate était volumineuse. Cet homme avait en outre des hémorrhoïdes.

Maladie de Bright. — M. MAURICE RAYNAUD montre les pièces anatomiques qu'il a recueillies sur une femme qui a succombé dans son service, à une maladie de Bright. Ce sont les deux reins, dont l'un présente les principaux caractères du gros rein blanc, et l'autre les principaux caractères du petit rein contracté.

Nous reviendrons ultérieurement sur cette intéressante communication.

PRÉSENTATION DE MALADES

Tumeur du cou. — M. PROUST présente un malade atteint, sur la face antérieure du cou, d'une tumeur assez volumineuse, d'une consistance dure, sans battements ni bruit de souffle. La langue, la trachée et l'œsophage sont notablement déviés à droite. Il n'y a cependant ni dysphagie, ni dysphonie. En arrière, au niveau du quatrième espace intercostal, le malade ressent de très-vives douleurs. Il présente en outre des phénomènes oculo-pupillaires. Il y a une dilatation constante de la pupille à droite. On observe une dilatation variqueuse très-prononcée sur toute la partie antérieure de la poitrine. L'état général est assez satisfaisant, toutefois ce malade présente des signes évidents de tuberculose.....

(La parole de l'orateur se perdant dans le bruit des conversations particulières, il est impossible d'entendre la fin de sa communication).

A cinq heures, la société se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 27 février 1875. — Présidence de M. Cl. BERNARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

DISCUSSION

Strychnine et curare. — M. CARVILLE combat l'opinion émise dans la dernière séance par M. Dupuy, au sujet de l'influence de la strychnine sur les nerfs moteurs; M. Dupuy, s'appuyant sur un certain nombre d'expériences, avait soutenu que la motricité persiste chez la grenouille empoisonnée par la strychnine. M. Carville soutient le contraire et s'engage à le prouver séance tenante par l'expérimentation.

M. VULPIAN partage l'opinion de M. Cl. Bernard au sujet de la variabilité des effets de la strychnine sur les nerfs moteurs; mais, suivant lui, c'est surtout une question de dose. Avec une dose suffi-

sante, pendant l'hiver aussi bien que pendant l'été, on peut toujours arriver, par la strychnine, à supprimer la motricité. Donc, en soutenant que la strychnine détermine l'abolition de la motricité, MM. Martin-Magron et Bouisson ont raison. Mais ils ont tort quand ils en tirent cette conclusion de l'identité des effets du curare et de ceux de la strychnine. Il est bien certain que ces deux corps agissent différemment.

M. CL. BERNARD dit qu'il ne doit être fait aucun rapprochement entre le curare et la strychnine. Ce qui, suivant lui, distingue surtout l'action d'une substance, c'est l'ordre dans lequel sont atteints les éléments sur lesquels s'exerce cette action. Or, en se plaçant à ce point de vue, le curare et la strychnine n'ont absolument rien de commun. Le curare atteint progressivement les nerfs moteurs ; il n'atteint pas les nerfs sensitifs. Rien de semblable ne s'observe après l'administration de la strychnine : jamais les nerfs moteurs ne sont atteints tant que les nerfs sensitifs demeurent intacts. La strychnine et le curare sont donc des poisons différents. Lorsqu'on étudie l'action de divers poisons que l'on veut comparer entre eux, il ne faut pas s'en rapporter aux effets secondaires, terminaux, qui souvent sont identiques, mais bien étudier les phénomènes au point de vue de l'ordre dans lequel ils se produisent.

M. VULPIAN ne partage pas complétement l'opinion de M. Cl. Bernard sur l'état des nerfs sensitifs des grenouilles soumises à l'action de la strychnine. MM. Martin-Magron et Bouisson ont bien montré que la sensibilité n'est pas abolie chez ces grenouilles, et que les mouvements réflexes persistent dans un membre inférieur, par exemple, isolé du reste du corps par une ligature de la fémorale.

M. CL. BERNARD pense que ce sont là des phénomènes d'un genre particulier et qui ne doivent pas être comparés à des mouvements volontaires comme ceux que conserve la grenouille empoisonnée par le curare. Cette grenouille saute et nage, tandis que celle qui a été empoisonnée par la strychnine n'est plus douée d'aucun mouvement volontaire.

M. Cl. Bernard condamne de la façon la plus absolue les idées soutenues à cet égard dans le mémoire de MM. Martin-Magron et Bouisson.

COMMUNICATIONS

Paralysie générale spinale subaiguë. — M. CORNIL a observé récemment un homme atteint de cette maladie qui a présenté chez lui ceci de particulier qu'elle s'est terminé par la mort.

Cet homme avait été soumis à l'action du froid pendant le siége de Paris et, sous cette influence, il avait vu ses membres inférieurs se paralyser. En même temps on constatait une sorte d'atrophie régulière de ces membres. La paralysie, après un certain temps, a gagné le tronc, les membres supérieurs, les parties inférieures du cerveau et en particulier le bulbe comme le prouva l'asphyxie à laquelle cet homme a succombé. Ce sont là tous les caractères de la maladie décrite par M. Duchenne (de Boulogne); sous le nom de paralysie générale spinale subaiguë : mais dans tous les faits observés par M. Duchenne, cette maladie s'est terminée par la guérison. MM. Cornil et Lépine ont fait ensemble des recherches dans les auteurs et jusqu'à présent il n'avait été fait aucune autopsie de malades atteints de cette affection. L'observation de M. Cornil offre donc un intérêt particulier, puisque c'est la première dans laquelle l'autopsie a pu être faite.

Les résultats de cette autopsie ne sont pas encore complets, car M. Cornil n'a pas encore examiné les parties supérieures de la moelle ni le cerveau. Dans sa partie inférieure, jusqu'au dessous du renflement lombaire, la moelle est complétement ramollie: ce ramollissement se constate même à l'œil nu. Il n'en est pas de même des parties dorsale et cervicale de la moelle qui, à l'œil nu, ne présentent aucun signe de ramollissement. Mais les nerfs partant des cordons antérieurs de ces parties étaient tous atrophiés. On n'y retrouvait plus les éléments du tissu médullaire, on y constatait au contraire la multiplication des éléments de la névralgie. Dans les parties les plus ramollies, on trouve encore des cellules motrices parfaitement conservées.

M. Cornil a ensuite examiné des sections de cette moelle après son durcissement. Il a constaté une atrophie des cornes antérieures, et des lésions analogues à celles de la paralysie infantile ou de l'atrophie musculaire progressive. Mais jamais, dans aucun cas, il n'a été constaté une atrophie portée à un si haut degré.

M. Cornil expose en détail les résultats de l'examen microscopique. Il complétera ultérieurement cette observation en faisant connaître les résultats de l'examen des parties supérieures de la moelle et du bulbe.

M. HÉNOCQUE, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Jolyet, expose quelques considérations sur les mâchoires des rongeurs.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Liste des prix pour l'année 1873-1874.

La Faculté avait à décerner pour 1874 :

1° Les prix provenant des libéralités de :

MM. le baron Trémont, de la valeur de	....	1,000 fr.
le baron Barbier —	....	2,000
la C^sse de Chatauvillard —	....	2,000
Corvisart (médaille)	....	400
Lacaze —	....	10,000
de Monthyon —	....	300

2° Les prix pour les thèses les plus remarquables soutenues devant elle pendant l'année.

Dans la séance du 24 décembre, l'assemblée de la Faculté a entendu les rapports des commissions chargées d'examiner les titres de chacun des candidats et elle a adressé la liste des lauréats. Cette liste a été approuvée par M. le ministre de l'instruction publique par décision des 9, 12, 19, 23 et 27 janvier 1875.

1° *Prix Trémont*. — Commission : MM. Wurtz, doyen. Bouchardat, Depaul, Lorain et Vulpian.

Ce prix, de la valeur de 1,000 francs, a été partagé en parties égales entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs.

2° *Prix Barbier*. — Commission : MM. Gosselin, Verneuil, Broca, Béclard, Le Fort.

La Faculté a accordé : 1° à M. Cellin, une somme de 500 francs, pour un appareil destiné à faciliter les mouvements de flexion de l'avant-bras, dans le cas où la résection des coudes n'est pas suivie de la formation d'une nouvelle articulation; 2° à M. Delalain, dentiste, une somme de 200 francs, pour un appareil relatif à une mutilation de la face.

3° *Prix Chatauvillard*. — Commission : MM. Depaul, Gubler, Hardy.

La Faculté a décerné le prix de 2,000 francs, à M. le docteur Benibarde, pour son traité théorique et pratique de l'hydrothérapie.

4° *Prix Corvisart*. — Commission : MM. Bouillaud, Béhier, Lasègue, G. Sée.

La question proposée était : des diverses formes de la pleurésie.

La Faculté partage le prix de 490 francs, par portion égales, de la manière suivante :

1° Une médaille de 200 francs à M. Bancel (Louis-Joseph-Camille), né à Toul (Meurthe), le 23 novembre 1850; 2° une médaille de 200 francs à M. Bouthery (Charles-Auguste), né le 15 mars 1846, à Paris.

5° *Prix Lacaze*. — Commission : MM. Béhier, G. Sée, Lasègue, Vulpian.

La Faculté n'a reçu qu'un mémoire qui n'était pas dans des conditions propres à mériter le prix important (10,000 francs), dû à la générosité de M. le docteur Lacaze.

6° *Prix Monthyon*. — Commission : MM. Chauffard, Vulpian, Lorain.

La Faculté a accordé le prix à M. le docteur Gripart (Henri), né le 17 mars 1845, à Angers (Maine-et-Loire).

7° *Thèses récompensées.* — Commission : MM. Gavarret, Bouchardat, Depaul, Gubler, Lorain, Vulpian.

La commission a eu à examiner 113 thèses qui avaient mérité les notes extrêmement et très-satisfait. (*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874.

11. Vaissette. Considérations sur l'usage prématuré et abusif du corset.
12. Borde. De l'exostose sous-unguéale.
13. Moynac. Du traitement des hernies par le caoutchouc.
14. Rousset. Considérations sur la syphilis musculaire principalement dans les muscles de la vie de relation.
15. Thomas. Des divers modes de traitement des fistules anales et spécialement du traitement par la ligature élastique.
16. Raoult. Du vomissement.
17. Dorville. Considérations sur le traitement des fièvres intermittentes par le sulfate de quinine associé à l'alcool.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Par décision en date du 24 février 1875, l'ouverture, à Paris, du concours pour neuf places d'agrégés (section de chirurgie et d'accouchement), est fixée au 1er avril prochain.

— *Hôpital de Forges-les-eaux.* — Le concours pour la place de médecine s'est ouvert le 26 février, devant un jury composé de MM. Devergie, Fernet, Martineau, Le Dentu et Périer.

Quatre candidats : MM. Doumenge, Moynac, Perret, Vermeil, sont en présence.

La question écrite était ainsi formulée : Rapports de l'artère humérale. — Des accidents de la délivrance après l'accouchement; de l'opportunité de l'ouverture des abcès scrofuleux et méthodes opératoire.

Une épreuve clinique de chirurgie, une consultation sur un malade atteint d'une affection médico-chirurgicale compléteront les épreuves de ce concours dont les séances ont lieu les samedis, jeudis et lundis à quatre heures, au siége de l'assistance publique à Paris.

— Dans sa séance du 27 novembre 1874, la cour de cassation a déclaré que l'huile de foie de morue, vendue au détail, est réputée vendue pour un usage médicinal, et dans ces conditions doit être considérée comme une drogue simple, dont la vente est exclusivement réservée aux pharmaciens.

— *Hôpital Cochin.* — M. le docteur Bucquoy, agrégé de la faculté de médecine de l'hôpital, reprendra ses leçons cliniques le mardi 2 mars, à neuf heures et demie, et les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pathologie et Clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire de bandages et d'embaumement, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, A. Delahaye.

Clinique médicale, par le docteur Noël GUENEAU DE MUSSY, médecin de l'Hôtel-Dieu (etc.). Tome IIe. — Prix : 12 francs. Prix de l'ouvrage complet : 24 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité des maladies de la peau, comprenant les exanthèmes aigus, par M. HÉBRA, professeur à la faculté de Vienne, traduit par le docteur DOYON. — Tome II, fascicule 2. — Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.

Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière, par le professeur CHARCOT, recueillies et publiées par le docteur BOURNEVILLE. — 2e série, 3e fascicule. In-8° avec 30 figures dans le texte et 2 planches coloriées amyotrophies. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, 7, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

DRAGÉES
ARSENICO-FERRIQUES AUX SELS NATURELS DE LA
DOMINIQUE

Les **Dragées de la Dominique** sont notamment recommandées dans la cachexie qui suit ou accompagne les fièvres intermittentes, dans les formes les plus variées de l'anémie (chlorose, appauvrissement général de l'économie, pertes de sang, convalescences, etc.).

Les névralgies, surtout celles à formes intermittentes, seront efficacement combattues par les **Dragées de la Dominique**; il en sera de même des maladies de la peau (eczéma, lèpre vulgaire, lichen chronique, dartres furfuracées, affections squammeuses rebelles) contre lesquelles les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance. — BIETT. — (BOUCHARDAT, professeur à la Faculté et membre de l'Académie de médecine. *Formulaire*, 18e édition, p. 396.)

Prendre d'une à quatre dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

Les **Dragées de la Dominique** sont très-agréables au goût.

Détail. — Toutes les Pharmacies de France.

Prix : 3 francs la Boîte.
Entrepôt général à la Pharmacie centrale de France
7, rue de Jouy, à Paris.






PEPSINE BOUDAULT
SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, SUCCESSEUR DE BOUDAULT, 24, RUE DES LOMBARDS, A PARIS.

DIGITALINE CRISTALLISÉE
PRINCIPE PUR, DÉFINI DE LA DIGITALE
DÉCOUVERT PAR A. NATIVELLE, PHARMACIEN

Prix Orfila de 6,000 francs

Décerné par l'ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 19 mars 1872

Se prescrit en **Granules** et en **Sirop**. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — Dans toutes les pharmacies. — DÉTAIL : rue Coquillière, 25. — GROS : rue de la Perle, 11.

PRIME DE **16,600** FRANCS — MÉDAILLES D'**OR** A LAROCHE

QUINA LAROCHE
Extrait COMPLET **des 3 SORTES de quinquinas**

Triple ÉLIXIR *de* QUINQUINA *reconstituant, tonique* et *fébrifuge*. A base de vin d'Espagne et d'un goût agréable, ce produit participe du *vin* et du *sirop* de quinquina, mais leur est bien supérieur en efficacité.

Le procédé **Laroche** consiste à ÉPUISER, par une série de véhicules variés et un outillage spécial, la *totalité* des nombreux principes contenus dans les trois meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), principes essentiels qui se complètent l'un par l'autre, et qui manquent presque toujours dans les préparations ordinaires de quinquina.

Combiné au fer le *Quina Laroche* **FERRUGINEUX** offre une préparation aussi *complète* que possible, pour tous les cas où le *quinquina* et le **Fer** sont jugés utiles.

PARIS, 22 et 15, rue Drouot, et dans toutes les pharmacies françaises et étrangères du monde.

J. Laroche

VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE
de Ad. CARPENTIER, pharmacien, à Paris

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. LE FLACON, 3 fr. 61, BOULEVARD MALESHERBES ET TOUTES LES PHARMACIES.

ÉPILEPSIE
HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

SOLUTION COIRRE
AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX
24, r. du Regard, Paris, et pharmacies

SIROP et VIN

Pour les personnes qui ne doivent pas en faire un long usage.

PHTHISIE — CHLOROSE — ANÉMIE

HYPOPHOSPHITES
du docteur CHURCHILL

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE SOUDE
SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX
PILULES D'HYPOPHOSPHITE DE QUININE
SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE FER
PILULES D'HYPOPHOSPHITE DE MANGANÈSE
TABLETTES DU Dr CHURCHILL

Prix : **Sirops** et **Pilules : 4** fr. le flacon.
Tablettes pectorales : 2 fr. la boite.

Les hypophosphites du docteur Churchill, auteur de la découverte de leurs propriétés curatives dans les affections tuberculeuses, offrent des garanties de pureté et d'efficacité qui sont une des premières conditions du succès de cette importante médication.

Exiger sur toutes les préparations la *signature du Dr CHURCHILL*, et l'étiquette marque de fabrique de la *Ph. SWANN*, 12, *r. Castiglione, Paris.*

VIANDE CRUE ET ALCOOL
Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO. PHTHISIES, *Anémie*, **Rachitisme**, DIABÈTE, *Diarrhée*, **Cachexies**, *Albuminurie, la* **Convalescence**, *l'épuisement.* (Gros), 8, *r. Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

ERGOTINE
DRAGÉES D'ERGOTINE DE BONJEAN
(Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.)

D'après les plus illustres médecins, les DRAGÉES D'ERGOTINE sont employées avec le plus grand succès pour faciliter le travail de l'accouchement, contre les hémorrhagies utérines, les engorgements de l'utérus, les métrorrhagies, l'épistaxis, les dysenteries et diarrhées chroniques, etc., et la solution d'ergotine au 10e (Ergotine, 10 grammes; eau, 100 grammes) est un des précieux hémostatiques que possède la médecine.

DÉPÔT GÉNÉRAL : à la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

VIN DE G. SEGUIN
TONIQUE & FÉBRIFUGE

« Ce Vin remplace avec avantage toutes les préparations de Quinquina. » (Rapport de l'Académie de Médecine).

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue Saint-Honoré.

VIN MARIANI
à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques.
5 francs la bouteille.
MARIANI, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

N° 26. — JEUDI 4 MARS 1875. 48e ANNÉE. JEUDI 4 MARS 1875. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dès le début de cette belle et savante discussion qui se poursuit en ce moment à l'Académie de médecine et qui a aussi son écho à l'Académie des sciences, sur la fermentation et ses diverses théories, M. Pasteur s'exprimait ainsi : « Je suis vraiment surpris de voir tant de personnes aborder des questions qui, comme celle de la génération spontanée, sont grosses comme le monde, avec des connaissances insuffisantes et si peu de préparation. » Nous prendrons volontiers notre part de cette sorte d'avertissement, et nous nous en inspirerons dans l'appréciation que nous pourrions avoir à faire plus tard des résultats de la discussion. En attendant, nous nous autorisons de ces paroles pour garder un prudent silence, jusqu'à ce que quelque peu de lumière se fasse dans notre esprit sur ces difficiles sujets, — si jamais il doit s'en faire; — et nous nous bornerons à tenir nos lecteurs au courant des faits, des expériences et des arguments qui se produiront au jour le jour, ce qui n'est déjà pas une petite besogne.

On trouvera dans le compte rendu de la séance les argumentations de M. Colin et de M. Poggiale. Quant à la réponse que M. Pasteur a faite au discours prononcé par M. Bouillaud dans la précédente séance, et à l'exposé qu'il a fait, à ce sujet, d'une nouvelle expérience, nous demandons la permission d'en renvoyer l'analyse au prochain compte rendu.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

De l'hypnotisme spontané (1).

II

A côté de ces faits tirés de l'histoire du mysticisme et de la théurgie, il y a maintenant ceux qui nous sont fournis par les pratiques du magnétisme animal. Ils sont très-nombreux et non moins intéressants. L'influence religieuse n'y est plus pour rien, et l'action occulte d'un fluide imaginaire émané de l'homme serait tout dans leur production. Je n'attache aucune importance à l'invention de ce fluide produite autant par la vanité humaine, flattée d'exercer un pouvoir quelconque sur autrui que par l'amour du merveilleux et l'envie de tromper ses semblables; — fluide à part, les phénomènes magnétiques sont aussi réels que ceux de l'extase contemplative. Le motif et le procédé diffèrent, mais le principe des phénomènes est le même.

Vous savez ce que sont les magnétiseurs. Ils choisissent un sujet prédisposé, des femmes surtout, qui ne peuvent être au contact de l'homme sans ressentir un malaise qu'explique la différence des sexes, et qui, genou contre genou, le regard fixé dans les yeux du fascinateur, le visage frôlé par les passes d'une main étrangère, éprouvent une fatigue des yeux qui conduit au sommeil, parfois à la catalepsie, à l'anesthésie et à des perversions sensorielles fort curieuses. Je n'ai pas à entrer ici dans de plus longs détails sur le magnétisme. Ce que je viens d'en dire suffit pour appuyer mon argumentation dans le sens des théories réflexes de l'action nerveuse périphérique.

Ce n'est pas tout. Si de la pathologie ordinaire nous passons à la physiologie des gallinacées, nous trouvons des phénomènes absolument semblables. Le père Kircher, dans un travail très-intéressant (1646, *Experimentum mirabile de imaginatione gallinæ*), et dont la notion est devenue vulgaire, a montré que la poule, le coq et presque tous les oiseaux offraient, sous l'influence de la fatigue forcée des yeux, des phénomènes de catalepsie et d'insensibilité très-évidents. Cela est très-vrai et bien connu de tous magiciens de place publique. On prend un coq bien attaché aux pattes et aux ailes, dont on place le bec à l'extrémité d'une planche, sur laquelle se trouve une ligne blanche faite à la craie. L'oiseau, en regardant cette ligne, est forcé de faire tourner ses yeux dans un état de strabisme convergent. Par suite de sa fatigue, son cerveau se trouble, il perd connaissance, devient insensible, cataleptique pendant quelque temps, et l'on peut le délier pour donner à ses membres la position que l'on veut leur donner.

Des expériences analogues peuvent encore être entreprises chez certains sujets prédisposés, lorsqu'on leur enjoint de fixer une tache noire de 10 centimètres faite sur un carton blanc. C'est le *miroir magique* de Dupotet, ou bien deux triangles superposés et renversés. C'est toujours le même phénomène obtenu par des phénomènes différents.

J'ajouterai enfin que, dans la pratique médicale, ce procédé a été employé pour obtenir une anesthésie suffisante pour faire des opérations sans douleur.

Ainsi, avant que Braid (de Manchester) ait fait connaître les faits d'hypnotisme expérimental dont j'ai parlé tout à l'heure, au Bengale, le docteur Esdaile avait déjà eu recours aux mê-

(1) Fin. — Voir le numéro du 2 mars.

mes pratiques, et s'était servi du résultat obtenu pour faire, sans douleur, les différentes opérations de la chirurgie. Il paraît que ce médecin a pu faire 270 opérations importantes sans douleur. Comme c'était avant la découverte de l'éthérisation, ces résultats ont une grande importance. Pour anesthésier et endormir ses malades, le docteur Esdaile ne se servait pas d'un corps brillant placé à courte distance des yeux, il se servait d'une tête de nègre, qui était celle de son domestique. Cet homme se plaçait en arrière de la tête du lit du malade à opérer, il se penchait sur lui, son visage assez près du sien et se faisait regarder fixement par en haut. La tête n'avait rien d'enchanteur ni de magique, mais sous l'influence de ce strabisme supérieur prolongé, le malade dont les yeux se fatiguaient par cette contemplation, finissait par s'endormir, il devenait insensible, et l'opération se faisait sans difficultés ni douleur. Un pareil résultat est digne d'attention et ne saurait être oublié. Je l'ai d'ailleurs enregistré à l'article *Hypnotisme* de mon *Histoire de la médecine et des doctrines médicales*.

Lorsqu'en 1858, le docteur Azam fit de nouveau connaître ces faits à peu près oubliés, ce fut un éblouissement général, entremêlé de surprise et d'incrédulité. Mais comme on ne tarda pas à voir qu'il y avait, dans ces effets physiologiques de la fixité du regard, une explication des phénomènes prétendus magnétiques; comme c'était évidemment le magnétisme sans fluide et sans magnétiseur, on s'en occupa pendant quelque mois avec passion. C'était peut-être un moyen capable de remplacer le chloroforme, qui a bien quelquefois ses dangers, et la communication du docteur Azam eut un légitime retentissement. De toutes parts, on fit des essais qui n'avaient rien de dangereux. Mais on vit bientôt que tous les malades n'étaient pas également sensibles à l'effet des manœuvres hypnotiques, et qu'il fallait des natures prédisposées, nerveuses, impressionnables. On se fatigua de l'inconstance des phénomènes, et l'on put constater une fois de plus tout le mérite de l'invention du chloroforme. Néanmoins, quelques opérations furent faites sans douleur à l'aide de l'hypnotisme, et entre autres, à Poitiers, une amputation de cuisse par le docteur Guérineau. Chose curieuse, le malade put se rendre compte de ce qu'on lui faisait, mais ne sentit rien.

Après l'opération, qui dura une minute et demie, le chirurgien demanda au malade comment il se trouvait. Celui-ci répondit qu'il se croyait en paradis et saisit la main de son opérateur pour l'approcher de ses lèvres et la baiser. Il dit à un élève : « J'ai senti sans souffrir ce qu'on m'a fait, et la preuve, c'est que la cuisse a été coupée au moment où vous me demandiez si j'éprouvais quelque douleur. » C'était vrai.

Comme vous le voyez, il y a là un ensemble imposant et curieux de faits extraordinaires, longtemps attribués à des causes occultes et à des influences imaginaires que la physiologie moderne éclaire d'une façon lumineuse inattendue. L'idéal, la fantaisie et l'erreur devront ici, désormais, faire place à la vérité, et ce que le scepticisme exagéré repoussait comme entaché de mensonge doit à l'avenir figurer dans les traités de physiologie, au rang des plus intéressants phénomènes du système nerveux.

Ce sont ces faits, interprétés comme je viens de le faire, qui nous donnent la véritable explication des phénomènes observés chez notre malade. Sa catalepsie, son sommeil et son anesthésie passagère sont le résultat de l'hypnotisme. Seulement, ce sommeil anesthésique et hypnotique, au lieu d'être provoqué par la vue d'un corps brillant, est déterminé par un travail fatiguant les yeux. C'est en faisant les boutonnières de gilet que cette enfant a trouvé le moyen de s'hypnotiser, et aucun autre travail de couture ne lui produit le même effet. Pendant les premières semaines elle n'a rien ressenti; mais, une fois commencées, les attaques sont revenues tous les jours, huit à dix fois par jour, et nous en avons été les témoins. Il n'y a pas à croire que l'enfant cherche à se rendre intéressante ni veuille tromper par ce moyen, car elle n'est pas hystérique, elle n'est pas paresseuse et fait avec ardeur et complaisance n'importe quel travail, elle s'occupe à tout ce qu'on lui demande et vient en aide à ses compagnes plus malades. Bref, je ne crois pas à la simulation ni à la dissimulation. Tout est très-naturel et très-physiologique. De plus, si elle voulait se rendre intéressante, elle n'aurait qu'à continuer, et voilà que tout est en train de disparaître. Le premier jour elle avait des crises à chaque instant, elles ont diminué le lendemain, et, maintenant qu'elle s'est reposée, elle n'en a plus.

Ce qui semble prouver que telle est bien la cause de ce cas d'hypnotisme, c'est que l'enfant très-active ne renonçait pas au travail et n'a pas demandé à le quitter. Elle aimait à faire ses boutonnières, et elle y mettait beaucoup d'ardeur. Je suppose qu'elle a ainsi fatigué ses yeux pendant quatre mois, et maintenant qu'elle a cessé ce genre de travail, et qu'elle a pu se reposer, elle va guérir, sauf récidive.

Maintenant, il faut rechercher quelle est la modification anatomique déterminante de cette névrose si singulière. Le fait de l'action réflexe syncopale, anesthésique dû à la convergence volontaire des axes optiques est incontestable. Il y a là une sorte d'*aura artificiel* qui s'élève au cerveau et qui produit les phénomènes d'hypnotisme. C'est ce qui arrive lorsqu'en s'appliquant beaucoup sur des objets fins, on se donne une céphalée plus ou moins violente. Mais, entre la fatigue oculaire produite et son effet, la catalepsie anesthésique, que se passe-t-il dans le cerveau? Se forme-t-il de l'hyperémie ou de l'anémie? Est-ce une névrose congestive ou ischémique?

Eh bien, messieurs, l'ophthalmoscope va m'aider à vous le dire. J'ai examiné les yeux avant et après le sommeil cataleptique, et j'y ai vu avec l'intégrité du nerf optique et l'état normal de la papille, une modification importante de la circulation veineuse. Le fond de l'œil était fortement coloré, et il y avait une énorme dilatation des veines de la rétine. C'était là l'opposé de l'anémie. Or, comme il y a un rapport étroit entre la circulation du cerveau et celle de l'œil, que l'hyperémie cérébrale produit l'hyperémie oculaire, j'ai dû conclure que l'hypnotisme était, comme l'anesthésie du chloroforme, le résultat d'une hyperémie cérébrale passagère, que c'était une névrose congestive de l'encéphale. C'est d'ailleurs ce qui a presque toujours lieu à la suite des excitations nerveuses périphériques; la congestion des capillaires cérébraux se forme bien plus souvent que l'anémie ou l'ischémie, et il y a évidemment là une paralysie vaso-motrice passagère comme le sont toutes les paralysies passagères.

Le traitement de cette maladie est très-simple. Engendrée par la fatigue d'un organe, elle doit guérir par le repos de cet organe. Déjà les crises sont moins nombreuses, et, avec un travail modéré, elles ne se reproduiront pas. Il n'y a rien de mieux à faire.

Telles sont les considérations que je voulais vous présenter à l'occasion de l'hypnotisme spontané et de l'hypnotisme artificiel. Le sujet m'a paru intéressant à traiter devant vous, d'autant plus que cette question est presque tombée dans l'oubli. C'est un tort, car tous les médecins devraient savoir que, chez les sujets prédisposés, on peut endormir la sensibilité autrement que par l'opium ou le chloroforme, et il peut se trouver, loin des grandes villes, où l'on est bien approvisionné, des cir-

constances particulières où, n'ayant pas les anesthésiques du pharmacien, on devra essayer l'anesthésie que peut produire l'action réflexe fatigante d'un strabisme, convergent volontaire et prolongé.

DES SIGNES FOURNIS

PAR L'EXAMEN FONCTIONNEL DE L'OREILLE (1)

par M. le docteur de CAPDEVILLE.

L'analyse consciencieuse des faits, comme la discussion des lois qui président à la propagation des vibrations sonores vers l'oreille interne, nous permet de poser les deux lois suivantes :

1° Lorsque l'affection est exclusivement limitée à l'appareil conducteur des sons, la perception crânienne reste constamment supérieure à l'audition par la voie normale. — 2° Lorsque l'oreille interne participe à l'affection ou en est le siége exclusif, les deux modes de perception se trouvent simultanément et également atteints.

Appliquant ces deux lois aux résultats fournis par l'examen fonctionnel, nous pouvons conclure que :

1° Toutes les fois que la montre est mieux entendue sur le crâne, qu'elle ne l'est à 30 centimètres et *a fortiori* à une distance plus rapprochée, nous sommes en présence d'une affection des organes conducteurs.

2° Toutes les fois que la montre est aussi mal entendue sur le crâne qu'à 30 centimètres, ou qu'elle ne l'est pas en ces deux points; nous sommes en présence d'une affection des parties profondes, oreille interne, nerf auditif ou centre nerveux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 mars 1875. — Présidence de M. GOSSELIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1874, dans les départements de l'Ain et de la Vienne (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de M. le docteur Demarquette intitulée : *Quelques considérations sur les maladies puerpérales, dites suites de couches et le moyen de les prévenir* (commission : M. Devilliers).

2° Une note de M. le docteur Delasiauve, sur le traitement du *delirium tremens* (commission : MM. Hérard et Baillarger).

3° Un mémoire de M. le docteur Emile Tillot, intitulé : *Des ophthalmies chroniques et de leur traitement par l'eau férrugineuse de Saint-Christau* (*Basses-Pyrénées*) (commission des eaux minérales).

4° Une lettre de M. Duval (de Versailles), relative à la doctrine de la transformation des germes. L'auteur déclare avoir obtenu dans ces derniers temps une fermentation lactique des mieux caractérisées en se servant non d'une levûre toute faite, mais en se servant à sa place de quelques cellules de *protococcus pluvialis*. Il ajoute qu'il a provoqué la fermentation alcoolique dans du suc de raisin bouilli ensemencé avec une parcelle du même microphyte.

M. BÉCLARD rappelle que M. Barth avait manifesté le désir qu'il fût nommé une commission spéciale pour l'examen des titres des candidats pour les places de correspondants nationaux et étrangers. Le conseil, ayant délibéré sur cette demande, n'a pas été d'avis qu'il y eût lieu d'apporter aucune modification dans le mode de présentation des candidats pour ces titres; mais il a pensé qu'il y avait lieu de créer une commission spéciale pour les candidats aux places d'associés nationaux et étrangers. En conséquence, une commission spéciale sera désignée, elle se composera de deux délégués de chacune des quatre commissions instituées pour les correspondants nationaux et étrangers.

M. GUBLER présente un travail de M. le docteur Garrigou relatif à l'établissement de la cure de petit lait auprès de la station thermale de Bagnère de Luchon.

M. Gubler met, en outre, sous les yeux de l'Académie un échantillon de jaborandi, comprenant les feuilles, le fruit, la tige et les racines de cette plante, qui paraissent avoir les mêmes propriétés que ses autres parties.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fermentation.

La parole est à M. Colin.

DISCUSSION SUR LA FERMENTATION

M. COLIN donne lecture d'un travail ayant pour titre : *La putréfaction ne peut-elle s'effectuer sans le concours de germes et d'organismes inférieurs?*

Depuis les magnifiques travaux de M. Pasteur, dit M. Colin, presque tout le monde admet, avec ce savant observateur, qu'une fermentation quelconque exige, comme condition indispensable, la présence d'être organisés et vivants. Les discussions ne portent guère que sur le point de savoir si les ferments organisés, les germes, les petits êtres, les auteurs de la fermentation viennent du dehors ou s'ils naissent sur place par génération spontanée. La première question doit être d'examiner si la présence des organismes inférieurs est réellement une condition obligée de toute fermentation. Lorsque la solution affirmative ne laissera plus de prise au doute, il sera assez tôt de rechercher d'où peuvent venir ces êtres, de l'extérieur ou de l'intérieur, et s'ils sont des produits de l'homogénie ou de l'hétérogénie. Ces questions étant connexes, toutefois, M. Colin a pensé qu'il n'y avait aucun inconvénient à les étudier ensemble.

Tel est l'objet de sa dissertation.

Une première série de faits et d'expériences que rapporte M. Colin, rend, suivant lui, peu probable l'hypothèse de la pénétration des germes à travers les enveloppes de l'œuf. *A priori*, l'entrée des germes lui paraît déjà inadmissible, puisque ces germes sont arrêtés par de simples filtres de coton ; et celle des germes en suspension dans les liquides a contre elle les résultats de l'expérimentation.

Bien que l'œuf soit perméable aux gaz et aux liquides, bien qu'il respire, qu'il absorbe de l'oxygène, exhale de l'acide carbonique, de la vapeur d'eau, bien qu'enfin il puisse absorber de l'eau, rien n'indique que sa coque et son enveloppe membraneuse laissent pénétrer des éléments figurés : tout, au contraire, démontre que, même privé de revêtement calcaire, il ne doit pas admettre de corpuscules solides.

Voilà, ajoute M. Colin, l'appareil qu'il s'agit d'observer, appareil fermé et plein d'une matière apte à éprouver la fermentation putride. Voyons si cet œuf se putréfie et dans quelles conditions.

Après l'examen de cette seconde question, M. Colin résume son argumentation en ces termes :

Ne nous faisons pas illusion, dit-il, en présence de ces divers résultats Distinguons soigneusement le positif du problématique. Le positif, c'est que l'œuf à coquille intacte, sans germes apparents dans sa substance, se brouille, s'altère, devient fétide, éprouve une désorganisation de ses éléments anatomiques, perd l'aptitude à l'incubation, se putréfie enfin; ce qui est problématique, c'est qu'il se putréfie même par le développement spontané d'organismes inférieurs, lesquels paraissent être de simples corpuscules protéiques, albumineux, agités, en raison de leur petitesse, de mouvements browniens.

En résumé, tous les œufs à coquille intacte, sans solution de continuité, peuvent se putréfier plus ou moins rapidement et à divers degrés, suivant les conditions où ils se trouvent.

1° Tous les œufs non fécondés appelés œufs clairs, œufs sans germes, se putréfient, et leur putréfaction n'exige que la durée de la période d'incubation.

2° Les œufs dont l'embryon meurt pendant l'incubation par suite d'un long refroidissement, d'actions électriques ou autres se putréfient dans les mêmes délais.

(1) In-8°. — Marseille, Barlatier-Feissac père et fils, 1875.

3° Tous les œufs abandonnés à la température ordinaire, surtout à des alternatives de chaleur et de froid, se putréfient aussi, mais avec lenteur, à moins que leur contenu ne se dessèche assez vite pour perdre son altérabilité. Dans ce dernier cas, la putréfaction est une affaire de temps.

Mes conclusions sont donc les propositions suivantes :

J'ai vu l'œuf, tous les œufs examinés se putréfier; je n'ai pas vu de germes, d'organismes inférieurs dans l'œuf récemment pondu.

N'ayant vu entrer dans l'œuf qui s'altère aucune espèce de corpuscules, j'en infère que sa putréfaction n'est pas due à l'intervention de germes du dehors.

L'examen de cet œuf putréfié ne m'a montré que des éléments figurés, mouvants, qui paraissent être non de véritables êtres vivants, mais de simples corpuscules albumineux; j'en infère que la putréfaction n'est pas due à des organismes produits par génération spontanée.

Donc, dans la putréfaction, ensemble d'actions chimiques s'effectuant sans le concours obligé d'êtres inférieurs, sans homogénie ni hétérogénie.

A l'air libre ou dans les conditions ordinaires, les organismes inférieurs doivent jouer un rôle dans la décomposition putride. Ils vivent de ses produits qui leur offrent des conditions d'existence; ils les modifient à leur manière comme les acariens, les larves d'insectes, les vers, les cryptogames. Ils sont des spectateurs, des bénéficiaires, plutôt que des acteurs de la putréfaction.

M. POGGIALE. M. Bergeron a formulé dans la note qu'il a présentée tout récemment à l'Académie des sciences les deux conclusions suivantes :

1° Les vibrions se rencontrent dans le pus des abcès sans qu'on puisse invoquer le contact avec l'air extérieur;

2° On ne saurait admettre non plus que dans ces cas les vibrions puissent pénétrer dans le foyer de l'abcès par le système lymphatique ou le système circulatoire sanguin, tous deux absoluments intacts.

Ces conclusions ont ému M. Pasteur, qui a vu là une nouvelle tentative en faveur de la génération spontanée, et qui pense que les germes des vibrions dont M. Bergeron a constaté la présence dans les abcès ont pu s'introduire dans l'économie soit par les organes de la respiration, soit par les organes de la digestion, les vaisseaux lymphatiques et le sang. Mais la communication de M. Gosselin a donné aux observations de M. Bergeron leur véritable caractère.

Il ne s'agit pas de génération spontanée, mais tout simplement de faits qui intéressent les pathologistes. C'est une question de clinique et non une question de doctrine.

Je n'ai donc pas à m'occuper de la note de M. Bergeron, mais je désire appeler l'attention de l'Académie sur quelques faits qui se rattachent à la grande question des fermentations, et qui ne s'expliquent pas par la théorie nouvelle.

M. Pasteur a critiqué les expériences de MM. Legros, Onimus, Béchamp et Donné sur la génération spontanée dans l'œuf. Je n'ai pas à prendre leur défense, et je crois que, dans l'état actuel de la science, il est plus sage de n'avoir pas d'opinion sur ce sujet.

M. Pasteur nous a dit qu'il cherchait depuis vingt ans la génération spontanée sans l'avoir trouvée; il la cherchera longtemps encore, et je doute qu'il la trouve. On pourra toujours répondre aux partisans de la génération spontanée : Les germes des vibrions, des bactéries, des bâtonnets, des ferments dont vous avez constaté la présence dans l'économie se sont introduits par diverses voies. Cependant ceux qui, comme moi, n'ont pas d'opinion arrêtée sur ce sujet, conservent le droit de vérifier, de contrôler, de discuter les faits, de quelque part qu'ils viennent. A ce point de vue, j'aurai quelques doutes à soumettre à M. Pasteur sur l'altération spontanée des œufs et sur les causes qui rendent l'urine ammoniacale.

D'un autre côté, M. Bouillaud a rappelé cette proposition généralement admise, qu'il n'y a pas de fermentation sans ferment. Cette proposition a cessé d'être absolument vraie depuis les travaux de MM. Lechartier et Bellamy.

Ici M. Poggiale examine successivement ces deux points et discute particulièrement les notes publiées depuis deux ans par M. Gayon.

Les faits observés par M. Gayon, dit-il, sont très-intéressants, mais ils ne démontrent pas que les organismes dont il s'agit s'introduisent dans l'œuf pendant qu'il chemine dans l'oviducte. Et de même qu'on a pu reprocher à M. Bergeron d'avoir affirmé que les abcès n'avaient aucune communication avec l'air extérieur, de même on est en droit de dire à M. Gayon qu'il n'a pas démontré que les germes des organismes qu'il a trouvés dans les œufs venaient de l'air extérieur et s'étaient introduits dans l'oviducte.

Les trois fermentations observées par M. Gayon et l'oxydation de la matière organique de l'œuf compliquent singulièrement la question et la rendent plus obscure encore.

Je dirai enfin que MM. Béchamp et Donné n'ont jamais trouvé dans le blanc et le jaune de l'œuf ni bactéries, ni vibrions, ni moisissures, ni autre chose d'organisé.

Il y a donc là une grande obscurité, et il ne faut pas se hâter de conclure.

Passant à la question de l'urine ammoniacale, M. Poggiale soutient, contrairement à l'opinion énoncée par M. Pasteur, que la conversion de l'urée en carbonate d'ammoniaque n'est pas due à un ferment, mais bien à une action chimique. Il s'appuie à cet égard sur les expériences de M. Wöhler et sur la facilité avec laquelle l'urée, comme tous les amides, absorbe les éléments de l'eau pour se convertir en sels ammoniacaux.

Les expériences de MM. Lechartier et Bellamy, sur la fermentation des fruits sont très-intéressantes, mais les faits qu'ils ont observés ne s'expliquent pas par la théorie des ferments.

Puisqu'il n'existait pas de ferment dans ces expériences, comment expliquer la formation du sucre, la production de l'alcool et de l'acide carbonique? M. Poggiale trouve dans ces faits une exception remarquable à la règle générale, et difficile à expliquer; et il demande à M. Pasteur de vouloir bien faire connaître son opinion à ce sujet.

Il le prie aussi de dire si ces faits sont en harmonie avec la proposition suivante qu'il a rappelée tout récemment dans ses *Nouvelles Observations sur la nature de la fermentasion alcoolique :*

« L'acte chimique de la fermentation est essentiellement un phénomène corrélatif d'un acte vital commençant et s'arrêtant avec ce dernier; il n'y a jamais fermentation alcoolique proprement dite, sans qu'il y ait simultanément organisation, développement, multiplication de globules, ou vie poursuivie, continuée de globules déjà formés. »

M. Pasteur ajoute aujourd'hui à cette proposition fondamentale : « La fermentation est la conséquence de la vie sans gaz oxygène libre. »

M. PASTEUR demande la permission de renvoyer sa réponse à MM. Colin et Poggiale à la prochaine séance. Il se propose pour aujourd'hui de répondre à une objection que lui a faite M. Bouillaud dans la dernière séance, ou plutôt à cette question : Que sont donc les ferments des ferments? Mais avant d'entrer dans les détails que nécessite cette réponse, il regarde comme indispensable de rappeler ici la communication qu'il a faite il y a huit jours à l'Académie des sciences sur une question de la plus haute gravité, il s'agit de la vie sans air, sans gaz oxygène. Ici M. Pasteur entre dans les détails explicatifs d'une expérience que nous reproduirons plus tard.

A cinq heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Jadis, au temps du carnaval, la bazoche plaidait ses causes grasses. A l'abri de cet antécédent, nous offrons de nouveau à nos lecteurs, dans notre numéro de mi-carême, quelques *Éléments de pathologie poétique* qui ne paraissent pas devoir faire aux traités classiques une concurrence trop alarmante.

LES ENGELURES

L'affreux petit collége où l'on dut m'interner
Ressemblait, en hiver, à ce cercle du Dante
Où dans la glace on voit les gens se démener;
L'économe était d'une avarice impudente.

Autour du poêle éteint, la classe grelottante
Passait, chaque matin, une heure à griffonner,
Et tout le long du jour nous allions sillonner
Du fer de nos traîneaux la neige éblouissante.

Sur nos doigts crevassés, sur nos mentons rougis,
L'engelure cuisante incrustait ses rubis,
Et nos orteils gonflés attestaient ses brûlures.

C'était dur! Et pourtant j'aime ce souvenir.
Enfant, j'ignorais tout des soucis à venir...
O jeunesse, reviens! Revenez, engelures!

CALVITIE PRÉCOCE

Coiffeur! tu me trompais quand, par tes artifices,
Tu disais raffermir mes cheveux défaillants!
Ceux qu'avaient épargnés tes fers aux mors brûlants,
Tu les assassinais d'eaux régénératrices!

Tu m'as causé, coiffeur, de si grands préjudices
Que je te voudrais voir, ayant perdu le sens,
Sur toi-même épuiser tes drogues corruptrices
Et tourner contre toi tes engins malfaisants.

Ainsi, quand l'ouragan s'abat sur la futaie,
D'un souffle destructeur il arrache et balaie
La verte frondaison, qui jonche le chemin.

Au bocage pareil, mon front est sans mystère.
Il ne me reste plus un cheveu sur la terre,
Et je gémis, songeant au crâne de Rob...!

AUTRE CALVITIE

Diagnostic différentiel. — Thérapeutique.

Quand le caprice de la brise
Dans les prés verts qu'aromatise
L'*Anthoxanthum odoratum* (1),
Loin du vallon natal entraîne
Ta chevelure avec ta graine,
Leontodon taraxacum (2);
Si petit que soit notre monde
Tu sais que la terre féconde
S'ouvrira pour les recevoir,
Qu'à ton front germeront encore
Ces blancs filaments que colore
Le rayon empourpré du soir.
Pour nous, quand le destin contraire
De notre trésor capillaire
Disperse les fils blonds ou noirs,
Macassar vient à la rescousse,
Et, pour que le cheveu repousse,
Penche ses huileux arrosoirs.
Efforts perdus! vaine chimère!
Bazin lui-même, en qui j'espère,
S'avouant vaincu, dit tout bas :
« Monsieur, prenez une perruque
« Allant du front jusqu'à la nuque :
« Le cheveu ne repousse pas! »

DERMATOLOGIE

Sous les rideaux discrets, au fond du vieil hospice,
Les Sylphes de Saint-Louis, chantés par Fracastor,
Donnent à leurs amants, qui sommeillent encor,
Des baisers dont la trace est une cicatrice.

La rougissante Acné, l'agaçante Eczéma,
Chéloïs au front pur, Syphilis au cœur tendre,
Purpura, Sycosis, Éphélis, Ecthyma,
Sur la peau des mortels préférés vont s'étendre.

(1) Flouve odorante. — (2) En français : pissenlit.

Le jour luit. Une horde envahit les dortoirs
Portant tabliers blancs avec paletots noirs,
Ce sont les ennemis des virus et des lymphes.

Ils vont, et devant eux marche le professeur,
Comme un faune jaloux qui s'avance, grondeur,
Pour troubler vos ébats amoureux, belles nymphes.

LE CATAPLASME

Flaccidité, tiédeur, mollesse humide et douce!
Cataplasme douillet, topique velouté,
Trésor de bonhomie et de sincérité,
Tu caresses encore la main qui te repousse!

Que tu sois de fécule ou de graine de lin,
Que l'opium t'arrose ou que le chloroforme
Apporte dans tes plis l'apaisement énorme,
Tu t'appliques toujours consolant et câlin.

La batiste t'abrite en sa trame serrée.
En dépit du tissu, ton cœur médicinal
S'imprègne avidement de sanie enfiévrée.

A travers le rideau du confessionnal
Ainsi le prêtre vient, onctueux et banal,
Éponger les aigreurs de notre âme ulcérée.

LE VER SOLITAIRE

Bien avant que Fourier rêvât le phalanstère,
Bien avant Saint-Simon et le Père Enfantin,
Dans les retraits ombreux du petit intestin
Le Solium déjà pratiquait leur chimère.

Un cestoïde obscur, un simple entozoaire,
Avait constitué l'État républicain.
Martyr voué d'avance au remède africain,
Salut, fils du scolex, pâle et doux Solitaire!

Tes anneaux, dont chacun forme un ménage uni,
Sur un boyau commun prospèrent à l'envi,
L'un à l'autre attachés, pas plus sujets que maîtres.

Oui, c'est un beau spectacle, et faut-il s'étonner
Si l'admiration me pousse à célébrer
En vers de douze pieds le ver de douze mètres!

Dr Georges C.

SUR UN NEZ MÉDICAL RESTAURÉ PAR UN CONFRÈRE

(Accident de voiture).

Le docteur R... au docteur C...

Enfin me voilà cousu
Pour quelque temps, je l'espère;
Disons-le vite, confrère,
Quel talent vous avez eu!

Quand vous m'enfiliez le derme
J'aurais bien voulu tout bas
Qu'un autre aurait eu le cas...
Pourquoi poussiez-vous si ferme?

De la confraternité
N'était-ce point quelque reste
Qui donnait à votre geste
Autant d'intrépidité?

Ai-je donc tort d'y prétendre?
Rien n'est lourd comme un bienfait;
Ce point que vous m'avez fait
Je voudrais bien vous le rendre.

Soyez donc compatissant,
Choisissez un jour morose
Pour vous casser quelque chose
Qui m'oblige à cent pour cent!

S'il faut arborer l'aiguille,
Quand vous crieriez comme un geai,
Je vous prouverai que j'ai
Le sentiment de famille.

Dr R.....

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

La Faculté a distingué particulièrement et a signalé à M. le ministre 42 thèses qu'elle a partagées en trois classes conformément à la liste suivante :

PREMIÈRE CLASSE. — *Médailles d'argent.*

MM. Barèty (Alexandre-César-Auguste-Charles). — De l'adénopathie trachéo-bronchique en général et en particulier.
Brière (Léon). — Étude clinique et anatomique sur le sarcôme de la choroïde et sur la mélanose intra-oculaire.
Pinard (Adolphe). — Nouvelles recherches de pelvimétrie et de pelvigraphie sur la forme et les diamètres antéro-postérieurs de 100 bassins viciés représentés de grandeur naturelle.
Renaut (Joseph). — Contribution à l'étude anatomique de l'érysipèle et des œdèmes de la peau.
Troisier (Émile). — Recherches cliniques et expérimentales sur l'hémi-anesthésie de cause cérébrale.

2e CLASSE. — *Médailles de bronze.*

MM. Bacarisse (Louis). — Du sacrum suivant le sexe et suivant les races.
Bouley (Paul). — Pathologie comparée de l'ostéomalacie chez l'homme et chez les animaux domestiques.
Chapon (Léon). — De la paralysie du nerf radial.
Debove (Georges). — Le psoriasis buccal.
Dujardin (Alfred). — De la thermographie médicale.
Formentin (Jacques). — Études précises sur les déformations de la poitrine avec application à la pleurésie et à la phthisie (indice thoracique).
Gassot (Armand). — Des températures locales de l'économie et de leurs variations à l'état pathologique.
Hahn (François). — Des complications qui peuvent se présenter du côté du système nerveux dans la phthisie pulmonaire chronique.
Landolt (Edmond). — Le grossissement des images ophthalmoscopiques.
Légerot (Gustave). — Études d'hématologie pathologique basées sur l'extraction des gaz du sang.
Morel-d'Arleux (Jules). — Considérations sur la résection du coude.
Manouvriez (Hippolyte). — Recherches cliniques sur l'intoxication saturnine locale et directe par absorption cutanée.
Martel (Joannès). — De la mort apparente chez le nouveau-né.
Polichronie (Constantin). — Étude expérimentale sur l'action thérapeutique et physiologique de l'ipécacuanha et de son alcaloïde.
Trémeau de Rochebrune (Alphonse). — De quelques manifestation de la syphilis congénitale.
Vaillard (Louis). — Étude sur une épidémie de gangrène des organes génitaux des nouvelles accouchées, observée à l'hôpital des Cliniques (1872-1873).

3e CLASSE. — *Mentions honorables.*

MM. Audigé (Ebrahime). — Recherches expérimentales sur le spasme des voies biliaires.
Bacchi (Marius). — Contribution à l'étude de l'étiologie de la scléro-choroïdite postérieure.
Coyne (Pierre). — Recherches sur l'anatomie normale de la muqueuse du larynx.
MM. Cazalis (Joseph). — De la valeur de quelques phénomènes congestifs dans la dothinentérie.
Courrèges (Abdon). — Études sur la pelade.
Defoix (Pierre). — Étude anatomo-pathologique sur les vaisseaux sanguins de l'intestin grêle.
Deroye (Albert). — Étude théorique et pratique de l'albuminurie et de quelques néphrites.
Dupuy (Eugène). — Examen de quelques points de la physiologie du cerveau.
Galvani (Marius). — Du traitement de l'hydrocèle par l'injection vineuse.
Grangé (J. B.). — Des symptômes de la tuberculisation chez les enfants.
Gronnier (Léonce). — Pathogénie et sémiotique des vomissements.
Humbert (Gaston). — Étude sur la septicémie intestinale.
Le Pileur (Louis). — Étude sur le traitement des adénites inguinales.
Marcé (Prudent). — De l'ulcération de la carotide interne dans la carie du rocher.
Montané (Louis). — Étude anatomique du crâne chez les microcéphales.
Mouton (Louis). — Du calibre de l'œsophage et du cathétérisme œsophagique.
Poncet (Joseph). — De l'ictère hématique traumatique.
Rendu (Henri). — Recherches cliniques et anatomiques sur les paralysies liées à la méningite tuberculeuse.
Richelot (Gustave). — De la péritonite herniaire et de ses rapports avec l'étranglement.
Sevestre (Louis). — Des manifestations cardiaques dans l'érysipèle de la face.

Programme des concours de la Société des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille.

Prix annuels. — La Société des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille décernera, s'il y a lieu, des médailles d'or de vermeil, d'argent et de bronze, aux auteurs des travaux qui lui seront adressés sur les sujets désignés ci-après.

Elle se réserve, s'il y a lieu, de joindre à la médaille un prix en argent lorsque le mémoire couronné sera de nature à avoir exigé des dépenses de la part de l'auteur.

Les pièces ou mémoires couronnés pourront être publiés par la société.

Par décision particulière, prise le 17 mars 1865, la première médaille d'or décernée pour la meilleure pièce de poésie ou de littérature sera remplacée pour un objet d'art.

I. — *Sciences mathématiques et physiques.* — 1° Étudier mathématiquement ou expérimentalement les ondes qui se produisent par suite de l'immersion d'un corps solide dans une eau tranquille ou par suite de son émersion. On désire voir simplifier les théories données sur ce sujet par Poisson et Cauchy. On pourrait se borner au cas où le mouvement ne se fait que dans un seul sens, comme le long d'un canal.

2° Étudier la dispersion anormale de diverses dissolutions qui jouissent de cette propriété, et chercher si l'on peut déduire de cette étude la dispersion de la substance solide elle-même.

3° Déterminer les intensités relatives des diverses sources lumineuses en tenant compte de leur coloration.

4° Étude des questions chimiques qui se rapportent à la fabrication du sucre.

5° Études nouvelles sur les matières colorantes.

6° Études nouvelles sur les matières décolorantes.

II. — *Sciences naturelles.* — 1° Faire connaître la distribution des végétaux fossiles dans une ou plusieurs concessions du bassin houiller du nord de la France, et indiquer les conclusions que l'on peut tirer de cette distribution par rapport à la constitution géologique du bassin et à son mode de formation.

2° Analyse chimique et minéralogique des sables du département. Conséquence qu'on peut en tirer quant à leur origine géologique et leur emploi dans l'industrie.

3° Description géologique d'un des cantons du département.

4° Étude sur la géographie botanique du nord de la France.

5° Étude anatomique et zoologique des éponges de nos côtes. Comparaison des spongiaires actuels avec les types paléontologiques du même groupe.

5° Morphologie et physiologie comparée des organes segmentaires dans le groupe des Vermes (*sentu latiori*).

6° Étudier les phénomènes cadavériques qui précèdent la période de putréfaction à l'effet de déterminer par des recherches positives à quelle époque apparaît et cesse la rigidité chez l'adulte et l'enfant nouveau-né.

Tirer de cette étude des applications à la médecine légale.

III. — *Histoire.* — 1° Faire l'histoire de l'instruction élémentaire à Lille avant 1789.

2° Indiquer la topographie physique de la Flandre maritime lors de la conquête romaine. Étudier cette question principalement au point de vue de la critique scientifique et de la géologie, tout en s'appuyant sur les documents géographiques et archéologiques. Discuter les diverses opinions déjà émises sur ce sujet.

3° Faire le catalogue raisonné des objets de l'âge de la pierre trouvés dans le département du Nord.

4° Histoire d'une institution judiciaire dans le département du Nord.

5° Histoire d'un ou de plusieurs établissements charitables et hospitaliers de l'arrondissement de Lille.

6° Étude sur les travaux du physicien Delezenne.

7° Histoire d'une commune rurale du département du Nord.

8° Étude comparative d'après les données de l'archéologie et de l'histoire, sur la topographie, les enceintes successives et les monuments de l'une des villes du département du Nord. Le mémoire doit être accompagnée de plans.

9° Études sur les invasions dans le département du Nord depuis 1789 jusqu'à nos jours, au point de vue de la défense de la frontière nord-est de la France.

IV. — *Littérature et Poésie.* — 1° Chaque année il sera ouvert un concours de poésie et décerné des médailles aux auteurs des meilleures pièces de vers : le sujet est laissé à la disposition des concurrents.

Les poëtes déjà récompensés d'une médaille d'or par la société sont exclus du concours.

Chaque poésie devra être accompagnée d'une lettre d'envoi, *signée de l'épigraphe*, où l'on affirmera que la pièce est inédite, n'a été et ne sera présentée à aucun concours avant le 31 décembre suivant.

2° Étude critique sur le mouvement littéraire dans les provinces qui forment aujourd'hui le département du Nord, depuis l'incorporation à la France (1667) jusqu'en 1789, ou depuis cette dernière époque jusqu'à nos jours.

3° Catalogue raisonné de tous les livres imprimés à Lille jusqu'en 1789.

V. *Conditions générales du concours.* — Chaque année, les mémoires et travaux présentés au concours seront adressés *francs de port* au secrétaire général de la société, à l'Hôtel de ville, avant le 15 octobre.

Chaque envoi portera une épigraphe reproduite en forme d'adresse sur un billet cacheté, contenant l'indication du nom et du domicile de l'auteur, avec une attestation signée de lui, constatant que le travail envoyé est inédit et n'a été présenté antérieurement à aucun concours. Ce billet ne sera ouvert que dans le cas où le concurrent aurait mérité une récompense.

Tout ouvrage manuscrit, dessin, plan ou modèle, envoyé pour le concours, reste la propriété de la société, qui peut autoriser les auteurs à en faire prendre leur copie à leurs frais.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement physiologique des maladies consomptives et héréditaires, par le docteur TAMIN-DESPALLES. — 1 vol. in-8°, 5e édition. Prix : 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Des vomissements de sang supplémentaires des règles et pathogénie des hémorrhagies supplémentaires du flux menstruel en général, par le docteur G. LOREY. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, 7, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES.

4e session. — Bruxelles 1875.

Règlement.

ARTICLE 1er. — Le congrès médical international de 1875 s'ouvrira, à Bruxelles, *le 19 septembre*, à midi, sous les auspices du gouvernement, dans la grande salle des Académies, au Musée.

ART. 2. — Ce congrès, exclusivement scientifique, durera une semaine.

ART. 3. — Le congrès se composera des membres du corps médical, étrangers et nationaux, qui auront envoyé leur adhésion au comité. Ils auront seuls droit de prendre part aux discussions.

Les membres du congrès ne seront tenus à aucune rétribution. Ils auront seulement à verser une somme de 12 fr. 50, en échange de laquelle ils recevront un exemplaire du *Compte rendu des travaux de la session*. Cette somme sera versée : par MM. les adhérents, en même temps qu'ils enverront leur adhésion, par les participants au moment où ils retireront leur carte.

Les adhésions seront reçues à partir du 1er juillet prochain.

Les inscriptions et la distribution des cartes se feront : le 18 septembre, de *midi à cinq heures*, et le 19, de *neuf heures du matin à midi*, dans les locaux de l'Académie, au Musée.

ART. 4. — Les travaux du Congrès se répartiront en huit sections. (Voir le programme.)

ART. 5. — Au moment où ils retireront leur carte, MM. les membres se feront inscrire dans la section à laquelle ils désireront appartenir. Un même membre pourra se faire inscrire dans plusieurs sections. Le comité constituera les bureaux *provisoires* des sections (un président, deux vice-présidents, deux secrétaires).

ART. 6. — Le congrès se réunira deux fois par jour : le matin, pour les travaux des sections, l'après-midi, pour ceux de l'assemblée générale.

ART. 7. — Des rapporteurs, désignés d'avance par le comité, feront aux sections l'exposé des questions qui leur auront été départies. Cet exposé se terminera par des conclusions provisoires, que les sections examineront dans l'ordre adopté par les rapports.

Ce travail terminé, elles disposeront de leur temps pour recevoir les communications ressortissant à la spécialité de chacune d'elles et étrangères au programme.

Les conclusions votées par les sections seront communiquées à l'assemblée générale par des rapporteurs désignés par elles.

ART. 8. — Les séances de l'assemblée générale seront consacrées :

1° A des conférences sur des questions d'intérêt médical général ne figurant pas au programme;

2° A la lecture des rapports des sections, et, le cas échéant, à leur discussion.

ART. 9. — Les membres qui désireront faire une communication sur un sujet étranger aux questions du programme, devront en donner connaissance au comité, un mois au moins avant l'ouverture du congrès. Le comité décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre suivant lequel elles seront faites.

Le temps consacré à chaque orateur sera limité à un maximum de vingt minutes. Cette disposition n'est pas applicable aux rapporteurs.

ART. 10. — A la première séance, le congrès nommera son bureau définitif, qui se composera d'un président, de deux vice-présidents effectifs, d'un nombre indéterminé de vice-présidents honoraires, d'un secrétaire général et de deux secrétaires des séances.

ART. 11. — Tous les travaux lus au congrès, soit dans les sections, soit devant l'assemblée générale, seront déposés sur le bureau. Le comité d'organisation, qui reprendra ses fonctions après la session pour procéder à la publication des actes du congrès, décidera de l'insertion partielle ou totale, ou de la non-insertion de chacun d'eux, dans le compte rendu.

ART. 12. — Bien que la langue française soit celle dans laquelle seront conduites les séances, les membres seront également admis à s'exprimer en d'autres langues. Dans ce cas, si le désir en est exprimé, le sens de leurs paroles sera traduit sommairement par l'un des membres présents à la réunion.

ART. 13. — Le président dirige les séances et les débats, suivant le mode adopté dans les assemblées délibérantes en général. Il arrête les ordres du jour en se concertant avec le bureau.

ART. 14. — Les élèves en médecine recevront des cartes d'entrée, mais ne pourront être admis à prendre la parole.

Bruxelles, le 15 février 1875.

LE COMITÉ,

Président : M. Vleminckx, président de l'Académie de médecine. — *Membres :* M. Deroubaix, vice-président de l'Académie de médecine. — M. Bellefroid, ex-vice-président de l'Académie de médecine. — M. Crocq, ex-vice-président de l'Académie de médecine. — *Secrétaire général :* M. Warlomont, membre titulaire de l'Académie de médecine.

Toutes les communications relatives au congrès doivent être adressées au secrétariat général. (Dr Warlomont, à Bruxelles.)

Programme.

PREMIÈRE SECTION. — *Médecine* (pathologie, anatomie pathologique, thérapeutique). — 1° *Prophylaxie du choléra.* Rapporteur :

M. le docteur Lefebvre, professeur à l'université de Louvain. — 2° *De l'alcool en thérapeutique.* Rapporteur : M. le docteur Desguin, d'Anvers. — 3° *De l'inoculabilité du tubercule.* Rapporteur : M. le docteur Crocq, professeur à l'université de Bruxelles.

DEUXIÈME SECTION. — *Chirurgie* (y compris la chirurgie des champs de bataille et la syphiliographie). — 1° *De l'anesthésie chirurgicale.* Rapporteur : M. de docteur de Neffe, professeur à l'université de Gand. — 2° *Du pansement des plaies après les opérations.* Rapporteur : M. le docteur de Baisieux, agrégé à l'université de Louvain.

TROISIÈME SECTION. — *Accouchements* (y compris les maladies des femmes et des enfants). — *Les maternités.* Rapporteur : M. le docteur E. Hubert, professeur à l'université de Louvain.

QUATRIÈME SECTION. — *Sciences biologiques* (anatomie, physiologie, médecine comparée). — 1° *Des nerfs vaso-moteurs et de leur mode d'action.* Rapporteurs : MM. les docteurs Masius et Van Lair, professeurs à l'université de Liége. — 2° *De la valeur des expériences fondées sur les circulations artificielles.* Rapporteur : M. Heger, professeur à l'université de Bruxelles.

CINQUIÈME SECTON. — *Médecine publique* (hygiène, médecine légale, statistique médicale). — 1° *Des moyens d'assainissement des ateliers où se manipule le phosphore.* Rapporteur : M. le docteur Crocq, professeur à l'université de Bruxelles. — 2° *De l'organisation du service de l'hygiène publique.* Rapporteur : M. le docteur L. Martin, président de la commission médicale de Bruxelles.— 3° *De la fabrication de la bière.* Rapporteur : M. Depaire, professeur à l'université de Bruxelles.

SIXIÈME SECTION. — *Ophthalmologie.* — *Des défectuosités de la vision au point de vue du service militaire.* Rapporteur : M. le docteur Duwez, de Bruxelles.

SEPTIÈME SECTION. — *Otologie.* — 1° *Des moyens de mesurer l'ouïe et de l'enregistrer de façon uniforme pour tous les pays.* Rapporteur : M. le docteur Delstanche père, à Bruxelles. — 2° *Des défectuosités de l'organe auditif au point de vue du service militaire.* Rapporteur : M. le docteur Delstanche fils, agrégé à l'université de Bruxelles.

HUITIÈME SECTION. — *Pharmacologie.* — 1° *Faut-il étendre l'emploi médical des principes immédiats chimiquement définis et en multiplier les préparations dans les pharmacopées?* Rapporteur : M. Van Bastelaer, membre de la commission médicale du Hainaut, pharmacien à Charleroi. — 1° *De l'établissement d'une pharmacopée universelle.* Rapporteur : M. Gille, professeur à l'école vétérinaire de Cureghem.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Constitution médicale. — Caractère des pneumonies régnantes.

M. le docteur Bucquoy, ainsi que nous l'avons annoncé, a repris ses leçons cliniques à l'hôpital Cochin mardi dernier. Il a inauguré cette nouvelle série par l'histoire des pneumonies actuellement régnantes, qu'il a fait précéder, afin d'en mieux faire ressortir les caractères spéciaux, d'une description sommaire de la pneumonie franche, classique ou légitime.

Depuis le 1er janvier, il a observé dans son service vingt cas de pneumonie qui ont tous différé de la pneumonie franche. Voici par quels caractères principaux ils en différaient :

Par le mode d'invasion, qui, au lieu d'être brusque, a été lent et progressif. Presque tous les sujets étaient déjà malades depuis trois ou quatre jours lorsque apparut le frisson, et, après lui, le point de côté ; ils avaient de la toux, du mal de gorge, de l'inappétence, de l'insomnie. En un mot, les symptômes du côté de la poitrine étaient précédés des divers phénomènes morbides des voies supérieures, coryza, pharyngite, laryngite, etc., qui se résument par l'expression *rhume.* On retrouvait là manifestement ce caractère épidémique, cette influence particulière de la constitution médicale actuellement régnante.

Ce n'était donc pas d'emblée une inflammation du parenchyme pulmonaire, comme on le voit dans la pneumonie franche, mais bien une broncho-pneumonie.

Ils différaient aussi de la pneumonie franche par l'étendue et le siége de l'inflammation.

Par l'étendue : Au lieu d'entendre un souffle tubaire dans une grande étendue, le plus souvent c'était un souffle bronchique seulement, souvent de très-nombreux râles.

Par le siége : En ce que, dans les pneumonies actuelles, non-seulement la muqueuse, mais aussi la séreuse était atteinte par l'inflammation. Il y avait pleurésie et pleuro-pneumonie. Ici il y avait lieu de tenir grand compte de la pleurésie. Après la résolution, en effet, les phénomènes pleurétiques persistent pendant longtemps.

Enfin les caractères sthétoscopiques étaient : une matité très-étendue avec maximum d'intensité à la partie inférieure, obscurité des vibrations thoraciques, égophonie, etc.

Toutes ces pleurésies se sont résolues, mais lentement.

En un mot la pleurésie, dans les cas actuels, a été une véritable complication qui a prolongé la convalescence.

Par contre, dans ces cas, au moment où apparaissait la pneumonie, la bronchite disparaissait ; plus de râles sibilants, plus de râles disséminés. Le seul caractère de la bronchite qui persistât était l'expectoration catarrhale plus abondante et moins visqueuse.

Un autre caractère différentiel important était la bénignité des cas actuels. Il n'y a presque pas eu de cas de mort par pneumonie dans le service depuis le 1er janvier. Plusieurs cas ont été si légers que la simple expectation a suffi. Ce fait remarquable doit être attribué à la forme même de la maladie.

La température a atteint rarement le chiffre de 40 degrés. Le facies était moins altéré qu'il ne l'est d'habitude. La langue était nette et humide. Il n'y a presque jamais eu de délire.

Cette bénignité s'est montrée aussi bien dans la terminaison que dans les symptômes. La guérison a été la règle. Sur vingt cas, trois morts ne devant pas entrer en ligne de compte, puisqu'il s'agissait, dans ce cas, d'un alcoolique profondément cachectique, entré, le 8, a une période avancée, mort le 11. L'autopsie a montré presque tout un poumon en état d'hépatisation grise. Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une femme succombant à l'asphyxie le jour même de son entrée. A l'autopsie, on a trouvé deux noyaux considérables d'hépatisation grise.

Enfin le troisième était un cas d'ostéo-myélite avec infection purulente, dans le cours de laquelle est survenue une pneumonie par infiltration purulente.

Dans les dix-sept autres cas, la terminaison a été constamment favorable ; et, cependant on n'ignore pas qu'il y a, en ce moment, en ville, une mortalité assez considérable par pneumonie, la maladie paraissant plus particulièrement soumise à l'influence épidémique actuelle, la *grippe.*

M. Bucquoy se propose d'en entretenir son auditoire dans sa prochaine leçon. Nous prenons acte de cet engagement.

De l'emploi des tissus imperméables dans le traitement des affections de la peau.

Il y a six ans, en 1869, M. le docteur Colson, médecin en chef des hospices de Beauvais, faisait part aux lecteurs de la

Gazette des Hôpitaux des bons effets qu'il obtenait depuis plus de douze ans, de l'application de la toile de caoutchouc vulcanisée dans le traitement des maladies de la peau, méthode que M. Hardy, sur son conseil, avait déjà adoptée, à cette époque, dans son service de l'hôpital de Saint-Louis et qu'il a lui-même préconisée dans ses leçons.

M. le docteur Besnier, depuis qu'il a été appelé à diriger un des grands services de l'hôpital Saint-Louis, a eu de fréquentes occasions de mettre cette méthode en pratique; et les résultats qu'il en a obtenus l'ont engagé à reprendre l'œuvre de vulgarisation de cette méthode, qui lui semble n'avoir pas été poursuivie jusqu'ici avec assez d'ardeur. Il place l'emploi des toiles imperméables et en particulier celui du caoutchouc vulcanisé au nombre des améliorations les plus utiles qui ont été apportées, depuis peu d'années, au traitement local des affections de la peau, et il les considère comme destinés à remplacer avec profit l'usage d'un grand nombre d'applications topiques, et notamment des cataplasmes, dont on a fait un si grand abus en thérapeutique cutanée.

Voici en quels termes M. Besnier expose, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, les résultats de son expérience sur ce point.

De la manière la plus générale, M. Besnier reconnaît l'emmaillottement avec les tissus imperméables comme nettement indiqué dans tous les cas d'affections cutanées qui réclament l'emploi des émollients et qui sont communément soumises à l'usage des cataplasmes quand elles sont localisées et des bains quand elles sont généralisées. M. Besnier considère l'indication de ce mode de traitement comme particulièrement attaché à la classe nombreuse de dermopathies aiguës, subaiguës ou exacerbantes, de toute nature, dans lesquelles l'élément phlegmasique joue un rôle important et donne lieu à des exsudations concressibles, à des fissures, à un épaississement du derme : eczéma, impétigo, ecthyma, lichen, ou bien encore à toutes celles qui s'accompagnent d'un prurit intense ou rebelle, à toutes les variétés de prurigo.

Par contre, l'enveloppement imperméable est insuffisant, inutile et parfois même nuisible, bien que très-exceptionnellement, dans des affections de la peau moins franchement phlegmasiques, ou plus spécifiques, telles que le psoriasis généralisé, plusieurs variétés de pemphigus, l'érysipèle infectieux, les syphilides, les scrofulides malignes.

L'enveloppement imperméable convient à toutes les périodes de l'eczéma et à toutes les formes de l'affection, mais notamment à la période exsudative.

Il en est de même pour l'impétigo. A la période exsudative, il produit un soulagement manifeste, une amélioration incontestable, avec une remarquable rapidité.

Dans un grand nombre de cas d'impétigo du cuir chevelu ou de la face, dans la classe si étendue d'eczémas professionnels, qui affluent à l'hôpital Saint-Louis, l'enveloppement a suffi souvent, à lui seul, pour amener rapidement la guérison. Dans les cas graves, invétérés, dénaturés par les applications irritantes intempestives, chez les sujets dartreux, arthritiques ou scrofuleux, il faut le plus ordinairement, pour assurer ou pour achever la guérison, avoir recours en même temps aux médications internes appropriées et activer la réparation, à l'issue de la période exsudative, par les topiques indiqués, au premier rang desquels se place l'huile de cade.

Dans l'exzéma variqueux des membres inférieurs, l'enveloppement amène, avec une grande rapidité, la cessation de la période exsudative; mais il est impuissant à rendre à la peau, quand elle est profondément altérée dans sa nutrition, son état normal. C'est le cas où M. Besnier a obtenu quelquefois des résultats inattendus en faisant suivre l'enveloppement d'une cure par l'huile de cade.

Pour toutes les affections sécrétantes du cuir chevelu, la rapidité de l'amélioration immédiate est des plus remarquables. Il suffit d'un très-petit nombre de jours de traitement par le bonnet de caoutchouc pour déterger la tête. Dans les cas simples, la guérison est rapidement obtenue par l'usage de la calotte imperméable et des frictions de savon noir. Dans les cas rebelles ou récidivants, l'application du bonnet de caoutchouc facilite l'action de l'épilation et des parasiticides.

L'emploi de l'emmaillottement imperméable améliore le plus ordinairement avec une grande rapidité le lichen généralisé ou localisé, le lichen agrius, certaines formes de lymphodermite généralisée, et il concourt puissamment à accélérer la guérison par l'emploi des moyens internes ou externes appropriés.

Dans la période desquamative de diverses affections cutanées, période pityriasique, dans l'icthyose, il trouve une application utile en préparant la peau à recevoir plus efficacement l'action des traitements topiques indiqués.

Dans le psoriasis, il produit quelques améliorations partielles, mais sans que la durée de la maladie en soit jamais abrégée. Dans le psoriasis généralisé, M. Besnier le condamne absolument.

L'emmaillottement imperméable ne convient pas, d'une manière générale, dans la période active du pemphigus; il ne peut être utile que dans la période de dessiccation pour faciliter la chute des croûtes, ou temporairement, soit pour déterger la surface, ou bien pour combattre le prurit et protéger les parties malades, etc.

Enfin, bien que d'un faible secours dans les syphilides ou dans les scrofulides, qui réclament surtout un traitement interne, il remplit mieux que les émollients et les cataplasmes l'indication de déterger les surfaces malades. De même pour les ulcères simples et les ulcères variqueux et calleux des membres inférieurs, qui après avoir été préalablement désinfectés par les applications de charpie imbibée d'eau chloratée, peuvent être ramenés, en peu de jours, à un état très-satisfaisant par l'application du caoutchouc secondé par l'élévation du membre et le repos. Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU DE LYON

Tumeur enkystée de la cavité orbitaire (1)

Par M. le professeur VALETTE.

Vous avez été frappés de l'aspect étrange que présente une malade récemment entrée dans notre service, salle Sainte-Anne, n° 9. Nous allons faire une étude aussi complète que possible de ce cas intéressant.

Catherine C..., âgée de trente ans, est entrée à l'hôpital le 14 janvier 1873. Elle nous donne sur ses antécédents les renseignements suivants : mariée et mère de quatre enfants, elle a toujours joui d'une bonne santé, exception faite, cela va sans dire, de la lésion pour laquelle elle vient réclamer les secours de l'art. Le début de sa maladie remonte à douze années. Pendant longtemps, nous dit-elle, on pouvait voir, à l'angle interne de l'œil droit, une tumeur qui est restée fort longtemps stationnaire, mais qui, depuis deux ans, a pris une marche plus rapide : elle aurait, pendant ce temps-là, triplé de volume.

(1) Extrait de la *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, qui va paraître à la librairie J. B. Baillière.

Indolente pendant longtemps, elle est devenue le siége de douleurs qui sont d'ailleurs très-peu intenses. L'œil a été peu à peu chassé de sa cavité, et, aujourd'hui, cet exorbitisme donne à la physionomie un aspect des plus étranges. Lorsque l'on examine cet organe, on le trouve sain ; il a son volume normal ; la vision s'exécute assez bien, lorsque l'on ferme l'œil gauche. La malade est simplement affectée depuis quelque temps de diplopie. Ce trouble fonctionnel s'explique tout naturellement par le changement de direction des axes visuels. L'œil a été chassé de sa cavité par une tumeur que l'on ne peut explorer qu'en partie, et qui présente les caractères suivants.

Les téguments qui la recouvrent sont sains et glissent aisément sur elle. Cette tumeur est molle et manifestement fluctuante. Elle est limitée en dedans par le nez, en bas par le globe oculaire, en haut par l'arcade orbitaire, qui paraît comme soulevée et déjetée en haut et en dehors. Elle est complétement irréductible, ne présente aucun battement, et l'auscultation, pratiquée avec soin et à plusieurs reprises, ne nous a donné que des résultats négatifs. L'œil peut exécuter quelques mouvements, mais ils sont limités; la paupière supérieure s'abaisse et peut facilement recouvrir l'organe.

Le diamètre vertical de la tumeur, œil compris, est de 7 centimètres et demi. Le diamètre transversal est de 6 centimètres et demi. Le diamètre transversal est de 6 centimètres et demi. Du côté malade, la distance du bord de la narine à l'angle de l'œil est de 2 centimètres. Du côté gauche, nous trouvons 3 centimètre et demi, en mesurant les points correspondants. Du côté droit, la distance qui sépare la malade regardant devant elle, est de 5 centimètres. La même mensuration, pratiquée du côté gauche, ne donne que 3 centimètres.

Diagnostic. — C'est la première question que nous ayons à résoudre. La fluctuation est très-évidente. Nous pouvons donc affirmer que la tumeur est constituée par un liquide. Or, ce liquide ne peut être que du sang, du pus, ou l'un de ces produits si variés que l'on rencontre dans les kystes.

Ce n'est pas du sang, puisque la tumeur n'est pas pulsatile, qu'elle n'a pas été produite par un coup. Ce n'est pas davantage un abcès. Un abcès ne reste pas aussi longtemps à se développer ; il aurait déjà trouvé son issue à l'extérieur. Nous avons affaire à un kyste.

Les kystes de l'orbite, autant que l'on en peut juger par les détails très-incomplets que l'on trouve dans les auteurs, peuvent naître :

1° Dans le tissu cellulaire de l'orbite ; c'est là un fait incontestable : toutefois, cela arrive très-rarement, l'on peut dire exceptionnellement.

2° Dans les bourses séreuses qui facilitent le glissement des muscles. L'existence de ces bourses séreuses a été révoquée en doute, il est vrai, pour ce qui concerne les muscles droits; mais on ne peut nier l'existence de celles qui sont situées sur le trajet du muscle releveur de la paupière supérieure, au moment où ce muscle s'épanouit, en quelque sorte, en éventail pour ses insertions. Ce point délicat d'anatomie a, dans l'espèce, une grande importance. Aussi je crois devoir vous rapporter l'opinion d'un maître qui a fait à ce sujet des études spéciales (1). M. Demarquay s'exprime ainsi, page 10 : « On a décrit, dans la cavité orbitaire, des synoviales destinées à favoriser les mouvements de l'œil. Nous avons vainement cherché des synoviales autour du globe oculaire, dans les points où cet organe est en contact avec les quatre muscles droits. Est-ce à dire pour cela qu'il n'en existe aucune? Je ne le pense pas. Préoccupé du siége de prédilection des kystes orbitaires, j'ai cherché à en trouver la raison dans la disposition anatomique des parties et j'ai pu me convaincre que, sur certains sujets, on trouve entre la paupière supérieure et l'élévateur de ce voile d'une part, le muscle et le droit supérieur de l'autre, de petites bourses synoviales destinées à favoriser les glissements.

3° Enfin les kystes de l'orbite peuvent avoir leur point de départ hors de l'orbite soit dans le cerveau, soit dans le fosses nasales, soit dans les sinus frontaux. Je pense que nous avons affaire à cette dernière variété et voici pourquoi. La tumeur a occupé pendant longtemps l'angle interne et supérieur de l'orbite. Il existe un exorbitisme considérable et le globe oculaire n'est pas altéré ; le nerf optique n'a donc pas été directement comprimé. La malade ne ressent que des douleurs peu intenses, et encore n'y a-t-il pas longtemps qu'elles se sont manifestées; les nerfs orbitaires n'ont donc pas été fortement distendus. Les conjonctives sont minces, il n'y a pas trace d'œdème du côté des paupières, donc la veine ophthalmique n'est pas comprimée ; enfin, un dernier caractère important que je ne vous ai pas encore signalé, parce que je voulais, en vous le présentant isolément, frapper davantage votre attention, c'est le suivant : tout à fait en haut et en dedans, on éprouve, en explorant la tumeur une sensation particulière que j'appellerai parcheminée, et qui me porte à penser qu'il existe en ce point quelques lamelles osseuses excessivement minces et fortement distendues.

Pouvons-nous nous risquer à préciser la nature du liquide contenu dans cette énorme poche? En pareille matière il faut être très-réservé ; toutefois, si le point de départ du kyste est bien celui que je viens de dire, s'il s'agit en d'autres termes d'un kyste ayant son origine dans le sinus frontal, nous obtiendrons un liquide blanc, épais, car alors nous avons affaire à un kyste muqueux ; peut-être trouverons-nous dans la poche des hydatides ; ce sont là des points qui ne peuvent être élucidés qu'après l'ouverture de la poche.

Maintenant que nous sommes fixés sur le siége et la nature de la lésion, nous pouvons aborder la question importante du traitement.

Il est évident que ce traitement doit être exclusivement chirurgical, nous ne pouvons espérer guérir cette malade qu'à l'aide d'une opération. Or toute intervention active entraîne avec elle certains dangers. Y a-t-il indication formelle à ce que nous fassions courir à cette malade des chances fâcheuses. La santé générale est bonne, il est vrai, l'état présent n'offre rien d'alarmant, mais, sans parler de la difformité qui est horrible, nous avons des raisons pressantes pour agir.

La tumeur prend depuis quelque temps un accroissement plus rapide ; l'œil finira par être chassé complétement de sa cavité, il ne sera plus recouvert par les paupières, et alors surviendront des ophthalmies graves qui pourraient bien entraîner la fonte de l'organe. Les fonctions visuelles seront fortement compromises, il y a déjà de la diplopie, et pour vaquer aux soins du ménage, la malade est obligée de couvrir l'œil d'un bandeau ; en outre, la tumeur se développe aussi nécessairement du côté de la cavité crânienne. Son irréductibilité absolue me permet bien de penser qu'il n'y a rien de compromis de ce côté jusqu'à présent, mais les choses peuvent changer d'un moment à l'autre. Je vous le dis par anticipation ; vous ne soupçonnez pas l'étendue de la cavité, la saillie que fait la tumeur, le volume que vous lui voyez ne peuvent vous en donner qu'une idée incomplète.

(1) Demarquay, *Traité des tumeurs de l'orbite.*

J'ai déjà eu l'occasion d'opérer, il y a quelques années, une tumeur analogue à celle-ci; il s'agissait d'un jeune homme dont je regrette de ne pas avoir fait faire la photographie. C'eût été un joli pendant de celle de notre malade. J'ai été stupéfait des dimensions que j'ai reconnues à la cavité quand celle-ci a été ouverte et que j'ai pu l'explorer.

Je suis décidé à intervenir et à procéder de la manière suivante :

Lorsque l'on est en présence d'un kyste, il n'y a que deux moyens d'en amener la guérison. Le premier consiste à faire l'ablation de la poche: le second a pour but d'amener son oblitération en provoquant un travail inflammatoire, dont je n'ai pas à vous décrire, en ce moment, le mode d'action. Pas n'est besoin de dire que je ne puis songer au premier de ces deux moyens. Je vais employer l'autre. (*A suivre.*)

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

SUR LE MODE D'ACTION DES VOMITIFS LES PLUS EMPLOYÉS.

Par le docteur H. CHOUPPE.

Conclusions. — Le mode d'action des vomitifs les plus usités n'est pas le même pour tous, et si l'on pénètre au fond des phénomènes qui accompagnent ou précèdent le vomissement, l'on constate de très-grandes différences. — L'ipécacuanha et son alcaloïde, l'émétique, par quelque voie qu'ils soient introduits dans l'organisme, provoquent toujours le vomissement par une irritation directe des filets terminaux des nerfs pneumo-gastriques dans la muqueuse de l'estomac. — Le tartre stibié et l'apomorphine ont une action double; ils peuvent agir sur la muqueuse gastrique, mais aussi directement sur le bulbe. — Il existe cependant encore des différences entre ces deux médicaments; le tarbe stibié agit plus vite sur l'estomac que sur le bulbe, l'apomorphine plus rapidement sur les centres nerveux que sur la muqueuse gastrique. La meilleure preuve que l'on puisse en donner, c'est que les doses d'émétique suffisantes pour faire vomir doivent être plus fortes quand on injecte cette substance dans les veines que quand on l'introduit dans l'estomac. Avec l'apomorphine, au contraire, c'est par injection dans la circulation générale que l'on obtient l'effet maximum. (*Arch. de phys.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 mars 1875. — Présidence de M. LE FORT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. PANAS dépose, au nom de M. le docteur Sansaros, médecin de l'hôpital d'Alexandrie (d'Égypte), une observation de tétanos traumatique traité par le chloral à l'intérieur et le chloroforme en inhalations. La guérison, obtenue en vingt-cinq jours, a été due, d'après l'auteur, plus au chloroforme qu'au chloral. Ce cas de tétanos a présenté cette particularité intéressante qu'il avait été causé par un cautère appliqué à la jambe. (Renvoyé au comité de publication.)

M. DUPUY (de Rochefort), membre correspondant, assiste à la séance.

M. POLAILLON, à l'occasion de la discussion qui a eu lieu la semaine dernière sur l'ablation du calcanéum, rapporte qu'il a pratiqué cette opération dans le service et d'après le conseil de M. Dolbeau, en 1869, sur une malade épuisée par une longue suppuration. L'os était carié; le décollement du périoste fut très-difficile. Cependant l'os fut enlevé en entier par fragments. De la charpie sèche et un bandage inamovible furent appliqués. La malade succomba à l'infection purulente. M. Polaillon pense que les cas où cette opération réussit le mieux sont la nécrose totale du calcanéum et l'ostéo-périostite diffuse.

M. TRÉLAT présente le calcanéum dont il avait parlé à la dernière séance et qui avait été conservé par le malade. Il vient de répéter cette opération sur le cadavre par la méthode qu'il avait proposée. L'extrémité seulement de la petite tête a été sectionnée avec la pince de Liston et, comme il le prévoyait, l'os a été enlevé facilement. L'opération a duré vingt-cinq minutes, y compris le grattage de l'os.

RAPPORTS

M. DESPRÈS donne lecture d'un rapport sur une opération pratiquée par M. Luc, chirurgien-major au 37e de ligne, sur un enfant arabe âgé de cinq ans, affecté d'une oblitération des narines consécutive à la variole. Après avoir incisé la narine gauche suivant son grand axe, M. Luc fit passer une sonde par cette ouverture et l'air put y passer facilement. Mais en opérant de la même manière la narine droite, il rencontra derrière la peau incisée une tumeur sanguine développée sous la cloison des fosses nasales. L'hémorrhagie fut arrêtée facilement et la dilatation acheva de rendre la narine perméable en faisant disparaître la tumeur.

Fractures de la rotule. — M. TERRIER donne lecture d'un rapport sur une communication de M. Nelson Pautier relative aux fractures transversales de la rotule. L'auteur a obtenu une guérison complète et rapide en appliquant un appareil inamovible sur la cuisse jusqu'au bord de la rotule et un autre sur la jambe jusqu'à son bord inférieur, et en les réunissant au moyen d'un lacet passé dans des trous pratiqués sur chaque bandage au niveau du genou. M. Terrier rapproche de cette méthode celle qui consiste à appliquer les crochets de Malgaigne sur des bandes de diachylum placées au-dessus et au-dessous des fragments, et à consolider ces crochets au moyen de bandes ou de tubes de caoutchouc. (Thèse de M. Moynac).

DISCUSSION

M. DESPRÈS. On ne peut établir une méthode sur une seule observation. Toutes les méthodes employées pour la réunion de ces fractures ont donné une fois par hasard un résultat satisfaisant.

Le succès dépend du degré d'écartement des fragments. S'il y a peu d'épanchement dans la peau et dans l'articulation, tous les appareils peuvent réussir; mais s'il y a beaucoup de liquide, le rapprochement est impossible.

M. LABBÉ. Il est toujours difficile d'affirmer cliniquement l'existence d'un cal osseux.

M. GIRALDÈS. Les appareils inamovibles sont de pratique courante. Les chirurgiens de campagne les emploient.

M. Giraldès a vu à Pontoise, avec M. Prestat, un malade âgé de quarante ans, qui s'était fracturé la rotule en Suisse, et qui avait été ramené à Paris avec un appareil inamovible posé immédiatement. Ce premier appareil fut laissé en place quinze jours. Le rapprochement était complet après ce temps. Un autre fut appliqué, et moins de trois mois après l'accident la guérison était complète et ne laissait pas de trace. Le malade se servait parfaitement de sa jambe. Mais il serait difficile d'affirmer ou de nier l'existence d'un cal osseux.

M. HOUEL. La possibilité d'un cal osseux est incontestable. Il y en a un très-bel exemple au musée Dupuytren. Quant aux cals fibreux, le musée en possède aussi plusieurs cas tellement serrés qu'il eût été impossible pendant la vie d'en reconnaître l'existence.

M. LARREY rappelle que son père a employé les appareils inamovibles pour le traitement de ces fractures. On observe quelquefois leur réunion sans cal intermédiaire. On a même vu des réunions immédiates et ne laissant presque pas de traces.

Des remercîments seront adressés à M. Nelson Pautier, et son travail sera déposé aux archives.

LECTURE

Etude comparative sur les anesthésiques et leur mode d'action. — M. DUPLAY donne lecture d'un rapport sur deux mémoires de L. Darin sur l'otiatrique et les anesthésiques. Le premier de ces mémoires, concernant l'anatomie de l'oreille, n'est pas très-important. Le deuxième est une exposition très-complète de l'état

actuel de la question des anesthésiques en Amérique et en Angleterre. L'auteur s'occupe d'abord du protoxyde d'azote. Employé pour la première fois par Horace Wels, le 11 décembre 1844, pour l'extraction d'une dent, il tomba bientôt dans l'oubli. Mais les accidents dus au chloroforme, qui a été lui-même employé pour la première fois par Simson, le remirent en vogue. M. Darin combat l'opinion de divers auteurs français et anglais qui le prétendent irrespirable et asphyxiant. Il s'appuie sur les travaux de Limousin (1869), qui a fait vivre longtemps des animaux et germer des graines dans ce gaz, et sur la statistique américaine du docteur Colton, qui l'a administré sans accident à *soixante-sept mille* personnes. Il estime à trois cents mille le nombre des malades qui ont été soumis à cet agent dans ces dernières années, sans qu'on ait eu à constater plus de trois cas de mort dus à la négligence de l'opérateur. M. Darin insiste sur les inconvénients qui ont empêché la vulgarisation de ce moyen anesthésique. Il était difficile aux chirurgiens d'en avoir sous la main en suffisante quantité, et son influence est de peu de durée. Mais, aujourd'hui qu'on est parvenu à le liquéfier, on peut, dans une bouteille de fer forgé de la contenance d'un litre, avoir l'équivalent de 450 litres de gaz, suffisants pour anesthésier quinze personnes pendant un quart d'heure.

Marion Sims a pratiqué, avec l'aide de cet agent, une ovariotomie qui a duré une heure et demie. Lorsqu'il est pur et bien administré, l'anesthésie est obtenue en une minute, et l'on peut la prolonger indéfiniment. L'auteur, en terminant, énumère les diverses opinions émises sur l'éther et le chloroforme. En Angleterre et en Amérique, l'éther est considéré comme tout à fait inoffensif. Il serait bon, conclut M. Duplay, que la Société de chirurgie de Paris, comme les sociétés médicales d'Angleterre, reprissent l'étude de cette question importante, surtout au point de vue du protoyde d'azote, s'il est vrai qu'il est inoffensif et que son administration soit devenue plus facile aujourd'hui.

DISCUSSION

M. TRÉLAT. D'après M. Claude Bernard, le protoxyde d'azote produit une anesthésie d'origine asphyxique. Le chloroforme et l'éther, au contraire, ne sont pas asphyxiants. Ils agissent par une action directe médicamenteuse ou toxique sur les centres nerveux.

M. PERRIN. Il y a longtemps qu'on a reconnu l'action toxique et non asphyxique de l'éther, du chloroforme et de l'alcool sur le cerveau. Quant à celle du protoxyde d'azote, elle est comparable sinon assimilable aux phénomènes de l'asphyxie. On emploie ce gaz dans l'art dentaire, il est vrai, mais pour des opérations qui durent une ou deux secondes. Le réveil est prompt comme l'éclair et l'action si rapide que l'opérateur est souvent obligé d'appliquer par avance son instrument sur la dent. Les chirurgiens américains croient qu'on peut prolonger ses effets plus longtemps. Cependant Horace Wels, après le succès qu'il avait obtenu sur lui-même, échoua à la première opération qu'il fit en public. Hué par ses élèves, il renonça à la chirurgie, et se fit, pour vivre, montreur de bêtes. On lui a depuis élevé une statue. Quant à l'innocuité, Hunfray Lévy, qui, le premier, avait essayé le gaz hilariant comme anesthésique, à la fin du siècle dernier, obtint d'abord une grande popularité en Angleterre et en France par sa méthode d'inhalation de divers gaz pour la cure des maladies. Mais il eut aussi des cas de mort. Il y en eut en France dans le laboratoire de Vauquelin. Il n'en est pas de même de l'éther. De tous les côtés, en France même, à Lyon, on nous presse de revenir à son emploi.

M. MAGITOT. Des expériences récentes de Jolliet et Blanche sur l'action du protoxyde d'azote sur les animaux et les végétaux, il résulte que c'est un gaz irrespirable et asphyxiant. Toute asphyxie entraîne rapidement l'anesthésie. Mais ce n'est pas une anesthésie persistante. On peut peut-être la reproduire un grand nombre de fois de suite, mais non pas la continuer.

M. GIRAUD-TEULON emploie l'éther depuis plusieurs années, à la suite d'un cas de mort immédiate par le chloroforme. Il emploie la méthode américaine, qui consiste à sidérer le patient avec l'éther. Sauf quelques cas bien rares, il obtient immédiatement, chez les enfants surtout, un sommeil tranquille, sans embarras de la respiration et sans anxiété pour l'opérateur.

M. BLOT appuie la proposition de M. Trélat. Il a vu arracher une dent à une jeune fille de vingt-deux ans, qui devint littéralement violette sous l'influence du gaz hilariant. L'asphyxie, il est vrai, fut de très-courte durée. Étant interne chez Velpeau, en 1847, il a assisté aux expériences comparatives sur les divers anesthésiques, et c'est avec le chloroforme qu'il a vu le moins d'agitation. La mort par le chloroforme arrive presque toujours en commençant l'inhalation. Elle est due à une impressionnabilité particulière de l'individu et non pas à la quantité de chloroforme absorbée.

M. PERRIN. Avant d'être américain, le procédé de sidération par l'éther appartenait à Bonnet (de Lyon). Il *foudroyait*, c'était son expression, le malade, à l'aide d'une sorte de masque appliqué sur le visage et dans lequel on versait à flots de l'éther. Il a eu plusieurs accidents, deux au moins. Quant au peu de changement de physionomie chez les enfants, sur lequel M. Giraud-Teulon a insisté, il n'y en pas non plus avec le chloroforme. Ils n'éprouvent pas, comme les adultes, les actions réflexes du début.

M. TRÉLAT. La sidération est une méthode asphyxique et qui expose aux accidents, même avec l'éther, qui n'a pas une action topique bien puissante.

M. MAGITOT. Le gaz hilariant, employé selon la méthode moderne, à une pression de 5 à 6 atmosphères, agit aussi par sidération.

M. GIRAUD-TEULON n'a observé qu'un seul fait d'action profonde, presque toxique de l'éther, sur un enfant de sept à huit ans. Les accidents furent très-passagers.

M. GIRALDÈS préfère le chloroforme, surtout chez les enfants. Il agit chez eux beaucoup plus vite que l'éther, qu'il emploie cependant quelquefois aussi. Il fut obligé, il y a quelques jours, de terminer par le chloroforme l'anesthésie d'un enfant, pour laquelle il avait déjà employé 200 grammes d'éther de bonne provenance. Quant à la léthalité comparative des deux agents, elle est à revoir. Il ne faut pas dire que les chirurgiens anglais ont renoncé au chloroforme, mais que quelques chirurgiens des hôpitaux de Londres croient avoir plus de sécurité avec l'éther qu'avec le chloroforme.

M. DUPLAY n'a voulu que faire prendre en considération le travail de M. Darin, qui n'est qu'une analyse de mémoires et d'expériences divers. Les expériences qui lui sont propres sont en contradiction avec celles de M. Jolliet. M. Duplay ne se prononce pas sur leur valeur. Les faits recueillis en Amérique sont dus à des chirurgiens recommandables. Pourquoi douter de leur possibilité ?

De la manière de faire des Américains, qui font administrer l'éther dans une chambre par un médecin spécial qui en a la responsabilité, et qui transportent ensuite le malade dans une autre pour l'opérer, il semble résulter que l'éther aurait une innocuité plus grande que le chloroforme. On n'oserait agir avec ce sans-gêne envers des malades chloroformés.

M. LE FORT est partisan de ce procédé américain qui soulage le chirurgien de la préoccupation et de la responsabilité de l'administration du chloroforme. Il a assisté, avec M. de Saint-Germain, à l'anesthésie d'un malade par le protoxyde d'azote et en a été effrayé. M. Préterre, qui l'administrait, n'a pu du reste le donner assez longtemps pour l'opération d'un phimosis.

Sans nommer de commission, la société se propose d'étudier de nouveau ces faits, chacun dans sa pratique particulière.

Des remercîments seront adressés à M. Darin, et son manuscrit sera déposé aux archives.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. de la Martinière est nommé contrôleur du matériel en remplacement de M. Lefilleul, à dater du 16 janvier 1875.

M. Kuhff est chargé des fonctions d'aide-préparateur à l'École pratique des hautes études (3e section), dans le laboratoire d'anthropologie dirigé par M. Broca à la faculté.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Sont prorogés dans leurs

fonctions, du 1er janvier 1874 au 1er janvier 1876 : MM. Arnold, aide de physique, et Lemaire, aide de botanique et d'histoire naturelle.

— *Faculté des sciences de Lille.* — M. Dareste, professeur d'histoire naturelle, est autorisé à se faire suppléer dans son cours. pendant l'année-scolaire 1874-1875, par M. Giard, docteur ès sciences.

— *École pratique des hautes études.* — M. Bureau, professeur au Muséum d'histoire naturelle, est chargé, conjointement avec MM. Brongniart et Decaisne, de la direction du laboratoire de botanique de l'école pratique des hautes études au Muséum.

— *École de médecine d'Amiens.* — Le concours pour un emploi de suppléant de pathologie externe, dont l'ouverture avait été fixée précédemment au 17 février 1875, est reportée au 21 juin 1875.

— *École de médecine de Poitiers.* — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie et de pharmacie s'ouvrira le 17 mars 1875.

— *École de pharmacie de Paris.*— La donation, par M. Desportes, membre de l'Académie de médecine, d'un titre de rente français de sept cents francs pour la fondation d'un prix annuel est acceptée.

— Aujourd'hui, 6 mars 1875, à midi très-précis, un service de bout de l'an sera célébré à l'église Saint-Roch pour le repos de l'âme de M. le professeur Jean Cruveilhier, ancien président de l'Académie de médecine.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Le Courtois, ancien interne des hôpitaux, décédé, à Paris, à l'âge de trente-cinq ans, le 1er mars 1875, — de M. le docteur Dufour (de Villeneuve), qui laisse un fils très-estimé exerçant aussi avec succès la médecine à Paris, — et de M. le docteur H. Prevost, décédé à Hazebrouck, le 3 mars 1875, à l'âge de quatre-vingt-deux ans et huit mois.

Le typhus du paquebot-poste Gironde et le service sanitaire de Pauillac. Note lue à l'Académie de médecine par le docteur JACCOUD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, etc.— In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

MÉDICATION SUDORIFIQUE ET SIALAGOGUE.

Véritable Jaborandi du docteur COUTINHO.

Sous trois formes :

1° **Jaborandi concassé,** chaque paquet contient la dose nécessaire à une infusion ;
2° **Sirop de Jaborandi** } deux cuillerées à bouche pour une sudation.
3° **Élixir de Jaborandi** }

DÉPÔT : PHARMACIE YVON, 7, *rue de la Feuillade, près la Banque.*
Vente en gros : maison GRIMAULT et Cie, 8, rue Vivienne.

N° 28. — MARDI 9 MARS 1875. 48e ANNÉE. MARDI 9 MARS 1875. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. B. Ball.

Cours complémentaire sur les maladies mentales et nerveuses.

Messieurs,

L'enseignement qui vient de m'être confié par la bienveillance de la Faculté, a pour objet l'étude des maladies mentales et nerveuses : il embrasse, par conséquent, dans son ensemble cette grande famille pathologique, dont les éléments divers présentent entre eux une parenté si manifeste, et dont l'expression suprême, le terme le plus élevé se trouve dans l'aliénation mentale.

Il existe, en effet, un terrain morbide qui sert d'origine commune à toutes ces affections, si diverses en apparence et si voisines en réalité : c'est le tempérament névropathique, dont les manifestations protéiformes couvrent un si large espace en pathologie : et ce serait à coup sûr une belle et grande entreprise, messieurs, que de vous en présenter, dans quelques leçons, le tableau synoptique.

Il ne saurait entrer dans mes intentions de vous en apporter une esquisse même abrégée : ni le temps ni mes forces ne suffiraient à remplir un tel programme ; et d'ailleurs, puisque les névroses en général sont l'objet d'une description approfondie dans les cours de cette Faculté, il ne m'appartient pas d'en recommencer ici l'étude avec vous.

Je me propose donc de consacrer exclusivement ces conférences à l'étude de l'aliénation mentale, et encore ne pourrai-je vous offrir qu'un léger crayon de cet immense sujet; heureux si, dans le court espace de temps qui m'est réservé, je puis au moins vous donner quelques-unes des notions les plus indispensables qui se rattachent à des questions d'une importance vitale pour la société, et dans lesquelles le médecin est souvent appelé à jouer un rôle décisif.

En présence d'une tâche aussi difficile, je me sens accablé, je l'avoue, sous le poids de ma propre insuffisance; et ce qui contribue surtout à me faire sentir toute ma faiblesse, c'est que les murs de cet amphithéâtre semblent vibrer encore aux accents d'une parole éloquente, et nous rappeler le vivant souvenir d'un homme qui, par la vaste étendue de son expérience, par l'élévation naturelle de son esprit, et par l'heureuse abondance de sa diction, sembait créé tout exprès pour enseigner la pathologie mentale.

Sans avoir la prétention de marcher sur les traces de M. le professeur Lasègue, on peut du moins s'inspirer de ses idées et suivre de loin son exemple : tel sera, messieurs, le but de tous mes efforts ; permettez-moi donc de compter sur l'indulgence que vous accordez toujours aux hommes de bonne volonté.

C'est donc à l'étude de l'aliénation mentale que nous allons consacrer toute notre attention. Mais, au seuil même de la question, une difficulté nous arrête. Comment définir la folie ?

Je serais disposé, je l'avoue, à me ranger sur ce point à l'avis de Condillac, et j'admettrais volontiers qu'une définition trouve mieux sa place à la fin d'un cours qu'à son commencement; néanmoins il me semble difficile de m'embarquer avec vous pour un aussi long voyage, sans savoir du moins quel est le port que nous voulons atteindre.

Je me contenterai donc de vous rappeler la définition classique d'Esquirol : *La folie est une affection cérébrale, ordinairement chronique, sans fièvre, et caractérisée par des désordres de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté.*

Malgré ses imperfections, que nous sentirons de plus en plus vivement, à mesure que nous pénétrerons au cœur de la question, cette définition donne une idée assez nette et assez précise du sujet, pour que nous puissions, à titre provisoire, nous en contenter.

Mais il ne suffit pas, messieurs, de définir l'aliénation mentale; — il faut encore définir l'aliéné, — et c'est là, bien certainement, au point de vue social, la partie la plus intéressante du problème que nous avons à résoudre.

On peut, je crois, définir l'aliéné, un homme qui, par suite d'un trouble profond de ses facultés intellectuelles, a perdu plus ou moins complétement sa liberté morale et a cessé, par conséquent, d'être responsable de ses actions devant la société.

Mais où commence la responsabilité? où finit-elle? Quelle est la frontière entre la raison et la folie? Questions redoutables, qu'il est peut-être impossible de résoudre d'une manière absolue, et dont on ne peut, en tout cas, aborder la discussion sans entrer tout d'abord dans quelques considérations préliminaires.

Pour se faire une idée nette (autant que la chose est possible) de ce que nous devons penser à cet égard, il faut, de toute nécessité, effleurer l'étude de la physiologie intellectuelle, qui

diffère, à beaucoup d'égards, de ce qu'on est convenu d'appeler la psychologie.

S'il est un principe universellement admis de nos jours, c'est que le travail intellectuel coïncide avec des phénomènes d'ordre purement physique.

Cette corrélation intime, qui, à vrai dire, n'a jamais été sérieusement contestée, ne préjuge rien sur la nature intime du principe immatériel. En effet, si nous admettons, avec Platon, que l'homme est une intelligence servie par des organes, ou, pour traduire plus exactement son langage, un esprit qui se sert d'un corps, nous serons forcément amenés à reconnaître que les opérations de l'esprit doivent s'accompagner de modifications correspondantes dans l'état des organes qui lui obéissent.

Ainsi, pour apprécier le fonctionnement physiologique du mécanisme cérébral, deux méthodes parallèles nous sont offertes : deux chemins différents nous sont ouverts. Comme métaphysiciens, nous pouvons nous isoler du monde extérieur, pour écouter les révélations du sens intime ; comme médecins, nous pouvons nous cantonner dans l'analyse de la partie purement matérielle du phénomène qu'il s'agit d'étudier. A laquelle de ces deux méthodes (s'il faut en choisir une), donnerons-nous la préférence ?

Je ne veux nullement médire de la métaphysique : loin de là, je la considère comme le résumé des plus nobles travaux de l'esprit humain ; et en présence des immenses services qu'elle a rendus au développement intellectuel chez toutes les nations civilisées, je ne songe même pas à lui reprocher les contradictions qu'elle a si souvent enfantées. Mais, sans lui manquer de respect, il est permis de se demander si ses procédés sont applicables aux problèmes qui doivent fixer ici notre attention, et si ce mode d'investigation peut aboutir à des résultats utiles en pathologie mentale.

Une objection fondamentale se dresse devant nous, dès le début. Quelle que soit la puissance d'attention de l'observateur, quelle que soit la rigueur de sa logique, et la netteté de ses idées, lorsqu'il s'est isolé du monde extérieur pour descendre dans les profondeurs de sa conscience, il ne peut nous en rapporter que la photographie de son propre esprit ; or il est bien certain que toutes les intelligences ne se ressemblent pas.

Descartes se bouche les oreilles, se ferme les yeux et refuse à croire au témoignage des sens, pour s'absorber tout entier dans la contemplation de son âme. Il y découvre la notion de la perfection suprême, de la justice absolue, de l'infini dans le temps et l'espace ; il en conclut que ce sont là des idées innées, dont le Créateur a seul pu déposer le germe dans son esprit.

Mais il existe des tribus sauvages qui ne savent pas compter au-delà de trois, qui n'ont dans leur langue aucun mot pour exprimer le bien et le mal, le vice et la vertu, dont toute la vie se passe à subvenir aux plus grossiers besoins de l'existence, et qui paraissent dénuées des instincts mêmes les plus vulgaires de notre humaine nature. Croit-on qu'il soit possible de comparer leur intelligence à celle d'un homme civilisé ?

Dans son exploration des côtes de la Terre de Feu, Darwin rencontre un jour une troupe de naturels qui revenaient de la pêche. La journée avait été mauvaise, et ils avaient la disette en perspective. La femme d'un de ces sauvages accourt au devant de lui, portant son jeune enfant dans les bras. Le père le lui arrache, le lance violemment contre les rochers et lui brise le crâne. C'était, chez lui, une manière fort naturelle d'exprimer sa mauvaise humeur.

Si ce sauvage, en supposant qu'il pût répéter l'opération de Descartes, était descendu dans les profondeurs de sa conscience, croyez-vous qu'il y aurait trouvé la notion de la perfection et de la justice absolues ? — Lui qui ne savait peut-être pas compter au-delà de trois, aurait-il découvert dans son esprit la notion de l'infini ?

Entre un indigène de l'Australie et un philosophe de premier ordre, entre les premiers et les derniers des hommes, l'abîme est tellement profond, qu'il serait peut-être aussi difficile à un Descartes de comprendre les idées d'un sauvage qu'à un sauvage de comprendre les idées de Descartes.

Or c'est précisément à des intelligences incomplètes, déviées ou malades, que nous avons affaire. C'est donc en dehors de nous-mêmes qu'il nous faut chercher nos sujets d'études, et sans négliger les utiles enseignements de la psychologie, c'est surtout aux conditions matérielles des phénomènes intellectuels que nous devons nous adresser.

Si la physiologie avait dit son dernier mot sur le mécanisme des fonctions cérébrales ; si nous connaissions à fond la physique et la chimie de la pensée, nous pourrions sans doute formuler, avec une certaine précision, les conditions nécessaires à l'accomplissement du travail intellectuel. Mais combien nous sommes loin de cet idéal !

Ce que nous savons, du moins, c'est que l'encéphale est une réunion fort complexe d'éléments divers, qui se compose surtout de ganglions destinés à condenser les impressions sensorielles et les sources de mouvement, — et d'organes doués de propriétés plus élevées, les hémisphères cérébraux, qui paraissent être le siége exclusif des actes conscients de l'intelligence. C'est là que s'élabore, pendant la période d'activité cérébrale, pendant l'afflux du sang et la turgescence de la pulpe nerveuse, les phénomènes d'ordre supérieur qui, dans leur ensemble, constituent ce que nous appelons la pensée, et qui coïncident avec des réactions chimiques fort analogues aux combustions (1).

Mais, s'il existe une région spécialement chargée de ce travail ; s'il existe bien réellement des organes de la pensée, ce n'est point une raison pour tomber dans le matérialisme grossier de Cabanis, ni pour dire, avec lui, que le cerveau digère les impressions, comme l'estomac digère les aliments ; qu'il sécrète la pensée, comme le foie sécrète la bile. Autant vaudrait dire que les muscles sécrètent la contraction musculaire.

Il est incontestable que le travail cérébral, semblable, sous ce rapport, au travail manuel, est accompagné d'une notable déperdition de substance. Sans parler de la fatigue physique qui résulte des efforts intellectuels et du repos qu'ils nécessitent, il est certain que la présence en excès de l'urée et des phosphates dans l'urine coïncide avec un processus de désassimilation et d'oxydation. Voilà donc la sécrétion cérébrale, s'il nous en faut absolument une ; mais n'est-il pas plus simple et plus rationnel d'y voir plutôt les résidus d'une combustion organique, qui correspond (comme en mécanique) à la somme de travail effectué ?

On a souvent dit avec raison que l'urée représentait les cendres de l'économie. Cette heureuse expression de Chaptal, reprise et commentée par Chalvet, caractérise avec beaucoup de justesse les phénomènes qui s'accomplissent au sein de l'organisme ; mais qui songerait jamais à confondre les résidus de la combustion d'un foyer avec la chaleur et la lumière qui

(1) D'après Funke, la substance cérébrale serait acide pendant la veille et neutre pendant le sommeil.

en émanent? Aussi serait-ce une aberration bien étrange que de confondre, avec les cendres du foyer intellectuel, la pensée elle-même qui en est le divin rayonnement.

(*A suivre.*)

HOTEL-DIEU DE LYON

Tumeur enkystée de la cavité orbitaire (1)

Par M. le professeur VALETTE.

Opération. — La malade est anesthésiée le 20 janvier 1873. Pour éviter toute chance d'erreur, je fais une ponction exploratrice avec un petit trocart. Elle donne issue à un liquide blanchâtre assez épais; c'est bien celui que je vous avais annoncé. Je procède à l'opération, qui a pour but d'ouvrir très-largement le kyste. Pour cela, je pratique une incision des téguments sur toute l'étendue du diamètre transversal de la tumeur à sa partie moyenne, à 1 centimètre au-dessous du sourcil. La peau est disséquée aussi loin que possible, de manière à mettre largement à découvert la paroi antérieure du kyste. J'enlève avec des ciseaux toute cette paroi. Il s'écoule environ un verre d'un liquide muqueux, blanc, très-épais.

Le doigt, introduit dans la cavité, n'est pas assez long pour que je puisse en explorer toutes les parois. Je rencontre quelques lamelles osseuses très-minces; quelques-unes sont entièrement libres; tandis que d'autres sont adhérentes encore au frontal et forment dans l'intérieur des pointes fines et aiguës; le doigt pénètre librement dans la partie supérieure de la fosse nasale. Malgré tout ce que j'ai pu vous dire, je suis encore stupéfait des dimensions de cette poche. Il me semble que j'y pourrais loger le poing, si l'ouverture d'entrée était assez grande pour me permettre d'y pénétrer librement.

Pour tout pansement, après avoir lavé la cavité, je la remplis de bourdonnets de charpie, que j'ai eu la précaution de lier avec un fil, afin de pouvoir les retirer facilement.

Pendant le premier temps de l'opération, j'ai dû lier trois ou quatre artères, branches de la sous-orbitaire. Le pouls est à 103, la température axillaire à 38 degrés.

Le lendemain, la malade accuse de la douleur, le côté gauche de la face est œdématié, la température est à 38°,6.

Le pansement est fait deux fois par jour. Chaque fois la cavité est lavée avec soin avec de l'eau tiède. La suppuration s'établit rapidement, elle est abondante.

Après un séjour de deux mois, la plaie extérieure était considérablement rétrécie, l'œil était déjà bien remonté dans sa cavité, la diplopie avait disparu, mais la poche était bien loin d'être tarie. J'ai essayé de faire des injections médicamenteuses avec la teinture d'iode étendue de cinq à six fois son poids d'eau, plus tard avec la liqueur de Villate également étendue, mais j'ai toujours éprouvé beaucoup de difficultés à les faire supporter par la malade.

Enfin, dans les premiers jours du mois d'avril, la malade a désiré retourner chez elle; son état était bien amélioré, mais elle était loin d'être guérie.

Huit mois plus tard, le 15 novembre 1873, Catherine C... est rentrée à l'hôpital. Pendant cette longue absence, elle n'a fait absolument aucun traitement. Elle s'est contentée de porter un bandeau de toile sur l'œil, mais elle n'a pris aucune autre précaution. Malgré les recommandations que je lui avais faites, aucune injection n'a été pratiquée dans la cavité suppurante; bref, elle a laissé marcher les choses comme elles ont voulu.

Le 25 novembre 1873, cette malade a fait le sujet d'une nouvelle leçon clinique.

La physionomie de la malade a considérablement changé. L'œil est remonté sensiblement; il n'est cependant pas rentré complétement dans l'orbite. L'orifice de la cavité suppurante est devenu très-étroit; je puis à peine y faire pénétrer une sonde de femme. La suppuration est toujours abondante. A la visite du matin, quand on fait incliner en avant la tête de la malade et qu'on tient dilatée l'ouverture, il s'écoule une assez grande quantité de pus. Celui-ci s'accumule du reste à l'angle interne de l'œil; des pressions exercées à ce niveau sur le tendon du muscle orbiculaire, le font refluer en grande abondance. La cavité présente de ce côté un diverticulum dans lequel les liquides s'accumulent. La santé générale n'a pas cessé, du reste, d'être excellente. Quelle conduite allons-nous suivre pour tâcher d'obtenir, si faire se peut, une guérison complète.

Le problème à résoudre est bien moins complexe, sans doute, que la première fois, mais il ne laisse pas que de présenter encore certaines difficultés. En premier lieu, je ne suis point surpris que le travail de réparation ne soit pas encore achevé. Dans la séance que j'ai déjà consacrée à cette malade, je vous ai rappelé l'observation d'un jeune homme qui était affecté d'une maladie analogue. Il s'agissait d'un kyste séreux, mais dont les dimensions étaient aussi considérables. L'exorbitisme était à peu de chose près aussi prononcé que chez Catherine C... J'ai employé, chez lui, le même traitement. La guérison a été complète, radicale; mais il n'a pas fallu moins de deux ans pour l'obtenir, et je dois ajouter que les conditions étaient meilleures. En premier lieu, il s'agissait d'un kyste séreux, et tout à l'heure je vous dirai l'importance que j'attache à cette circonstance. En second lieu, autant la malade d'aujourd'hui est fantasque, indocile, autant l'autre était prêt à tout faire pour hâter sa guérison. Aussi ai-je pu lui faire régulièrement les injections, les varier à l'infini, etc. Nous rencontrons donc chez notre malade d'aujourd'hui certaines difficultés; en outre, il faut ajouter que l'état des parties ne présente pas des conditions aussi favorables. En premier lieu, le kyste s'est développé en dehors de l'aponévrose oculaire. Celle-ci a été refoulée en bas avec le globe oculaire. Cette circonstance a eu pour l'organe son bon côté. Il a été protégé, et peut-être est-ce à cela qu'il faut attribuer l'intégrité relative des fonctions visuelles, car, au total, vous vous souvenez que la malade n'a accusé que de la diplopie. Toutefois la médaille a son revers; il est incontestable que cette aponévrose constitue à son tour une barrière qui empêche l'œil de remonter aussi rapidement que nous le désirerions. En outre, l'existence de cette arrière-cavité, de ce diverticulum, dans lequel s'accumule la suppuration, constitue encore une circonstance qui doit retarder la guérison. Vous le voyez, nous avons à surmonter bien des difficultés. Je me propose de faire tout à l'heure une petite opération qui simplifiera les choses, je l'espère du moins.

L'arrière-cavité dont je parle aboutit à la partie supérieure de la fosse nasale du côté droit. Je l'avais déjà reconnue en explorant la cavité pendant la première opération pratiquée au mois de janvier. J'ai constaté ces jours passés son existence, non pas avec le doigt, l'ouverture du kyste est trop étroite pour le laisser pénétrer, mais avec une sonde métallique à courbure ordinaire. Je vais donc pratiquer de côté une contre-ouverture qui débouchera dans la fosse nasale. Je regrette

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 mars.

beaucoup de ne pas avoir eu cette idée la première fois, il est probable que, si elle eût été mise à exécution à cette époque, les choses seraient, à l'heure qu'il est, bien plus avancées.

(*A suivre.*)

ADHÉRENCES ANORMALES DU PLACENTA (1)

Par M. le docteur Alfred Liégard (de Caen).

II.

Nous avons indiqué les moyens qu'emploie la nature pour déterminer le décollement et l'expulsion du placenta dans ses adhérences anormales avec la matrice, c'est-à-dire les contractions énergiques de cet organe; nous avons rappelé aussi le moyen facile et tout puissant de provoquer ces salutaires contractions ; nous allons maintenant appuyer cette théorie par quelques exemples, qui feront mieux comprendre le mode d'action et l'efficacité de cet excellent procédé :

Obs. I. — Le 3 décembre 1829, à huit heures du matin, je terminai par le forceps l'accouchement d'une dame A. ., âgée de vingt ans. Cinq heures après, la délivrance n'était pas faite. La sage-femme m'assura qu'il n'y avait eu aucune contraction utérine, et que l'adhérence du placenta avait continuellement résisté à toutes ses tentatives d'extraction. Différents moyens (compresses froides , frictions et massage sur le bas-ventre, etc.) ayant été continués longtemps encore, à trois heures et demie, on vint me prier de retourner près de cette dame pour la délivrer.

J'essayai d'introduire deux doigts dans le vagin et de suivre le cordon jusque dans le col utérin, mais ces parties étaient revenues sur elles-mêmes, très-chaudes et tellement douloureuses que la malade jetait des cris aigus et éprouvait des mouvements convulsifs... Deux injections de 150 grammes suffirent pour exciter aussitôt les contractions utérines, et une traction très-faible fit sortir le placenta. Les suites de couches ont été on ne peut plus heureuses.

Obs. II. — Je fus appelé à Vancelles (2 juin), près d'une femme accouchée à cinq heures du matin (il était dix heures et demie).

Je trouvai la sage-femme fort embarrassée : la délivrance n'était pas faite ; le cordon était déchiré en plusieurs points par les tractions qu'elle avait opérées sur lui ; elle m'assura que, depuis deux heures au moins, elle ne cessait de recouvrir le ventre de compresses trempées dans de l'eau bouillante, et l'accouchée, pour donner plus de poids à ces paroles, se plaignit d'avoir *le ventre presque rôti*...

Je me fis apporter de l'eau très-froide ; j'y plongeai plusieurs mouchoirs, que je plaçai alternativement, à deux minutes d'intervalle, sur le ventre de cette femme. La sensation de froid dut être d'autant plus vive que les premiers linges avaient été plus chauds ; on stimula l'utérus par des frictions et des massages, tout cela sans le moindre succès.

Enfin je me décidai à pratiquer les injections froides dans la veine ombilicale. Mais, à cause des déchirures dont j'ai parlé, je fus obligé de couper le cordon à quelques centimètres seulement des parties sexuelles. Aussi, au moment même de la première injection, la femme ressentit tout à coup une fraîcheur intérieure, et, presque aussitôt, une douleur se manifesta ; une deuxième injection détermina promptement des contractions énergiques de la matrice, qui détachèrent complétement le placenta... Les lochies suivirent leur marche habituelle, et le rétablissement fut très-prompt.

Obs. III. — Mme Le C... était accouchée naturellement et heureusement de son deuxième enfant. Trois heures après j'étais encore retenu près d'elle parce que, malgré le seigle ergoté, les réfrigérants sur le bas-ventre, etc., le placenta restait adhérent ; nulles contractions utérines ne se manifestaient : deux injections froides dans la veine ombilicale déterminèrent immédiatement ces contractions, et une faible traction sur le cordon me permit d'attirer aussitôt le placenta au dehors... Lochies ordinaires ; rétablissement très-prompt, quoique cette dame n'ait pas nourri.

Obs. IV. — Une sage-femme m'envoya chercher, à cinq heures du soir, pour opérer la délivrance d'une femme accouchée à midi et demi.

C'était un premier accouchement. Le travail avait été fort long ; le pouls était fréquent, la fatigue extrême. Le placenta résista aux tentatives ordinaires d'extraction... Je fis une première injection dans la veine ombilicale qui détermina immédiatement de fortes contractions. Cependant le placenta adhérait encore. Quelques minutes après une deuxième injection, je le trouvai descendu dans le vagin, d'où je le fis sortir sans le moindre effort : lochies ordinaires; rétablissement prompt et parfait.

Je pourrais rapporter encore un grand nombre d'observations semblables. Une des dernières avait trait à une dame accouchée à minuit, et chez laquelle je fus appelé à onze heures du matin. Deux injections déterminèrent de puissantes contractions utérines *continues* et non *alternatives* qui détachèrent aussitôt le placenta : *tranchées nulles*; retour prompt à la santé.

Les injections froides dans la veine ombilicale n'ont pas seulement la puissance de vaincre les adhérences anormales du placenta et de déterminer son expulsion, elles ont aussi un autre avantage bien précieux, celui de s'opposer, comme je l'ai dit plus haut, aux *tranchées utérines* et aux *hémorrhagies après l'accouchement*.

Obs. V. — Le 16 avril 1846, à neuf heures du soir, Mme E..., après plusieurs heures de bonnes douleurs, accouchait à terme d'un enfant très-fort. C'était la septième fois que j'assistais cette femme en pareille circonstance, et je savais que toujours le placenta se détachait lentement et difficilement, à cause de la faiblesse des contractions utérines, et que son extraction était suivie d'une perte de sang considérable et de *tranchées* très-pénibles et très-prolongées. Dans les deux derniers accouchements surtout, ces douleurs avaient duré trois jours et trois nuits, pendant lesquels cette pauvre femme n'avait pu goûter ni repos ni sommeil... Vingt-cinq minutes après la sortie de l'enfant, le placenta étant toujours parfaitement adhérent, je pratiquai une injection froide dans la veine ombilicale ; une sensation de fraîcheur se manifesta dans l'utérus, et presque aussitôt cet organe se resserra ; sa contraction augmenta de plus en plus, et le placenta, détaché, sortit à l'aide d'une très-légère traction.

La matrice resta contractée d'une manière continue, sans relâche, *sans tranchées* ; son volume diminua de plus en plus ; le sommeil fut paisible, à peine quelques douleurs très-faibles, très-éloignées, furent-elles perçues vers la fin de la nuit ; elles disparurent entièrement dans le courant de la journée. Il n'y eut d'abord aucune perte de sang... Cette femme, qui a nourri son enfant, s'est relevée le cinquième jour (21 avril), et ses forces et sa santé se sont immédiatement rétablies. Ainsi, ici, double succès : *absence d'hémorrhagie*, et nulles *tranchées utérines*, double accident que les accouchements précédents nous présageaient infailliblement.

En présence de ces faits (et combien d'autres semblables n'y pourrions-nous pas ajouter aujourd'hui), pourquoi ne généraliserions-nous pas un moyen si facile pour l'accoucheur, si avantageux, et si peu pénible pour la femme qu'elle s'en aperçoit à peine ? Pourquoi n'admettrions-nous pas ce précepte comme règle générale ? Pratiquons les injections froides dans la veine ombilicale quand le placenta est encore adhérent vingt minutes après l'accouchement.

Alors plus de crainte de ces terribles hémorrhagies dont la pensée poursuit, comme un remords, le chirurgien qui s'éloigne d'une femme nouvellement accouchée, plus d'une heure même après la délivrance naturelle; plus de ces *tranchées* utérines si pénibles pour la pauvre mère qui aurait tant besoin de repos après un si long et si douloureux travail ; plus de ces introductions de la main dans l'utérus, douze ou vingt-quatre heures après l'accouchement, pour en arracher le placenta, opération

(1) Voir le numéro du 25 février.

toujours si pénible et si effrayante pour la femme, et qui n'est pas toujours sans graves conséquences.

Voici maintenant la composition pharmaceutique dont j'ai promis la formule, et qui, depuis dix ans au moins, a pu, pour moi, remplacer, dans presque tous les cas, les injections froides dans la veine ombilicale :

Pr. Sabine	20	grammes.
Rhue. pulv.	12	—
Seigle ergoté	40	—
Uva ursi	15	—
Alcool à 35°.	150	—

Faites macérer pendant huit jours, ayant soin d'agiter deux fois par jour. Exprimez fortement, filtrez et ajoutez :

Ergotine. . . . 1 gramme.

Cette *teinture obstétricale* s'administre par cuillerée à café dans trois cuillerées à bouche de café noir sucré : une dose quelques minutes avant l'accouchement ; une deuxième vingt minutes après la sortie de l'enfant; une troisième une demi-heure après l'expulsion da placenta. Trois heures après la matrice est restée fortement contractée et revenue sur elle-même, tellement qu'il y a absence complète de perte et de *tranchées* utérines. Si cependant quelques tranchées se faisaient encore sentir, ce qui est très-rare, surtout dans les deux premiers accouchements, on pourrait en faire prendre deux dernières doses, à une ou deux heures d'intervalle.

Cette teinture, dans tous les cas, remplacera avec un grand avantage le seigle ergoté, dont la conservation n'est pas toujours parfaite, et, par conséquent, l'action toujours certaine. Aussi je ne me rends jamais près d'une femme en travail sans emporter une petite bouteille de cette toute efficace composition, et je conseille à tous mes confrères d'imiter cet exemple, dont ils reconnaîtront bien vite le grand avantage.

DU VAGINISME

SES CAUSES, SA NATURE, SON TRAITEMENT (1)

Par le docteur LUTAUD.

Conclusions. — Le vaginisme est toujours symptomatique. — C'est une affection fréquente, qui se manifeste principalement à la suite des premiers rapports sexuels. — Le vaginisme est souvent lié à la dysménorrhée et à des troubles de l'innervation générale. — Il est toujours curable; la guérison est plus facile si la maladie est récente. — Par l'obstacle qu'il apporte à l'accomplissement des fonctions sexuelles, le vaginisme est une cause fréquente de stérilité. — Le traitement du vaginisme est simple; la cautérisation et la dilatation sont les principaux moyens à lui opposer.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 janvier 1875. — Présidence de M. GALLARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait part à la société de la perte de M. le docteur Auguste Cavasse, membre correspondant, ancien interne des hôpitaux, décédé à Cannet, près Cannes, à l'âge de quarante et un ans : M. Cavasse s'était fait connaître par la création de l'*Année médicale*, et par sa thèse inaugurale : *Essai sur les fractures traumatiques des cartilages du larynx*, couronnée par la Société de chirurgie.

(1) In-8° de 80 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, 1875, G. Masson.

LECTURE

M. ABADIE lit le travail suivant :

Note sur un cas d'iritis syphilitique plastique exsudative ayant entraîné la cécité. — Restitution de la vision au moyen d'une pupille artificielle. — Indication du temps opportun de l'opération. — La forme la plus fréquente des manifestations syphilitiques dont l'œil peut être le siége est sans contredit l'iritis. Reconnue à l'origine et soumise aussitôt à un traitement spécifique rationnel, cette affection n'offre pas d'ordinaire une grande gravité, mais il est pourtant des cas où la marche des accidents devient si rapide, les lésions si considérables, et la résistance au traitement si tenace que le pronostic s'en trouve singulièrement aggravé. Il s'agit bien dès lors de syphilis maligne, et rien ne peut empêcher les exsudats d'encombrer la pupille, les adhérences de s'établir solidement entre la face postérieure de l'iris et la cristalloïde antérieure.

La vision, incompatible avec de tels désordres, ne tarde pas à être complétement abolie. Continuant son évolution naturelle, ou subissant tardivement l'influence du traitement, la maladie entre ensuite dans une période d'accalmie, les accidents s'amendent, disparaissent, et la santé, au moins en apparence, redevient florissante.

Si les yeux n'ont pas été trop profondément désorganisés et si une opération peut remédier à la cécité, le chirurgien doit procéder avec une extrême prudence, il faut qu'il s'assure, avant d'intervenir, que de nouveaux effets pernicieux de la diathèse syphilitique ne sont plus à craindre, sinon il s'expose à voir une nouvelle complication détruire son œuvre et l'infirmité qu'il voulait combattre devenir incurable.)

La clinique, avouons-le, ne nous donne pas les moyens de décider avec certitude si la malade est ou non sous l'influence morbide spécifique, c'est tout au plus si nous pouvons avoir quelques présomptions à cet égard. Aussi croyons-nous que l'exemple rapporté ci-dessous fournira quelques indications utiles sur la manière de procéder en pareil cas.

Auguste M..., âgé de trente-quatre ans, garçon de magasin, a eu un chancre en décembre 1865; il était soldat à cette époque, et prétend n'avoir suivi qu'un traitement local. En 1868, une éruption cutanée se montra et disparut promptement sous l'influence de bains sulfureux. En avril 1873, le corps tout entier se recouvrit de boutons; un médecin consulté prescrivit la tisane de salsepareille et des bains de vapeur mercurielle. Malgré l'emploi de ces médicaments, la vision commença à diminuer sur l'œil gauche, puis sur l'œil droit, et en décembre 1873, la cécité étant complète, ce malade vint réclamer nos soins. A ce moment l'éruption modifiée par le traitement était en décroissance, les papules commençaient à s'affaisser sur certains points pour faire place à des taches.

Les yeux examinés à l'éclairage oblique présentaient à un haut degré les lésions caractéristiques de l'iritis plastique. Le tissu de l'iris épaissi adhérait sur tout le pourtour pupillaire à la cristalloïde antérieure, la pupille elle-même était recouverte dans toute son étendue par un exsudat membraneux; néanmoins la perception quantitative de la lumière était bien conservée, indice certain que les membranes profondes et le nerf optique avaient été respectés.

L'indication évidente était d'insister d'abord sur le traitement spécifique, sauf à intervenir plus tard alors que tout processus morbide paraîtrait éteint. Les frictions mercurielles furent prescrites à la dose de 4 grammes par jour, conjointement avec 2 grammes d'iodure de potassium. Régime tonique, vin de quinquina.

Sous l'influence de ce traitement, les accidents s'amendèrent, les taches du visage pâlirent, s'effacèrent peu à peu, et au bout de quatre mois il n'y en avait plus traces. Quant aux yeux, ils ne subirent aucune modification, les exsudats n'étant pas résorbés, la vision restait toujours abolie. Tout espoir n'était pourtant pas perdu, la perception quantitative de la lumière étant bonne, et l'observation clinique ayant démontré que, dans les cas analogues, les exsudats se limitent à la pupille, sans envahir le reste du cristallin. Dans ces conditions, une pupille artificielle convenablement pratiquée devait rétablir la vision. Le point délicat était de choisir le moment opportun de l'opération : il fallait éviter que le traumatisme chirurgical, en réveillant

un processus éteint, provoquât la formation d'exsudats au niveau de la nouvelle pupille et dans les parties adjacentes respectées jusqu'alors. Aussi, malgré l'impatience du malade, je résolus de n'opérer que trois mois après la disparition complète des accidents. Ce laps de temps écoulé, et alors que toute trace de syphilis semblait effacée, je pratiquai sur l'*œil gauche* une iridectomie en bas et en dehors. Au moment où j'excisai le lambeau d'iris, j'eus la satisfaction de voir que, conformément à mes prévisions, les exsudats ne recouvraient pas toute la surface du cristallin, la partie située au-dessous de l'iris excisé était saine et transparente; malheureureusement, dès le lendemain, la nouvelle pupille se recouvrait d'une fausse membrane qui, d'abord très-mince, augmenta d'épaisseur les jours suivants, malgré le traitement spécifique aussitôt repris. Au bout d'une semaine la vision était abolie de nouveau. Du reste la série de manifestations syphilitiques était loin d'être épuisée chez ce malade, car, deux mois après cette tentative, il fut pris d'accidents cérébraux très-graves, vertiges allant jusqu'à la perte de connaissance, embarras de la parole, paralysie du bras droit, et sa situation à un moment donné fut très-alarmante. Les frictions mercurielles et l'iodure de potassium à haute dose triomphèrent de nouveau de ces accidents. Peu à peu les forces revinrent, le facies s'améliora, et la santé générale prit une telle allure qu'on pût espérer cette fois une guérison durable.

La cécité, cela va sans dire, persistant toujours, une nouvelle opération était-elle opportune? J'étais très-embarrassé de résoudre cette question, n'ayant aucun moyen de savoir si la syphilis était encore latente; aussi, craignant un nouvel insuccès, je résolus de me servir de l'œil gauche, déjà opéré, comme pierre de touche et de n'agir sur le second qu'après m'être assuré que le traumatisme serait bien supporté par le premier. En conséquence, une iridectomie fut pratiquée sur l'œil gauche à côté de l'ancienne; mais, cette fois, je trouvai, en excisant un second lambeau d'iris, une adhérence plus forte que lors de la première opération. La portion du cristallin mise à nu était en outre recouverte d'exsudats produits sans doute à la suite de la première tentative. Les suites furent des plus simples, l'inflammation très-modérée, et bien que la nouvelle pupille ne fût pas nette, elle resta telle quelle les jours suivants, sans être envahie par de nouveaux exsudats. Jugeant dès lors que l'œil droit supporterait une opération analogue, je pratiquai de ce côté une large iridectomie en dehors. La surface du cristallin sous la portion d'iris excisée était intacte, et j'obtins ainsi une belle pupille capable de donner une vision assez satisfaisante. Ce malade est opéré depuis le 24 septembre 1874, il possède une acuité visuelle à 1/10, et voit bien suffisamment pour se conduire.

Cette observation nous a inspiré les réflexions suivantes :

Quand une iritis syphilitique double a entraîné la cécité, et que le rétablissement de la vision est possible au moyen d'une opération, il faut attendre, avant d'intervenir, que les accidents concomitants aient disparu depuis un certain laps de temps.

De plus, l'opération ne devra d'abord être tentée que sur un œil; en cas d'insuccès le malade sera de nouveau soumis au traitement spécifique. Plus tard, si la santé, redevenue florissante, permet une nouvelle tentative, elle sera d'abord exécutée sur l'œil déjà opéré. Ce n'est que dans le cas où il n'y aura ni réaction inflammatoire ni nouveaux exsudats qu'on pourra agir sur l'autre en toute sécurité.

En un mot, l'opération pratiquée d'un côté devra servir de pierre de touche pour le côté opposé. Si, négligeant ce précepte, on opérait les deux yeux en même temps, et si, à la suite de ce traumatisme, des exsudats nouveaux se formaient sur toute la surface des cristallins, il en résulterait une cécité peut-être irrémédiable.

Je dois dire pourtant que, grâce aux nouveaux procédés opératoires et en particulier à l'iridotomie, un œil dont le cristallin est recouvert en entier d'exsudats, avec adhérence complète de l'iris, ne doit pas être considéré comme complétement perdu. Le cristallin peut être extrait à l'aide d'une curette. Il ne reste plus dès lors qu'un diaphragme plus ou moins épais, composé de l'iris et des fausses membranes.

Environ trois mois après l'extraction du cristallin, lorsque l'irritation qui a suivi ce traumatisme est complétement éteinte, une iridotomie pratiquée à travers cette cloison membraneuse pourra donner une vision très-satisfaisante, à la condition toutefois que le fond de l'œil soit normal.

RAPPORT

M. RICHELOT lit un rapport sur la situation financière de la société, rapport fait en vertu de l'article 32 du règlement.

M. Richelot conclut à des remercîments votés unanimement par la société à M. le docteur Perrin, trésorier.

LECTURES

M. LEBLOND lit un travail à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Charrier, Antonin Martin et Polaillon, rapporteur.

M. POLAILLON lit l'observation suivante :

Paralysie du bras gauche chez un nouveau-né. — Un enfant mâle, né le 8 janvier à la maternité de Cochin, présentait une paralysie complète du membre supérieur gauche. Cet enfant, très-bien conformé et très-vigoureux, mouvait avec énergie ses autres membres, mais le bras droit restait immobile, et lorsqu'on le soulevait, il retombait inerte le long du corps. La coloration du membre paralysé était semblable à celle du côté sain, la température, appréciée avec la main de l'observateur (sans avoir employé un thermomètre) ne présentait pas de modification, et la sensibilité cutanée paraissait diminuée, mais n'était pas complétement abolie.

L'accouchement avait été naturel. La mère, âgée de vingt-trois ans, petite, mais avec un bassin bien conformé, mettait au monde pour la seconde fois. Il n'y avait eu, pendant le travail, aucune traction, aucune manœuvre obstétricale. A un examen minutieux, je ne trouvais sur le corps de cet enfant aucune trace de violence, et en particulier le bras et la partie latérale droite du cou ne présentaient aucune ecchymose ni aucun gonflement. Il n'y avait pas non plus une luxation de l'épaule, qui aurait pu expliquer la distension des nerfs du plexus brachial, et la paralysie consécutive. Cependant cette paralysie a eu, dans mon opinion, une origine traumatique; l'enfant dont il s'agit était très-volumineux, il pesait *neuf livres;* la tête s'est dégagée dans la position occipito-iliaque gauche antérieure; mais en raison de l'étendue du diamètre des épaules, l'épaule postérieure, c'est-à-dire la gauche, n'a pu se dégager qu'après une compression, qui a dû être considérable, au niveau de la partie latérale gauche du cou. Je pense donc que le plexus brachial a été comprimé, et que cette compression, qui n'a pas laissé de trace, a été la cause de la paralysie du bras gauche. Chose remarquable, c'est qu'en interrogeant la mère, elle nous apprit que son premier né était venu au monde avec une paralysie semblable, mais au bras droit.

Dans ce cas, comme dans celui que nous avons eu sous les yeux, la paralysie a été passagère. En effet, vers le troisième jour, l'enfant put exécuter quelques légers mouvements spontanés. Peu à peu, ces mouvements ont acquis plus d'amplitude. Lorsque la mère a voulu sortir de la Maternité, dix jours après l'accouchement, nous avons constaté que la paralysie avait disparu, mais que les mouvements n'avaient pas encore acquis tout à fait la même force que celle qu'ils avaient du côté droit.

On peut diviser les paralysies chez le nouveau-né en deux classes:

La première classe comprend les paralysies qui durent longtemps et sont dues à une lésion du système nerveux.

La seconde classe comprend les paralysies qui disparaissent rapidement et sont dues à des causes traumatiques. Parmi ces causes traumatiques, il faut citer les distensions exercées sur les bras, les compressions du cou ayant eu lieu au passage, soit par la fourchette, soit par le pubis; dans ce cas, le volume de l'enfant est généralement considérable. L'application du forceps est souvent aussi une cause de traumatisme amenant des paralysies passagères, paralysies du facial, paralysie de la paupière supérieure. Il n'y a qu'un moyen de diagnostiquer les paralysies traumatiques des paralysies dues à une lésion du système nerveux; ce moyen, c'est la durée de la maladie, courte chez les premières, beaucoup plus longue chez les autres.

(*A suivre.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Liste des prix pour l'année scolaire 1874-1875.

Prix Corvisart. — Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes sont admis à concourir pour ce prix, qui consiste en une médaille d'or de 400 francs.

Une question de médecine pratique est, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans les faits observés par eux dans les salles de clinique interne. Pour être admis à concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année, dans l'une des cliniques internes.

Avant le 1er juillet de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies au numéro du lit qui lui a été désigné ; 2° la réponse à la question proposée. Les mémoires doivent être déposés sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Un jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il juge dignes d'obtenir des médailles.

CONCOURS DE 1875. — La question proposée est : *De la péritonite non puerpérale.*

Prix Montyon. — Le prix Montyon, qui consiste en une médaille de vermeil et une somme de 300 francs en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir.

Les mémoires des candidats doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Barbier. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment.

Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Prix Chatauvillard. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Chatauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2,000 francs, est décerné chaque année, par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Ils sont reçus au secrétariat de la Faculté du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

Legs du baron de Trémont. — M. Joseph Girod de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune.

Parmi nos 4,000 étudiants, il y en a malheureusement un grand nombre qui se trouvent dans le legs de M. le baron de Trémont. Il serait donc bien désirable que ce donateur généreux pût trouver des imitateurs.

Par décret du 8 septembre 1858, M. le doyen a été autorisé à accepter ce legs au nom de la Faculté.

Les candidats doivent se faire inscrire avant le 1er juillet de chaque année, au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné en même temps l'indication des pièces à fournir.

Prix Lacaze. — Aux termes du testament de M. le docteur Lacaze, un prix d'une valeur de 10,000 francs est accordé tous les deux ans au meilleur ouvrage sur *la phthisie* et sur *la fièvre typhoïde*, et ainsi de suite alternativement et à perpétuité.

Les mémoires des concurrents doivent être remis au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Thèses récompensées. — La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire, désigne à M. le ministre celles qui lui paraissent dignes d'une récompense (médaille d'argent, médaille de bronze, mention honorable).

La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 10 mars, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Discussion du mémoire de M. Bouloumié. 2° De l'institution des sœurs gardes-malades des pauvres à domicile, au point de vue de l'amélioration et de l'extension du service médico-chirurgical des bureaux de bienfaisance; par M. Passant. 3° Statistique des maladies régnantes pendant le quatrième trimestre de 1874.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques des tissus et des organes du corps humain, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger. 2e édition entièrement refondue, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 551 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Considérations nouvelles sur le traitement de la phthisie pulmonaire et sa curabilité, par le docteur Louis BOUYER. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Leçons cliniques sur l'électrothérapie, par le professeur RUSSEL REYNOLDS, membre du Collége royal des médecins de Londres, professeur de pathologie interne, etc. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, 7, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital des Enfants-Malades. Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants : trachéotomie; anatomie chirurgicale de la région laryngo-trachéale. — Hôtel-Dieu de Lyon. Tumeur enkystée de la cavité orbitaire. — De l'angine superficielle scrofuleuse chronique. — Académie de médecine. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la fermentation a continué dans cette séance. M. Pasteur a répondu aux argumentations de MM. Colin et Poggiale et aux questions que M. Bouillaud lui avait adressées dans la précédente séance. On trouvera dans le compte rendu les points principaux de cette réponse, avec les répliques qui lui ont été faites. La discussion devra se continuer dans la séance prochaine.

L'Académie a procédé, dans cette séance, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie. M. Personne a été élu presque à l'unanimité des suffrages (67 voix sur 70), et elle a entendu la lecture d'un mémoire de M. Panas sur une espèce particulière de kystes ovariques. On en trouvera les conclusions au compte rendu.

Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES.

M. de Saint-Germain

Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants (1).

(Recueillies par MM. Chenet et Tapret, internes du service.)

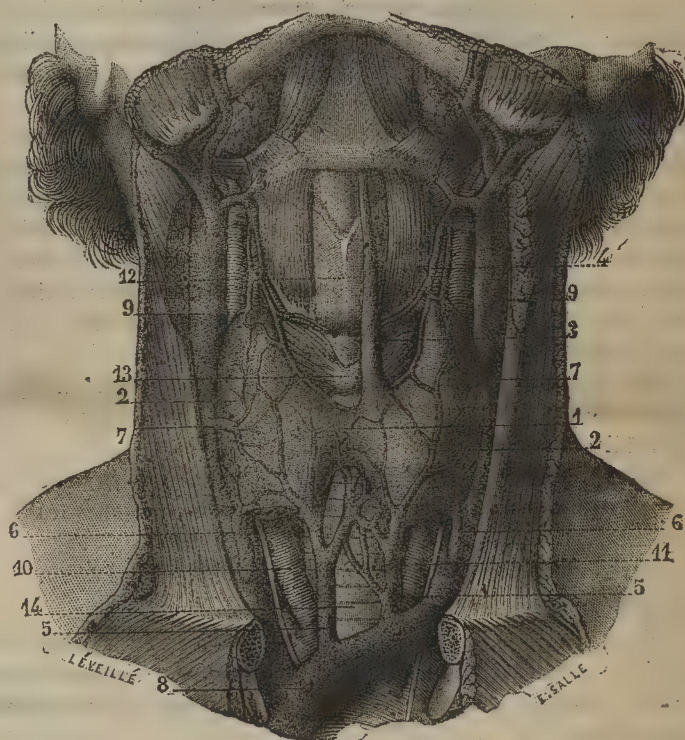
TRACHÉOTOMIE. — ANATOMIE CHIRURGICALE DE LA RÉGION LARYNGO-TRACHÉALE

La région laryngo-trachéale représente un triangle isocèle limité en haut par l'os hyoïde, en bas par la fourchette sternale, latéralement par le bord antérieur des muscles sterno-mastoïdiens, en arrière par la colonne vertébrale et les muscles pré-vertébraux. La face antérieure ou superficielle de la région présente un certain nombre d'inégalités (dépressions ou saillies), dont quelques-unes ne se trouvent bien nettement que chez le sujet adulte maigre et non infiltré, mais dont un certain nombre aussi constituent des points de repère immuables à tous les âges et dans tous les états de brièveté ou de congestion du cou.

(1) Suite. — Voir les numéros des 10 et 17 décembre 1874.

Chez l'adulte on trouve, d'une manière plus ou moins accusée, suivant qu'on s'éloigne de l'âge de la puberté :

1° Au-dessous de l'os hyoïde, une dépression correspondant à la membrane hyo-thyroïdienne et immédiatement au-dessous la



Rapports de la trachée (1).

1. Isthme de la glande thyroïde. — 2, 2. Ses lobes latéraux. — 3. Son prolongement médian. — 4. Artères et veines thyroïdiennes. — 5, 5. Veines thyroïdiennes inférieures moyennes, descendant verticalement vers le tronc brachio-céphalique veineux gauche dans lequel elle s'ouvrent. — 6, 6. Veines thyroïdiennes inférieures latérales, s'ouvrant dans les veines jugulaires internes. — 7, 7. Veines thyroïdiennes moyennes, droite et gauche. — 8. Les deux troncs brachio-céphaliques veineux, se réunissant pour former la veine cave supérieure. — 9, 9. Veines jugulaires internes, en partie recouvertes par les lobes latéraux de la glande thyroïde. — 10. Artère carotide primitive droite séparée de la veine jugulaire interne par le tronc du nerf pneumogastrique. — 11. Artère carotide, primitive gauche, au côté de laquelle est accolé aussi le nerf pneumogastrique correspondant. — 12. Cartilage thyroïde, en partie recouvert par le prolongement de la glande thyroïde et par les muscles thyro-hyoïdiens. — 13. Cartilage cricoïde, uni au précédent par le ligament crico-thyroïdien moyen et les muscles du même nom. — 14. Portion cervicale de la trachée-artère, en partie recouverte par les veines thyroïdiennes inférieures et moyennes.

saillie vulgairement appelée pomme d'Adam, qui est formée par la rencontre des deux lames du cartilage thyroïde, les-

(1) Figure extraite du *Traité des opérations d'urgence*, par Louis Thomas, qui vient de paraître à la librairie d'Adrien Delahaye.

quelles lames forment de chaque côté un plan oblique en dehors et en arrière.

2° La membrane crico-thyroïdienne sensible, surtout au toucher.

3° La saillie du cartilage cricoïde.

4° La fossette sus-sternale.

Notons que ces différentes saillies ou dépressions sont possibles et même faciles à percevoir chez l'enfant même très-jeune, et que le procédé le plus commode pour les trouver consiste à procéder de bas en haut, c'est-à-dire de la fourchette sternale à l'os hyoïde.

Premier plan. — La peau forme chez les enfants, au niveau de la partie correspondante à la fossette sous-sternale, un pli cutané transversal qui décrit une courbe graisseuse à laquelle on a donné, chez la femme, le nom de collier de Vénus. La peau fine, mobile, se laisse distendre pour ainsi dire indéfiniment, comme on peut le voir sur certains goîtres. Elle fournirait facilement des lambeaux à l'autoplastie, si son extrême mobilité n'interdisait d'une manière presque absolue la réunion par première intention.

Deuxième plan. — La couche sous-cutanée se divise en deux parties : 1° Une couche cellulo-graisseuse très-prompte à s'infiltrer et à s'hypertrophier, et 2° un *fascia superficialis*, qui renferme le peaucier, les vaisseaux et les nerfs superficiels.

L'aponévrose cervicale superficielle recouvre toute la région. Insérée en haut à l'os hyoïde, elle se dédouble en bas en deux lames qui, s'insérant à la poignée du sternum, sont séparées par son épaisseur. Elle présente sur la ligne médiane un épaississement linéaire appelé improprement ligne blanche cervicale, et oppose par sa résistance un rempart des plus solides à la marche des collections purulentes soit antérieures, soit postérieures à elle.

Très-peu de vaisseaux artériels parcourent ce plan. On peut y signaler cependant quelques petits rameaux provenant de la thyroïdienne supérieure.

Les deux veines jugulaires parcourent la région du haut en bas et sont réunies par une ou deux grosses branches transversales.

Le réseau lymphatique est assez fourni. Les abcès dont il est parfois le siége sont tous superficiels.

Troisième plan. — Le muscle sterno-hyoïdien vertical et l'omo-hyoïdien légèrement oblique l'occupent presque en entier. Rien de particulier à y noter en fait de vaisseaux importants.

Quatrième plan. — On y trouve le sterno-thyroïdien et le thyro-hyoïdien, ainsi que le crico-thyroïdien. Ces trois muscles sont entourés d'un tissu conjonctif très-lâche qu'on a voulu à tort diviser en plans aponévrotiques et qui ne peut opposer uu obstacle sérieux à la migration des foyers sanguins ou purulents.

L'artère carotide primitive se voit en dehors du muscle thyro-hyoïdien, et il est facile de sentir ses battements, le cou étant dans l'extension, à l'aide du doigt placé en dedans du sterno-mastoïdien juste au-dessus du cartilage thyroïde.

Cinquième plan. — L'os hyoïde limite de la région y est facilement accessible au toucher. Il est uni au larynx par la membrane thyro-hyoïdienne, à qui son élasticité permet le contact de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde et dans l'extension un écartement de 3 centimètres. La face antérieure de cette membrane est recouverte par une bourse séreuse, qui s'enflamme et donne lieu à des fistules presque incurables.

Sa face postérieure ne correspond point à la cavité laryngée, mais bien à la face antérieure de l'épiglotte. Ainsi, la prétend ue laryngotomie sous-hyoïdienne de Malgaigne et Vidal n'est-elle comme le fait observer Richet, qu'une véritable pharyngotomie. Cette opération a, du reste, sa raison d'être, et Follin a pu enlever par cette voie avec succès un polype inaccessible par les voies naturelles.

Si nous détaillons les diverses parties de l'arbre respiratoire, nous voyons que le cartilage thyroïde par sa saillie constante doit être considéré comme un précieux point de repère, mais ne doit, dans aucun cas, être choisi comme lieu d'élection de laryngotomie à cause de l'insertion des cordes vocales vers le milieu de son angle rentrant et à cause des ventricules du larynx qui se trouvent sur les parties latérales. Il n'en est pas de même du cartilage cricoïde dont la minceur est extrême en avant, dont la lésion ne paraît pas avoir d'inconvénient bien grand, et surtout de la membrane crico-thyroïdienne plus large à la partie moyenne que partout ailleurs, recouverte en partie seulement par les muscles crico-thyroïdiens, qui s'écartant à sa partie supérieure laissent libre un triangle à sommet inférieur, et perforé seulement de deux petits orifices qui donnent passage aux artères crico-thyroïdiennes. Nous verrons tout le parti que l'on peut tirer de cet espace si bien limité et si facilement accessible.

Nous arrivons à la trachée-artère. Les anneaux qui la forment ne constituent que les deux tiers d'un cercle qui est complété par une lame membraneuse, facile par conséquent à entamer, alors qu'il est extrêmement difficile à un instrument qui a traversé la membrane crico-thyroïdienne de perforer la paroi postérieure du cartilage cricoïde auquel elle correspond. La trachée présente des dimensions variables, suivant les âges. Voici quelques chiffres approximatifs relatifs à ces variations.

Chez l'homme adulte le diamètre antéro-postérieur oscille entre 18 et 19 millimètres, et le diamètre traversal entre 18 et 24 millimètres.

Chez la femme adulte, le diamètre antéro-postérieur oscille entre 14 et 15 millimètres, et le diamètre antéro-transversal oscille entre 14 et 20 millimètres.

Chez les enfants de dix-huit mois à quatre ans, le diamètre antéro-postérieur et le transverse oscillent entre 6 et 8 millimètres; à onze ans, de 10 millimètres; à seize ans, de 14 millimètres.

Aussi Guersant disait-il que le diamètre des canules à trachéotomie doit aller de 6 à 15 millimètres; celles de 12 à 15 millimètres doivent être réservées pour les adultes. Quant à celles qui seront employées chez les enfants, il les divise en quatre numéros.

N° 1.	6 millimètres.	Enfants de 1 à 4 ans.
N° 2.	8 —	— de 4 à 8 ans.
N° 3.	12 —	— de 8 à 12 ans.
N° 4.	12 —	— de 12 à 15 ans.

D'une manière générale, on peut dire que les diamètres du larynx au niveau de la membrane crico-thyroïdienne sont, toutes choses égales d'ailleurs, de quelques millimètres plus considérables que ceux de la trachée. Si l'on considère également que le canal aérien a, par rapport à l'axe du cou, une direction fort oblique d'avant en arrière, on arrive à cette conclusion que si le larynx est plus facile à saisir comme point de repère que la trachée à cause de son volume, il est aussi beaucoup plus facile à diviser à cause de sa position beaucoup plus superficielle. Nous croirions avoir commis une grave omission si nous ne parlions pas du corps thyroïde, dont la présence est un des *impedimenta* de la trachéotomie. Ses deux lobes latéraux sont le plus souvent unis par une commissure, qui couvre ordinairement le troisième et le quatrième anneau de la

trachée. Quelles conclusions ne doit-on pas tirer de ce rapport important au point de vue de la nécessité de faire la bronchotomie le plus haut possible?

L'œsophage commence au niveau du cartilage cricoïde; il sépare la trachée de la colonne vertébrale et est uni à elle par une seule et même gaîne celluleuse. De là la gêne que produisent sur la respiration les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage; et l'accident opératoire, qui consiste à perforer l'œsophage à travers la trachée-artère dans la trachéotomie.

Terminons cet aperçu d'anatomie topographique par quelques mots sur les vaisseaux.

La carotide primitive est située à la partie inférieure du cou, immédiatement en dehors de la trachée: d'où l'on peut conclure que la crainte de léser la carotide dans la trachéotomie pratiquée très-bas n'est pas absolument chimérique.

L'artère thyroïdienne supérieure fournit un rameau laryngé supérieur, qui va perforer la membrane thyro-hyoïdienne et ne saurait être intéressée que dans la pharyngotomie sous-hyoïdienne? Un rameau qui nous intéresse davantage, le crico-thyroïdien, qui, traversant la membrane du même nom, doit nécessairement être lésé dans la laryngo-trachéotomie.

L'artère thyroïdienne de Neubauer, fournie par la crosse de l'aorte et se distribuant au corps thyroïde.

Les veines qui nous intéressent le plus sont celles qui viennent du corps thyroïde et constituent le plexus thyroïdien. Ce plexus a tellement préoccupé les chirurgiens au sujet de la trachéotomie, que Récamier conseillait l'opération en deux temps, et que certains conseillent de lier ces veines les unes après les autres avant d'ouvrir la trachée. Trousseau, le premier, rassura les opérateurs en conseillant de s'en peu inquiéter et d'ouvrir largement la trachée pour faire cesser l'afflux sanguin.

N'oublions pas, enfin, le tronc brachio-céphalique et la veine sous-clavière, que l'on a parfois lésés dans la trachéotomie faite trop bas. Ce danger se comprendra mieux encore, quand on se souviendra que c'est dans la fossette sus-sternale que les bouchers introduisent le couteau pour saigner les animaux.

(A suivre.)

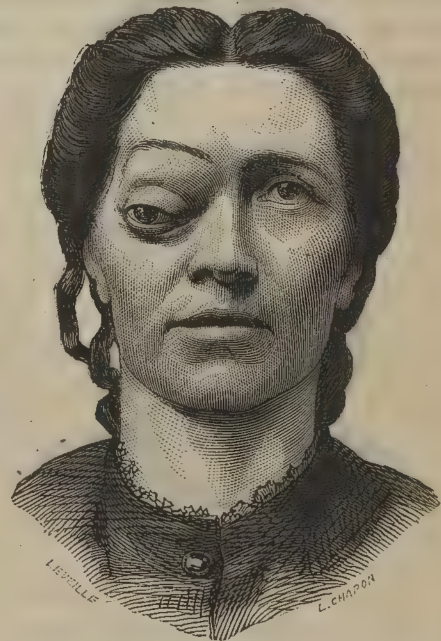
HOTEL-DIEU DE LYON

Tumeur enkystée de la cavité orbitaire (1)

Par M. le professeur VALETTE.

Deuxième opération. — La malade étant anesthésiée, je commence par agrandir, avec le bistouri, l'orifice du trajet fistuleux, de manière à pouvoir explorer la cavité avec le doigt. Ce premier temps de l'opération ne présente aucune difficulté. J'explore la cavité avec précaution, mon doigt se trouve arrêté par des bourgeons charnus, des fongosités que je ménage autant que possible. Je renonce donc à me rendre un compte exact de la situation en haut et en arrière. *Primo non nocere.* J'estime qu'une exploration qui déchirerait nécessairement des bourgeons charnus et provoquerait un écoulement de sang plus ou moins considérable ne pourrait qu'être préjudiciable à la malade. Je m'abstiens donc.

Mon doigt s'engage plus librement du côté du nez. Je sens, dans ce point, un cul-de-sac assez profond. Avec un stylet boutonné introduit par la narine, je m'assure que le fond du diverticulum est bien à ce niveau, car je sens que mon doigt n'est séparé de mon instrument que par une petite épaisseur de tissus mous. Je saisis alors, avec la main droite, un troquart courbe, en ayant soin de faire rentrer la pointe dans la canule. Je sens l'extrémité de celle-ci avec mon doigt. Je pousse alors la tige pour faire pénétrer l'instrument. Voici son extrémité qui ressort par l'orifice orbitaire. Je suis donc sûr à présent d'avoir fait à cette cavité suppurante une contre-ouverture et de l'avoir pratiquée dans un point déclive. La suppuration trouvera donc de ce côté une libre issue. J'aurai rempli, par conséquent, une indication importante. Il est évident que si je m'en tenais là, cette ouverture se refermerait en peu de temps, aussi, ai-je un drain en caoutchouc tout préparé. Je l'engage dans la canule du troquart, je retire celle-ci, et j'ai un tube de caoutchouc dont une des extrémités sort par l'orifice orbitaire du kyste, et l'autre par la narine droite.



Avant la première opération (d'après photographie).

Cette opération, si simple au fond, a déterminé une réaction aussi forte, plus forte même que la première. L'inflammation a menacé un instant d'envahir l'orbite du côté gauche. Il s'est manifesté de ce côté un gonflement qui n'a pas laissé que de m'inquiéter un instant. Ces phénomènes inflammatoires se sont dissipés toutefois au bout de deux ou trois jours; mais ce que j'ai eu plus de peine à dominer, c'est le moral de la malade; elle était exaspérée d'avoir un *boyau* dans le nez, et j'ai eu toutes les peines du monde à lui faire comprendre que c'était une mesure transitoire. Le gonflement qui s'était manifesté du côté gauche, qui était sain, lui avait fait croire que j'avais pratiqué une opération de ce côté; j'avais beau lui affirmer le contraire, elle me répondait invariablement: « — Vous êtes un malin, vous trouviez que mon œil droit ne remontait pas assez et vous avez voulu abaisser le bon œil pour qu'ils soient plus vite d'équerre. » Quoi qu'il en soit, cette nouvelle opération a produit tous les résultats que j'attendais. La suppuration a diminué rapidement. Un mois après, j'enlevai le drain. L'œil remonte dans l'orbite; ce mouvement ascensionnel s'opère, toutefois, très-lentement. Au mois de mars 1874, la malade désire rentrer chez elle; la guérison n'est pas encore complète, mais il n'y a pas à douter qu'avec le temps elle ne devienne définitive. La suppuration est à peu près nulle, elle est insignifiante. Je ne parle pas des fonctions visuelles, il n'y a rien à désirer sous ce rapport. L'œil, on peut le dire, est

---

(1) Fin. — Voir les numéros des 6 et 9 mars.

rentré dans l'orbite. En mesurant aussi exactement que possible la distance qui sépare le bord de la narine de l'angle interne de l'œil correspondant, je trouve du côté gauche 3 centimètres et demi, et du côté droit 3 centimètres 3 millimètres. Avant la première opération, il y avait une différence de 15 millimètres; elle n'est plus que de 2 millimètres aujourd'hui. En mesurant la distance de la narine à l'angle externe de l'œil correspondant, je ne constate point de différence.

La cicatrisation complète et l'oblitération du kyste se feront indubitablement. Un temps très-long est nécessaire pour que ces modifications s'accomplissent. Le mouvement d'ascension de l'œil se complétera probablement avec le temps; jusqu'à quel point toute difformité disparaîtra-t-elle? Je ne saurais le dire, il faut si peu de chose pour que la vue soit choquée par une légère différence de niveau, qu'il est bien possible qu'on



Après la seconde opération (d'après photographie).

lise toujours sur sa figure les traces de l'affection qu'elle a eue. Mais l'œil est sauvé, c'est bien déjà quelque chose, c'est même, j'ose le dire, le principal. Les malades oublient vite les dangers qu'ils ont courus, les difformités qu'ils présentaient à une certaine époque; ils ne considèrent que leur état présent. A-t-on fait une belle restauration de la face, le malade ne voit que la cicatrice qui lui reste et est tout prêt à reprocher au chirurgien de ne l'avoir pas fait plus beau qu'Apollon. J'espère que notre malade, si difficile cependant, se contentera de ce qu'elle a. Je lui ait fait cadeau de sa photographie : après l'avoir examinée, elle s'est regardée dans son miroir, et elle n'a pu s'empêcher de pousser un cri de joie.

J'ai dit qu'il s'agissait chez cette malade d'un kyste dont le point de départ était le sinus frontal. Je me suis appuyé pour le dire, avant l'ouverture de la tumeur, sur ce caractère de sensation parcheminée que l'exploration de la paroi antérieure faisait éprouver; la nature du liquide contenu n'a laissé aucun doute sur la provenance du liquide. Cependant, chez cette malade, ainsi que le montre la photographie, le front n'est nullement déformé, il n'existait dans le point correspondant au sinus aucune tuméfaction. C'est là un signe que l'on a donné des tumeurs liquides qui se forment dans cette région. Les phénomènes qui se sont montrés lors de la seconde opération ont encore confirmé le diagnostic; car les symptômes qui se sont manifestés du côté de l'orbite du côté gauche semblent indiquer que la paroi orbitaire de ce côté était bien affaiblie ou peut-être détruite en partie. Du reste, la lecture des observations consignées dans le traité si intéressant et si complet de M. le docteur Demarquay montre combien le développement des tumeurs qui se manifestent dans cette région est capricieux et varié; quoi qu'il en soit, ces nuances, ces variétés ne changent rien au traitement.

DE L'ANGINE SUPERFICIELLE

SCROFULEUSE CHRONIQUE (1)

Par le Dr J. Lemaistre
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — Il existe une angine superficielle scrofuleuse chronique. — Cette affection rare, il est vrai, ne s'observe que sur des scrofuleux. — Elle présente des caractères très-marqués qui ne permettent pas de la confondre, d'une part, avec l'angine ulcéreuse, d'autre part, avec les autres angines chroniques. — Ses complications ne se portent que du côté des fosses nasales, et n'atteignent pas la trompe d'Eustache.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 mars 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

La correspondance officielle comprend plusieurs lettres du ministre du commerce relatives aux eaux médicinales et aux remèdes secrets et aux épidémies, et un rapport de M. le docteur Crouigneau sur la mortalité des nourrissons.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

M. le docteur Bertillon informe l'Académie qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section des académiciens libres.

PRÉSENTATIONS

M. Laboulbène offre en hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Nepveu, une brochure ayant pour titre : *Du rôle des organismes inférieurs dans les lésions chirurgicales.*

M. Devergie présente, au nom de M. le docteur G. Gallard, un opuscule intitulé : *Notes et observations de médecine légale et d'hygiène.*

RAPPORTS

M. Chevallier lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter diverses sources minérales. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

ÉLECTION

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie.

La liste de présentation porte :

En première ligne, M. Personne; en deuxième, M. Planchon; en troisième, M. Riche; en quatrième, M. Roucher; en cinquième, M. Bourgoing; en sixième, M. Méhu.

Le nombre des votants étant de 70, le dépouillement du scrutin donne les résultats suivants :

M. Personne obtient. . . .	67 suffrages.
M. Riche.	2 —
M. Planchon.	1 —

M. Personne, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé élu.

LECTURE

Kystes séreux ovariques. — M. Panas, candidat pour la section de pathologie chirurgicale, donne lecture d'un mémoire sur les kystes séreux ovariques, dont voici les conclusions :

(1). In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1875, Adrien Delahaye.

1° Parmi les kystes réputés ovariques, il existe une classe de kystes uniloculaires à liquide spécial, et dont le traitement est aussi simple que certain dans ses résultats.

2° Les caractères du liquide kystique sont : l'absence complète de viscosité ; sa diaphanéité parfaite (à quelques exceptions près); sa pauvreté en matière protéique (albumine modifiée) et sa richesse relative en sels alcalins (principalement en chlorure de sodium). Peu ou point précipitable par la chaleur et l'acide azotique, le liquide en question est précipité par l'alcool. A cet égard, il y a analogie entre ce liquide et celui des kystes spermatiques chez l'homme, comme nous avons pu nous en convaincre par l'examen comparatif des deux liquides.

3° Nous ignorons, quant à présent, si le point de départ de ces kystes est bien réellement l'ovaire, ou plutôt le *provarium* (corps de Rosenmuller).

4° Le traitement de ces kystes est bien plus simple encore que ne l'avait enseigné Boinet lorsqu'il préconisait la ponction suivie d'injection iodée. Une simple ponction par le trocart de trousse, nous a suffi dans tous les cas pour obtenir, par l'évacuation complète ou partielle du liquide, une guérison définitive.

5° En procédant de la sorte, non-seulement on n'a rien à craindre, mais on évite aux malades jusqu'à la plus petite souffrance. En un mot, le traitement de ces kystes est bien autrement facile que celui de l'hydrocèle simple ou spermatique chez l'homme, qui exige à peu près toujours l'emploi d'injections caustiques ou fortement irritantes. (Renvoyé à l'examen de la section.)

L'Académie reprend la suite de la discussion sur la fermentation.

DISCUSSION SUR LA FERMENTATION

M. PASTEUR dépose sur le bureau de l'Académie un exemplaire du mémoire que vient de publier M. Gayon sur la putréfaction des œufs. Ce mémoire a coûté à son auteur trois années d'un travail assidu. M. Pasteur exprime la pensée que si MM. Poggiale et Colin avaient connu plus tôt ce travail, ils n'auraient ni l'un ni l'autre pris la parole mardi dernier.

M. Pasteur entre ensuite dans la discussion en ces termes :

M. Colin, sachant que j'ai constaté que la putréfaction proprement dite est liée à la présence des vibrions, a étudié la putréfaction dans un cas déterminé, celui des œufs, et a cherché s'il est vrai qu'elle s'accompagne de la présence de ces petits organismes, comme cela résulte effectivement des études de M. Gayon.

M. Colin affirme que cela n'est pas. Il croit avoir reconnu une autre erreur de M. Gayon. M. Gayon se serait trompé quand il annonce que les œufs ne s'altèrent pas toujours, que les uns se putréfient, que les autres ne se putréfient pas. Tous les œufs, au contraire, dit M. Colin, se putréfient à la longue.

J'ai prié, mercredi dernier, M. Reynal de demander à M. Colin, en mon nom, l'envoi à mon laboratoire des œufs qu'il avait présentés mardi à l'appui de sa communication. M. Colin s'est empressé d'apporter lui-même les œufs dont il s'agit. Or quelques instants d'observation ont suffi à M. Gayon pour montrer à M. Colin que les œufs pourris renfermaient des bactéries et des vibrions.

En conséquence, M. Colin n'avait pas vu des organismes dans les œufs pourris parce qu'il n'avait pas su les voir.

M. Colin n'a pas été plus heureux dans cette assertion qu'il n'est pas vrai que certains œufs échappent à la putréfaction. M. Gayon lui a présenté des œufs très-anciens et nullement pourris.

De la note de M. Colin il ne reste donc rien.

D'où proviennent les germes des organismes qui font pourrir certains œufs ? On peut dire *à priori* qu'ils viennent du dehors. En effet, s'ils se formaient parce que la matière de l'œuf s'organise spontanément en ces petits êtres, tous les œufs devraient se putréfier. Or cela n'est pas. M. Gayon dit qu'ils viennent du cloaque de la poule et qu'ils remontent de là dans l'oviducte, tout comme de notre bouche ces petits êtres passent dans nos intestins pour y faire putréfier nos aliments non digérés.

Je passe à la communication de M. Poggiale.

Je regrette d'avoir à dire que dans cette note il n'y a que du discours, pas une expérience, pas un fait personnel. M. Poggiale, après avoir rappelé les conclusions du travail de M. A. Bergeron, dit qu'elles m'ont ému. Je lui en demande pardon. Ce qui devrait émouvoir tout savant soucieux de la règle scientifique, c'est l'insuffisance des faits rassemblés par l'auteur pour appuyer ses conclusions touchant la formation spontanée des vibrions dans les abcès. Ce qui m'émeut ou m'afflige dans la note de M. Poggiale, c'est d'y trouver une critique si mal fondée.

M. Poggiale dit n'avoir pas d'opinion sur la génération spontanée et croit plus sage de n'en pas avoir. Est-ce de la logique scientifique que de dire : Vous travaillez depuis vingt ans ce sujet, abstenez-vous, imitez-moi.

Quoi ! je suis engagé depuis vingt années dans ce sujet, et je ne dois pas avoir d'opinion ; et le droit de vérifier, de contrôler, de disduter et d'interroger appartient à celui qui ne fait rien pour s'éclairer.

Vous n'avez pas d'opinion sur la génération spontanée, je le crois sans peine tout en le regrettant; eh bien, j'en ai une, moi, parce que j'en ai acquis le droit par vingt années de travaux assidus, et il serait sage à tout esprit impartial de la partager. Mon opinion, mieux encore, ma conviction, c'est que dans l'état actuel de la science, comme vous dites, la génération spontanée est une chimère, et il vous serait impossible de me contredire ; car mes expériences sont toutes debout et toutes prouvent que la génération spontanée est une chimère.

Quel jugement portez-vous donc sur mes expériences ? Est-ce que je n'ai pas placé cent fois la matière organique au contact de l'air pur dans les conditions les meilleures pour qu'elle produise spontanément la vie ? Est-ce que je n'ai pas opéré sur les matériaux organiques le plus favorables à la naissance de la spontanéité, le sang, l'urine, le jus de raisin ? Comment ne voyez-vous pas la différence essentielle entre mes adversaires et moi ? Outre que j'ai contredit, preuves en main, toutes leurs assertions, et que jamais ils n'ont osé contredire sérieusement une des miennes, pour ceux qui prétendent que les matières fermentescibles trouvent spontanément en elles mêmes leurs ferments, chaque cause d'erreur bénéficie à leur opinion ! Pour moi qui soutiens qu'il n'y a pas de fermentation spontanée, je suis tenu d'éloigner toute cause d'erreur et toute influence perturbative ; je ne puis maintenir mes résultats qu'au moyen des expériences les plus irréprochables ; leurs opinions, au contraire, profitent de toute expérience insuffisante, et c'est là seulement qu'ils trouvent leur appui.

En résumé, où voulez-vous en venir, partisans déclarés de l'hétérogénie ou soutiens complaisants et inconscients de cette doctrine. Combattre mes assertions. Attaquez-vous donc à mes expériences ; prouvez qu'elles sont inexactes au lieu d'en faire constamment de nouvelles qui ne sont que des variantes des miennes, mais où vous introduisez des erreurs qu'il faut ensuite vous montrer du doigt.

Ici M. Pasteur répond à la demande d'explication de M. Poggiale, sur le fait de la production de l'alcool par les fruits, sans apparition de cellules de levûre. C'est, lui dit-il, une confirmation éclatante de la cause générale de la fermentation telle que je l'ai proposée il y a quinze ans. Mais je suppose que je ne l'aie pas trouvée cette explication, à savoir que la fermentation est la conséquence de la vie sans air, et que, par suite, le fait que vous rappelez soit là inexpliqué et inexplicable, en serais-je embarrassé ? Que pourriez-vous en conclure ? Est-ce que cela toucherait à l'un quelconque des faits antérieurs que j'ai découverts ? Quelle idée vous faites-vous donc du progrès dans la science ? La science fait un pas, puis un autre, puis elle s'arrête et se recueille avant d'en faire un troisième. Est-ce que l'impossibilité de faire ce dernier pas supprime le succès acquis par les deux premiers ?

Vous voulez renverser ce que vous appelez ma théorie ; c'est apparemment pour en défendre une autre. Laissez-moi vous dire à quels signes on reconnaît les théories erronées et les théories vraies.

Le propre des théories erronées est de ne pouvoir jamais pressentir des faits nouveaux, et toutes les fois qu'un fait de cette nature est découvert, ces théories, pour en rendre compte, sont obligées de greffer une hypothèse nouvelle sur les hypothèses anciennes.

Le propre des théories vraies, au contraire, c'est d'être l'expression même des faits, d'être commandées et dominées par eux et de

pouvoir prévoir sûrement des faits nouveaux, parce que ceux-ci sont par la nature enchaînés aux premiers. En un mot, le propre de ces théories est la fécondité.

Qu'ont-ils découvert, je le demande, qu'ont-ils prévu en médecine ou en industrie ceux qui croient à la génération spontanée, à l'existence d'un fait si considérable : la matière pouvant s'arranger spontanément pour la vie. Ah! si cela était, quelles admirables conséquences ne pourrait-on pas en déduire! Quant à moi, guidé par la lumière de la théorie des ferments organisés, vous n'attendez pas que j'énumère ici les faits nombreux et importants et les applications industrielles que j'en ai déduites.

Vous parlez de mes théories comme si c'était une hypothèse; elle n'est que l'expression obligée de faits rigoureux. Je vous ai dit, dans la dernière séance : la fermentation est liée à la vie sans air. N'ai-je pas placé sous vos yeux des faits qui ne pourraient s'interpréter autrement? Et si la fermentation est la conséquence de la vie sans air, si elle est le résultat d'un travail propre à des cellules qui utilisent la chaleur de décomposition de la matière fermentescible, n'est-il pas nécessaire que toute vie ou toute mutation dans les tissus, hors des combustions dues au gaz oxygène libre, engendrent la fermentation? Cette prévision de la théorie, l'expérience des fruits plongés dans le gaz acide carbonique la réalise.

Loin d'être gênée par le fait que nous avons rappelé, la théorie en est fortifiée et agrandie. Ce qui vous trompe dans ce fait des fruits, c'est que vous aurez cru que la fermentation alcoolique des fruits était une fermentation alcoolique proprement dite, reproduisant l'équation de la levûre. Là où il y a formation d'alcool, il n'y a pas nécessairement fermentation; c'est pour abréger qu'on s'exprime ainsi.

Au sujet de la discussion sur les urines ammoniacales soulevée par M. Poggiale, M. Pasteur se préoccupe peu de la peine que l'on peut avoir à comprendre qu'il faille un ferment pour convertir l'urée en carbonate d'ammoniaque. Mais dans les sciences, dit-il, il ne s'agit pas de savoir ce qui pourrait être dans une hypothèse donnée; ce qui importe, c'est de savoir ce qui est. Or toutes les fois que des urines se sont montrées ammoniacales et qu'une observation microscopique attentive a été faite, on a découvert des ferments organisés, et notamment le ferment que j'ai signalé le premier. Je tiens de M. Gosselin que depuis le jour où j'ai appelé son attention sur la possibilité que l'urine ne fût ammoniacale que par le fait de la présence de ce petit ferment, constamment il a vérifié l'exactitude de cette prévision; et moi-même je n'ai pas trouvé un exemple qui le contredise.

M. Pasteur, dans une deuxième partie, répond à la question de M. Bouillaud : Quels sont donc les ferments des ferments? En d'autres termes et d'une manière plus générale : « Comment les ferments, qui sont des être vivants et qui contiennent des matériaux de même ordre que ceux de tous les êtres vivants, peuvent-ils se décomposer à la suite des décompositions qu'ils ont eux-mêmes provoquées? Comment peuvent-ils se détruire et disparaître ou du moins être réduits à leurs seuls germes, lesquels sont éternels, autant du moins que la vie doit être éternelle à la surface de la terre? Comment les matériaux qui composent l'espèce peuvent-ils se gazéifier et faire retour à l'atmosphère sous les formes plus ou moins minérales de la vapeur d'eau, du gaz acide carbonique, des gaz hydrogène ou azote du gaz ammoniac, etc.

Quoique dans les transformations auxquelles je fais allusion et qui vont nous occuper, la nature obéisse à un très-petit nombre de lois générales parfaitement déterminées, les phénomènes se présentent avec une variété infinie dans les détails, et si l'on voulait embrasser toutes les formes du retour à l'atmosphère ou au sol de la matière organique, après la mort il faudrait un temps et un espace dont je ne puis disposer; mais comme à travers les mille variations des phénomènes un très-petit nombre de lois président à leurs manifestations, que ces lois se trouvent dans tous les cas particuliers, je ne saurais mieux faire pour répondre à la question de M. Bouillaud que de prendre un exemple déterminé, de l'envisager sur toutes ses faces, puis d'ajouter : *Ab uno disce omnes*.

L'exemple que prend M. Pasteur est le raisin, l'histoire de son retour à l'atmosphère et au sol, par suite de sa fermentation.

Ici M. Pasteur développe longuement toutes les phases de l'histoire de la fermentation du raisin; puis, la rapprochant de l'expérience qu'il a exposée dans la précédente séance, il termine cette deuxième partie en ces termes :

Pressé par le temps, je n'ai pu, dans la dernière séance, que commencer ma réponse à M. Bouillaud et même dans des termes en apparence si éloignés du sujet, que vous avez dû avoir peine à comprendre la liaison des phénomènes dont je vous ai entretenus avec l'objet réel de la question. Cette liaison va vous apparaître lumineuse. N'avons-nous pas affaire, au point où nous sommes arrivés de la succession des grands phénomènes naturels que je passe en revue, à un milieu liquide absolument du même ordre que celui que j'ai placé sous vos yeux dans la dernière séance et plus approprié même aux phénomènes de putréfaction dont je vous ai entretenu.

Vous voyez que de plus en plus les matériaux dissous dans le liquide de notre réservoir et déposés sur son fond, se gazéfient et se minéralisent; mais, pendant la suite de tous ces phénomènes, une évaporation incessante que la chaleur de nos combustions successives, dont la surface du liquide a été le théâtre, a beaucoup accrue, a fait disparaître progressivement la plus grande partie de l'eau contenue dans notre réservoir, et celui-ci va se desséchant, laissant au fond du vase un reste plus ou moins minime de chacun des matériaux qui s'y sont déposés dès l'origine; mais les combustions continuant toujours, ici par les moisissures, là par des bactéries, lorsqu'une moisissure a épuisé l'appropriation à sa vie de la portion de surface ou de matière sur laquelle elle a vécu, une autre la remplace à laquelle elle sert d'aliment. Et l'expérience démontre que tant qu'il y a une petite quantité de matière organique pouvant fournir du carbone, la vie des moisissures ou des infusoires se prolonge, mais toujours en dégageant, à l'état d'acide carbonique, une partie du carbone de la matière, tandis que la vie emprunte ses autres matériaux aux sels minéraux et à l'azote des sels d'ammoniaque. Les matières salines sont, en effet, en grande abondance, parce qu'il n'a pas été dans leur nature, à aucun moment, de se gazéfier.

En fin de compte, que reste-t-il? 1° Des cendres, comme si on avait appliqué le feu à la matière; 2° les derniers germes des derniers êtres qui ont vécu sur les débris de leurs semblables; la matière minérale est prête pour retourner au sol, la matière organique a passé dans l'atmosphère, et lorsque tout sera desséché, les spores et les kystes des infusoires seront emportés sur les ailes du vent pour aller recommencer ailleurs leur œuvre de vie et de destruction de la vie. Les ferments et surtout les ferments aërobies, ou les êtres qui en tiennent lieu, sont donc des ferments; après que les ferments anaërobies ont commencé la désorganisation de la matière, des êtres aërobies interviennent et brûlent la matière organique aussi sûrement qu'on la brûlerait par le feu; plus lentement, il est vrai; mais qu'importe le temps pour l'œuvre de destruction par la vie des germes, puisque c'est en eux seuls que réside la perpétuité de la vie des êtres microscopiques.

M. BOUILLAUD. M. Pasteur n'a pas répondu à ma question. Je retiens la parole dans la prochaine séance pour la renouveler.

M. POGGIALE. Dans la dernière séance, j'ai adressé à M. Pasteur trois questions : sur l'altération spontanée des œufs, sur les causes qui rendent les urines ammoniacales et sur les recherches de MM. Lechartier et Bellamy relativement à la fermentation des fruits.

M. Pasteur n'a pas prouvé que les germes des bactéries et des moisissures dont M. Gayon a constaté la présence dans les œufs putréfiés avaient pénétré dans l'oviducte.

Il n'a pas démontré que la présence d'un ferment est nécessaire à la conversion de l'urée au carbonate d'ammoniaque. Je rappellerai, à cette occasion, que l'an dernier M. Pasteur n'a pas contredit M. Dumas qui, après avoir examiné les conditions dans lesquelles l'urée se transforme en carbonate d'ammoniaque, a seulement considéré ces conditions de transformation comme possibles, mais sans être aussi affirmatif que M. Pasteur à cet égard.

Enfin j'ai rappelé les travaux de MM. Lechartier et Bellamy, qui ont démontré qu'il peut y avoir fermentation alcoolique sans ferment. M. Pasteur nous a dit que ces expériences étaient une confirmation de sa théorie. Cependant dans ces expériences il n'y a ni organisation,

ni développement, ni multiplication de globules. Or, pour M. Pasteur, il n'y a jamais fermentation alcoolique proprement dite sans qu'il y ait simultanément organisation, développement, multiplication de globules ou vie poursuivie, continue. Je persiste donc à dire que la définition générale que M. Pasteur donne de la vie, qui ne serait qu'une fermentation universelle, n'est pas démontrée.

M. PASTEUR. Les contradictions de M. Poggiale ne portent sur aucun fait. Il contredit des interprétations, mais les faits restent, c'est tout ce que je demande. M. Poggiale dit : M. Pasteur n'a pas prouvé que les vibrions trouvés dans l'oviducte viennent du dehors ; je ne les ai pas vu pénétrer, il est vrai, et ce ne serait pas facile; mais ce qui me le fait dire, c'est que tous les œufs ne se putréfient pas.

Relativement à la question de l'urine ammoniacale, je ne prétends pas dire que les urines ne pourront jamais devenir ammoniacales sans la présence du ferment dont je parle ; je dis seulement que toutes les fois qu'on les a trouvées ammoniacales, le ferment y était. Je ne parle que pour le passé ; je n'engage pas l'avenir. Qui est-ce qui sait ce qui arrivera demain ?

M. COLIN donne quelques explications sur le prétendu aveu que lui prête M. Pasteur relativement aux œufs putréfiés. Il ne nie pas qu'on lui ait fait voir dans ces œufs des corpuscules organiques, mais il conteste que ces corpuscules, dont il ignore la nature, soient des vibrions. Il maintient donc ses doutes.

M. PASTEUR termine par une réponse à un article de M. A. Latour dans l'*Union médicale*, et il cite à cette occasion un extrait d'un discours qu'il a prononcé, et dans lequel il établit l'indépendance des choses de sentiment el de religion et des choses de science.

La suite de la discussion est renvoyée àla séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 1er mars 1875, M. Sainte-Claire Deville (Charles-Joseph), membre de l'Institut, a été nommé professeur titulaire de la chaire d'histoire naturelle des corps inorganiques au Collége de France, en remplacement de M. Élie de Beaumont, décédé.

— Par décret en date du 4 mars 1875, M. Blanchard, professeur d'entomologie au Muséum d'histoire naturelle, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 4 mars 1875, M. Moutet (Jean-Frédéric), professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La Société de médecine légale de France vient de déclarer la vacance de cinq places de membres titulaires et de dix-huit places de membres correspondants nationaux.

Aux termes des statuts, le nombre des membres correspondants nationaux est fixé à *cent*, parmi lesquels les magistrats et les avocats peuvent figurer pour un quart.

Il ne doit pas y avoir lieu plus de sept membres correspondants nationaux dans le ressort d'une même cour d'appel ; aussi, dans les élections qui vont avoir lieu, la société fera-t-elle porter préférablement ses choix sur les candidats résidant dans les départements qui dépendant du ressort des cours où elle a le moins de correspondants, sans cependent attacher à cette condition une importance absolue.

Une seule cour d'appel est totalement dépourvue de correspondance de la société : c'est la cour de Bastia, comprenant un seul département, la Corse.

Les autres départements dans lesquels la société serait plus particulièrement désireuse de trouver des correspondants sont, en suivant l'ordre des cours d'appel où elle en a le moins.

Les colonies ;

Les départements de : Loire, Ain, Puy-de-Dôme, Allier, Haute-Loire, Lot, Lot-et-Garonne, Jura, Haute-Saône, Isère, Hautes-Alpes, Bouches-du-Rhône, Basses-Alpes, Orne, Saône-et-Loire ; Haute-Marne, Basses-Pyrénées, Hautes-Pyrénées, Somme, Dordogne, Cher, Pas-de-Calais, Corrèze, Aude, Aveyron, Ardèche, Lozère, Loir-et-Cher, Vendée, Ille-et-Vilaine, Ariége, Tarn-et-Garonne, Aube.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 13 mars 1875, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° Des varices traumatiques de la paroi abdominale, par M. le docteur de Beauvais ; — 2° Symptômes anormaux dans un cas d'atoxie locomotrice, par M. le docteur Onimus ; — 3° A propos de l'anesthésie par le chloroforme, par M. le docteur Camuset ; — 3° Lecture de M. le docteur Horteloup (considérations sur quelques points de la syphilis) et de M. le docteur Bouloumié (périodes et manifestations de la goutte), à l'appui de leur candidature au titre de membre titulaire ; — 4° Rapports de M. le docteur Leudet sur le travail de M. Gimbert (de Cannes), et de M. le docteur Lunier, sur celui de M. F. Simon.

— On demande un étudiant en médecine, ayant fini son stage, pour servir d'aide et de secrétaire à un docteur en médecine de Paris. — S'adresser rue Jacob, 12, de une heure à deux heures.

— On demande à acheter tout ou partie d'une clientèle à Paris ou dans les environs très-rapprochés. — S'adresser au bureau du journal.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hémichorée post-paralytique.

On sait — et nous l'avons rappelé dans l'une des dernières revues du mois d'octobre dernier — que, dans certains cas d'hémorrhagie ou de ramollissement de l'encéphale, la sensibilité est affectée et l'hémi-anesthésie s'ajoute à l'hémiplégie, et persiste même parfois après le retour du mouvement. Nous avons, à cette occasion, signalé seulement en passant l'hémichorée ou le tremblement unilatéral qui se produit quelquefois aussi, dans les mêmes circonstances, du côté hémi anesthésié. Dans l'une de ses dernières conférences de la Salpêtrière, M. le professeur Charcot a appelé notre attention sur plusieurs malades qui présentaient des exemples remarquables et très-curieux d'hémi-anesthésie et d'hémichorée post-paralytique.

Avant de parler de ces faits, rappelons ce que disait à ce sujet M. Charcot dans l'une de ses leçons sur les maladies du système nerveux de 1872-1873.

« Quant à présent, l'anesthésie de la sensibilité générale paraît seule avoir été signalée, en conséquence d'une altération des hémisphères cérébraux; de telle sorte que l'obnubilation des sens spéciaux resterait comme caractère distinctif de l'hémi-anesthésie des hystériques. Mais il est permis de douter que les organes des sens aient été attentivement explorés dans les faits d'hémi-anesthésie par lésion cérébrale publiés jusqu'à ce jour... Je suis porté à croire, pour mon compte, que la participation des sens spéciaux sera, en pareil cas, reconnue quelque jour, lorsqu'on aura pris soin de la chercher. Voici sur quoi je me fonde:

« Il existe dans la clinique des maladies organiques des centres nerveux un appareil symptomatique peu connu, peu remarqué encore et dont j'aurai l'occasion de vous entretenir quelque jour en détail. Il s'agit là d'une sorte de convulsion rhythmique qui occupe tout un côté du corps et qui revêt tantôt les apparences de la secousse clonique de la chorée, tantôt celle du tremblement de la paralysie agitante.

« Ce tremblement hémilatéral se montre quelquefois primitivement, d'autres fois il succède à une hémiplégie dont le début a été subit, et il commence à apparaître dans ce dernier cas, à l'époque où la paralysie motrice commence à s'amender. »

Depuis lors, les prévisions de M. Charcot se sont réalisées en ce qui concerne la participation des sens à l'hémi-anesthésie générale par cause cérébrale, et ses observations sur l'hémichorée et son origine commune avec l'hémi-anesthésie ont reçu de nombreuses confirmations.

L'observation de M. Magnan, que nous n'avons fait que mentionner dans l'article précité de notre Revue du 3 octobre dernier, montrait, en effet, en même temps que la coïncidence du tremblement choréique unilatéral avec l'hémi-anesthésie, que la sensibilité cutanée n'était pas seule en cause, mais que les sens spéciaux étaient eux-mêmes affectés.

Des observations consignées dans un mémoire de Turck, très-incomplétement connu alors, et traduit depuis, montrent également des exemples de persistance de l'hémi-anesthésie avec anesthésie sensorielle, à un degré plus ou moins accusé, à la suite d'une hémiplégie apoplectique.

Enfin, pour ce qui concerne plus particulièrement l'hémichorée ou tremblement choréique unilatéral, M. Charcot, dans l'une des séances de la Société de biologie du mois de mars 1872, a présenté une série de faits dans lesquels, à la suite d'une attaque d'apoplexie, il était survenu tantôt progressivement, tantôt subitement, une hémiplégie suivie de tremblement choréique des membres affectés. Dans trois de ces faits, où l'autopsie a pu être faite, on avait trouvé des foyers dans les couches optiques et principalement dans la partie postérieure de cet organe.

Voici maintenant les principales particularités que M. Charcot nous a fait remarquer chez les malades de son service, actuellement atteintes de ce genre de lésion, qu'il a examinées devant l'auditoire.

Une première femme, qui est atteinte d'hémiplégie depuis six ans, ne perçoit pas la sensation de froid dans tout le côté paralysé (le côté droit). Les membranes muqueuses des sens du même côté sont également insensibles aux impressions de température. Le sens du goût de ce même côté est anéanti, si l'on place un morceau de coloquinte sur le côté droit de la langue ou sur la muqueuse buccale du même côté, elle n'éprouve aucune sensation, tandis que la saveur de cette substance est vivement sentie lorsqu'on répète la même épreuve du côté gauche.

Il en est de même de l'odorat. L'éther porté sous les narines est senti à gauche, mais non à droite. De même de l'ouïe. Le tic-tac d'une montre n'est point entendu de l'oreille droite.

L'hémi-anesthésie, comme on le voit, est complète; mais ce n'est pas tout. Cette malade présente une autre anomalie,

c'est une anomalie du mouvement, soit pendant le repos, soit pendant les mouvements intentionnels, tout le côté paralysé est le siége d'un tremblement incessant. Au repos le mouvement est presque imperceptible au premier abord; mais si l'on y regarde de près, on voit un mouvement, une contraction fibrillaire légère, mais continuelle. Pendant les mouvements voulus, le tremblement devient beaucoup plus accusé. Mais, ainsi que le fait remarquer M. Charcot, il ne faudrait pas confondre ce tremblement avec celui que l'on observe dans la sclérose en plaque. Dans cette dernière affection il y a un grand désordre, une grande incoordination pendant les mouvements intentionnels, mais au repos il n'y a pas le moindre tremblement, pas la moindre contraction. M. Charcot insiste sur l'importance qu'il y a à ne pas confondre cette hémichorée avec la trémulation que l'on constate dans les cas d'hémiplégie vulgaire, mais pendant les mouvements intentionnels seulement.

Une deuxième malade hémiplégique, que M. Charcot a également présentée à l'assistance, offrait aussi un état constant d'instabilité au repos et de grands tremblements choréiques pendant les mouvements intentionnels. Il y avait, toutefois, chez cette deuxième malade, une circonstance différente de la première.

Chez la première, l'hémichorée était survenue brusquement après une apoplexie vulgaire.

Chez la seconde elle était survenue d'une manière lente et progressive. Elle était le résultat, non d'une hémorrhagie, comme chez la première, mais d'un ramollissement. Cette femme, quand elle est entrée dans le service de l'infirmerie, venait du service des épileptiques.

On vient de voir deux exemples d'hémichorée post-paralytique. Mais il y a aussi des cas d'hémichorée pré-paralytique. M. Charcot en a cité des exemples qui se résument dans ce fait : une femme est prise tout à coup de paralysie (soit par hémorrhagie ou par ramollissement), les membres tomben immédiatement dans la résolution, il est difficile de dire quel est le côté qui va rester paralysé, mais vous observez une trémulation d'un côté, une hémichorée, vous pouvez prédire que c'est de ce côté qu'aura lieu l'hémiplégie. En effet, dès que l'état de résolution des membres viendra à se dissiper, ou que, sous l'influence d'une reproduction plus intense de l'hémorrhagie, les phénomènes viendront à s'accuser davantage, on verra l'hémiplégie subsister du côté où l'on aura constaté l'hémichorée.

Le chloroforme dans la chirurgie des enfants.

Dans une thèse toute récente, où la question de l'anesthésie chirurgicale a été étudiée et examinée au double point de vue physiologique et pratique, M. le docteur Alb. Bergeron, — dont le nom se trouve en ce moment mêlé à la grande discussion sur la fermentation qui se débat à l'Académie de médecine, — s'est particulièrement proposé d'étudier le phénomène de l'anesthésie dans ses rapports avec la pratique de la chirurgie chez les enfants, à condition, toutefois, qu'on ne s'écarte pas des règles qui doivent présider à toute anesthésie.

Cette sorte d'immunité des enfants, par rapport au chloroforme, qui a été reconnue par la plupart des chirurgiens, M. Alb. Bergeron croit pouvoir l'expliquer par l'ensemble des conditions physiologiques et morales différentes, relativement à l'adulte, dans lesquelles l'enfant se trouve placé.

Quoi qu'il en soit, le fait admis, voyons avec M. Bergeron ce que lui a appris, à cet égard, l'étude particulière qu'il a faite de cette question pendant son séjour comme interne à l'hôpital des enfants.

L'une des premières questions qu'il examine est celle-ci :

A partir de quelle époque peut-on donner le chloroforme à un enfant ?

La plupart des chirurgiens adoptent, comme terme extrême, une année. Mais M. Bergeron rappelle que Guersant et M. Giraldès, à son exemple, n'hésitaient jamais à endormir les petits malades atteints d'ophthalmie purulente dans les premiers jours de la naissance.

M. Bergeron a vu, dans bien d'autres cas, les chirurgiens d'hôpitaux d'enfants employer le chloroforme chez les nouveau-nés, notamment lorsqu'il s'agissait d'opérer ces petits enfants du bec de lièvre.

D'une manière générale, le chloroforme doit être administré aux enfants chaque fois que l'on a à redouter les mouvements brusques qui peuvent empêcher le chirurgien de mener à bien son opération ou de réunir tous les éléments du diagnostic. A plus forte raison doit-on y recourir dans le but d'épargner à l'enfant les douleurs de l'opération.

Tout en acceptant l'opinion de notre jeune confrère sur l'immunité relative des enfants par rapport au chloroforme, nous ne voudrions pas cependant nous montrer moins réservé que lui. La sécurité doit avoir des limites. La pratique de l'anesthésie chez les enfants a aussi ses contre-indications, elle peut avoir, dans quelques circonstances, ses dangers. Quelles sont ces contre-indications? Quels sont les moyens à opposer aux accidents possibles? C'est ce que nous allons exposer en quelques lignes, d'après notre guide.

Les contre-indications auxquelles l'enfant n'a pas le privilége d'échapper sont les suivantes : l'anémie à la suite d'une hémorrhagie : toute opération pratiquée dans l'intérieur de la bouche et qui expose à faire couler du sang dans l'intérieur des voies aériennes dont la muqueuse anesthésiée sera incapable de réagir.

Quant à la meilleure manière d'administrer le chloroforme aux enfants, M. Bergeron recommande l'exemple donné par M. Gosselin, qui ne se borne pas à interrompre momentanément l'inhalation dès qu'un trouble survient, mais qui suspend de temps en temps, alors même que les phases se succèdent régulièrement. C'est, en un mot, l'intermittence établie en règle et substituée à l'action continue.

Enfin, en cas d'accident dont les chances, déjà très-minimes chez les enfants, sont encore diminuées par ces précautions, voici les règles à suivre :

Placer vivement l'enfant la tête en bas.

Enfoncer le doigt indicateur jusqu'à travers l'isthme du gosier, tant pour prévenir le refoulement de la langue sur l'épiglotte que pour provoquer des inspirations énergiques en excitant la muqueuse du larynx. Dans le même but, instiller de l'eau fraîche dans les narines ; appliquer des éponges mouillées sur la peau. Flageller la face avec des linges mouillés d'eau froide. Insuffler de l'air par la sonde laryngienne, en même temps qu'on expulse l'air inspiré par la compression du thorax et de l'abdomen. Réveiller l'action du cœur par l'électricité.

La thèse tout entière de M. Alb. Bergeron pourrait être résumée dans cette proposition de M. Giraldès, qu'il a prise pour épigraphe : « Si l'anesthésie devait être abandonnée, il faudrait la conserver dans la pratique de la chirurgie chez les enfants. »

Dr Brochin.

DU TRAITEMENT DU PIED-BOT VARUS (1)

Par M. le docteur A. Dubreuil, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Paris.

Jambier postérieur. — Prenant en haut ses attaches sur le tibia, le péroné et le ligament interosseux, il se termine en bas par un tendon qui glisse derrière la malléole interne et va s'insérer au tubercule du scaphoïde en envoyant une forte expansion au premier cunéiforme.

Mes expériences m'ont conduit à admettre que dans son action sur l'articulation tibio-tarsienne ce muscle est extenseur du pied sur la jambe, ainsi que l'a dit Winslow, et n'a pas l'action que lui prête Duchenne, selon lequel le jambier postérieur ramènerait le pied à l'angle droit sur la jambe s'il le trouvait étendu ou fléchi. Il est assez difficile de concevoir comment ce muscle a pu être considéré comme déterminant à un moment donné la flexion du pied sur la jambe; car quelle que soit la position du pied, la portion terminale du jambier postérieur, qui s'étend du point de réflexion derrière la malléole interne à l'insertion scaphoïdienne, se trouve toujours située au-dessous de l'axe de l'articulation tibio-tarsienne et, par conséquent, du côté de l'extension. Or tout muscle placé du côté de l'extension est forcément extenseur. Quant au mouvement que le jambier postérieur produit au niveau de l'articulation médio-tarsienne, le voici : en se contractant, il imprime au scaphoïde un mouvement de translation de dehors en dedans sur la tête de l'astragale, en même temps que le tubercule du scaphoïde s'élève, en vertu d'un mouvement de rotation de cet os sur un axe antéro-postérieur.

Les cunéiformes suivent le scaphoïde dans son évolution; le cuboïde est également attiré en dedans grâce aux ligaments qui l'unissent au scaphoïde. En se portant en dedans le cuboïde laisse à découvert en dehors une portion de la facette calcanéenne avec laquelle il s'articule. Dans le cas de varus très-prononcé, le cuboïde peut, dans sa migration en dedans, laisser à découvert à peu près la moitié externe de la surface articulaire antérieure du calcanéum.

Mais le mouvement exécuté par le cuboïde n'est pas un simple mouvement de dehors en dedans. Nous venons de voir que le jambier postérieur imprime au scaphoïde un mouvement de translation de dehors en dedans, et un mouvement de rotation de bas en haut. Sous l'influence de ce mouvement complexe qui lui est transmis par les ligaments scaphoïdo-cuboïdiens, le cuboïde, en même temps qu'il est porté en dedans, subit autour d'un axe antéro-postérieur un mouvement de rotation de haut en bas et de dehors en dedans, circonstance qui permet au mouvement d'adduction d'acquérir une amplitude plus considérable.

Si, en effet, sur un pied dépouillé des parties molles et dont les articulations ont été préparées, on saisit l'avant-pied et qu'on lui imprime un mouvement direct de dehors en dedans, on est bientôt arrêté par une résistance due à ce que le ligament calcanéo-cuboïdien inférieur est porté à son maximum de tension. Or, en imprimant à l'avant-pied un mouvement de rotation autour de son axe antéro-postérieur qui élève le bord interne et abaisse l'externe, on relâche le ligament calcanéo-cuboïdien, et l'on peut porter l'adduction plus loin. Enfin le calcanéum, cédant à l'action des ligaments qui l'unissent au scaphoïde et au cuboïde, subit autour d'un axe vertical un mouvement qui porte son extrémité antérieure en dedans et son extrémité postérieure en dehors.

(1) Fin. — Voir le numéro du 2 mars.

Jambier antérieur. — Inséré en haut au tibia, au ligament interosseux et à l'aponévrose jambière, le tibial antérieur donne naissance à un tendon qui passe sous le ligament annulaire antérieur du tarse pour aller s'attacher au tubercule du premier cunéiforme, en envoyant une expansion fibreuse au premier métatarsien.

Duchenne a très-bien décrit l'action de ce muscle sur la voûte plantaire et montré qu'en se contractant il détermine l'élévation du premier métatarsien et du bord interne du pied, et, par suite, l'aplatissement de la voûte plantaire.

Il est, sous ce rapport, antagoniste du long péronier latéral.

Le jambier antérieur est fléchisseur du pied sur la jambe, et de plus légèrement adducteur.

Tels sont les muscles qui concourent à l'adduction, laquelle résulte, on le voit, de mouvements complexes.

Pour étudier leur action, j'ai eu recours à des expériences faites sur le cadavre en exerçant des tractions sur le corps charnu des muscles dans la direction de l'axe de ce corps. Je me suis aussi servi de ficelles que je fixais sur les os, dans les points où s'insère le muscle correspondant et que je faisais passer dans des gouttières artificielles analogues aux gouttières naturelles. J'ai laissé de côté l'électricité, qui présente de fréquentes chances d'erreur en excitant des contractions dans les muscles voisins de ceux qu'on étudie.

Je viens maintenant au pied-bot varus.

Si l'on examine le squelette d'un varus congénial très-prononcé, on observe que la calcanéum et l'astragale ont subi sur leur axe vertical une sorte de torsion tendant à porter leur extrémité antérieure en dedans.

Les facettes articulaires antérieures de l'astragale et du calcanéum sont en partie à nu par suite de l'exagération du mouvement en dedans auquel ont obéi le scaphoïde et le cuboïde.

Les métatarsiens se dirigent d'arrière en avant et de dehors en dedans, de façon à former au niveau de leur articulation postérieure un angle à sinus interne.

Bonnet signale une articulation constituée par la rencontre du scaphoïde et de la malléole interne. Je n'en ai trouvé aucune trace sur les pièces assez nombreuses du musée Dupuytren.

Je n'insiste pas plus longtemps sur la disposition des os du pied qui est très-bien connue et a été, entre autres, parfaitement décrite par Bouvier, dans ses leçons sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur.

Les déviations du varus développé un certain temps après la naissance se bornent au pied, mais il n'en est plus de même pour le varus congénial qui s'accompagne le plus souvent d'une déformation survenue au niveau de la jambe ou du genou.

Sur la jambe, dans le cas de varus congénial, on observe assez souvent l'état suivant : il semble que les os de ce segment du membre pelvien aient éprouvé un mouvement de torsion autour d'un axe vertical qui a porté leur extrémité inférieure de dehors en dedans et d'avant en arrière, leur partie supérieure étant immobile. J'ai observé, il y a peu de temps, un exemple remarquable de cette malformation sur un monstre acéphalien mérencéphale présenté par M. Blot à l'Académie de médecine. Sur ce sujet la malléole péronéale dépassait notablement en avant la malléole tibiale.

Quant à la déformation dont le genou est le siége, elle est le résultat d'un mouvement de rotation du tibia en dedans et en arrière autour d'un axe vertical, le fémur restant immobile.

La rotule, maintenue de chaque côté par les ligaments latéraux qui la fixent au fémur, ne suit pas ou ne suit qu'extrême-

ment peu le tibia dans sa rotation. Pour bien apprécier cette espèce de torsion du genou, il faut se rappeler qu'à l'état normal la continuation de l'axe vertical de la rotule vient couper la tubérosité antérieure du tibia a très-peu près en deux parties égales. Quand le mouvement de torsion dont je viens de parler s'est effectué, ce n'est plus sur la portion moyenne de la tubérosité tibiale que vient passer le prolongement de l'axe de la rotule, mais beaucoup plus près du bord interne et quelquefois même au niveau de ce bord.

Je dois ajouter que chez les enfants encore jeunes il est facile, en imprimant aux os de la jambe un mouvement de torsion en sens inverse de celui qu'ils ont subi, de ramener les parties en place, de façon que la tubérosité antérieure du tibia se trouve dans sa position normale.

Les deux déformations de la jambe et du genou dont je viens de parler peuvent coexister.

Il faut donc distinguer deux espèces de varus, l'un en général acquis et dans lequel la différence est bornée au pied, l'autre toujours congénial et dans lequel il y a une déformation siégeant à la jambe ou au genou. Si j'insiste sur cette division, c'est que non-seulement elle présente un certain intérêt au point de vue anatomique et symptomatique, mais offre en outre une assez grande importance sous le rapport du traitement, car dans les cas où il y a déviation de la jambe ou du genou, il ne suffit pas de traiter la lésion du pied, on doit encore, pour obtenir un résultat satisfaisant, diriger un traitement spécial contre l'état de la portion sus-jacente du membre pelvien.

Je n'ai pas à insister ici sur le traitement du pied varus dont tous les détails sont parfaitement connus, tant au point de vue des mouvements communiqués et des appareils que sous celui des sections tendineuses. Le plus souvent il suffit, en fait de ténotomie, de diviser le tendon d'Achille et quelques faisceaux fibreux et musculaires de la plante du pied, sections qui sont dirigées surtout contre l'équinisme qui accompagne dans la grande majorité des cas la déviation du pied en dedans.

Contre l'élément varus, lorsqu'il est porté à un degré très-prononcé, et que le sujet n'est plus tout jeune, on est quelquefois forcé de recourir à la section du jambier postérieur, plus rarement à celle du jambier antérieur.

Quant aux appareils propres à combattre le pied varus, ils sont nombreux et trop connus pour que j'aie besoin de les signaler.

J'ai hâte d'en venir à ceux auxquels on a recours lorsque existent ces déviations de la jambe ou du genou, sur lesquelles je désire appeler l'attention.

On ne doit s'occuper de ce dernier élément de la difformité que lorsque le pied est à peu près redressé et que l'on peut faire marcher le malade avec les appareils dits de contention. Si le pied seul est dévié, l'appareil de contention le plus ordinaire se compose d'une bottine réunie à deux montants latéraux arrêtés au-dessous du genou. La bottine et les montants sont réunis de telle façon que le pied, tout en jouissant d'une liberté suffisante pour la marche ne puisse plus se porter du côté vers lequel il était dévié. Quand, au contraire, existent les déviations de la jambe ou du genou que je viens de signaler, on dispose l'appareil de contention de façon que non-seulement il prévienne la récidive de la déviation du pied, mais encore qu'il combatte celle de la jambe et du genou.

Différents appareils, dont le premier paraît être dû à Mellet, ont été imaginés dans ce but. Sans entrer ici dans le détail de la description de ces appareils, je veux au moins exposer le principe fondamental d'après lequel ils sont construits. Ils sont du reste les mêmes, que l'on ait à combattre la torsion ou la rotation de la jambe.

Au lieu de faire agir la traction sur la jambe, ce qui serait assez difficile vu la forme de cette portion du membre, on agit sur le pied qui transmet fidèlement la traction à la jambe, et l'on a ainsi l'avantage d'accroître la longueur et partant la puissance du levier. Le pied est à cet effet chaussé d'une solide bottine. Le point fixe est pris sur le bassin au moyen d'une ceinture. Un montant en acier, passant sur le côté externe du membre inférieur, relie la bottine à la ceinture; il est brisé au niveau du cou-de-pied, du genou et de la hanche, mais de façon que ces articulations puissent être immobilisées au besoin. Un montant interne destiné à donner plus de solidité à l'appareil remonte jusqu'à la partie supérieure de la jambe ou jusqu'à la cuisse, et est fixé au précédent par des embrasses.

Différents procédés peuvent servir à porter le pied et partant la jambe dans la rotation en dehors. Dans le cas de déviation bilatérale, je me sers d'une ceinture, métallique dans les points où les montants viennent s'y fixer, et molle dans le reste de son étendue.

Elle est ouverte en avant et en arrière. En la relâchant en avant et la serrant en arrière, on produit le mouvement en question. Cet appareil est depuis fort longtemps fabriqué par Lebelleguie.

Dans les cas où l'on n'a qu'un côté à redresser et partant qu'un seul montant externe, on dispose la ceinture de façon qu'elle prenne un point d'appui sur le côté opposé du bassin.

Bonnet articulait le montant avec la ceinture au moyen d'une charnière verticale placée à la partie postérieure, et écartait à volonté en avant le montant de la ceinture à l'aide d'une vis de pression.

Je n'attache aucune importance aux modifications de ces appareils, mais je tenais à mettre en relief le principe qui consiste à combattre la rotation ou la torsion de la jambe en prenant le point fixe sur le bassin et en agissant sur le pied.

Dans le cas de torsion de la jambe sur elle-même, le redressement est long et difficile, sauf chez les jeunes enfants. Il est presque toujours facile et rapide lorque la rotation a lieu seulement au niveau du genou.

THÉRAPEUTIQUE

Potion pour favoriser l'expectoration dans les affections pulmonaires graves.

P. Chlorhydrate d'apomorphine . .	2 centigrammes.
Infusion de polygala sénéca . . .	2 grammes.
Eau	120 —
Sirop simple	20 —

Prendre une cuillerée à café de cette potion toutes les demi-heures.

N. B. — Ne pas administrer aux enfants qui supportent mal l'apomorphine. (*Rev. méd. de l'Est.*)

DE L'EXTIRPATION DU REIN

Par le docteur Neveu
Chef du laboratoire à la Pitié.

L'extirpation du rein est possible sur l'homme et a été suivie de succès cinq fois sur douze opérations. Cette opération aurait pu être évitée dans la plupart des cas où on l'a pratiquée. Elle aurait pu être remplacée avec moins de danger par des opérations plus sûres et tout aussi bonnes.— S'il était démontré qu'il y eût des cas d'absolue nécessité, ce qui paraît loin d'être évident, on ne pourrait la faire

qu'après s'être enquis de l'état du rein, de l'autre côté de l'état des voies urinaires et, en général, des principaux viscères; l'examen microscopique des urines, et, s'il se peut, chimique (urée) devra être fait. — La voie lombaire serait la meilleure, car en cas de méprise, après avoir fait l'incision lombaire, et avoir examiné le rein par sa face postérieure, on peut s'arrêter là s'il y a erreur de diagnostic et considérer alors l'opération comme une simple boutonnière rénale, infiniment moins périlleuse que l'extirpation. — Jusqu'ici, cette opération nous paraît devoir être condamnée par la saine critique et par l'art. — (*Arch. de méd.*)

REVUE DE LA PRESSE

Variole et vaccine. — Sous ce titre : *De la variole vaccinale à propos d'une épidémie de variole propagée par la vaccination*, le professeur Strohl analyse et discute le fait suivant arrivé à Oedt, près de Dusselsorf, et rapporté par le docteur Blumlein.

Le 3 mai 1872, 24 enfants furent vaccinés avec le vaccin d'un enfant de trois mois. Tous sont devenus malades après le huitième jour. Le 10 mai, 23 autres enfants furent vaccinés avec le vaccin d'un de ces enfants vaccinés le 3, présentant tous à ce moment une vaccine normale en apparence. Tous ces enfants, y compris les deux vaccinifères, furent pris du huitième au onzième jour d'une éruption présentant les caractères suivants : papules rouge pâle, grosses comme une tête d'épingle, répandues sur tout le corps, accompagnées de fièvre; deux jours après, vésicules remplies d'un liquide blanchâtre. Les boutons vaccinaux avaient toujours suivi leur marche habituelle. (En outre, 26 enfants, plus âgés, avaient été revaccinés de ces deux vaccinifères et plusieurs d'entre eux avaient été pris quelques jours plus tard d'un rash fugace ou d'une éruption d'apparence d'urticaire de peu de durée). Ces exanthèmes chez ces enfants sont devenus le point de départ d'une épidémie de variole ayant commencé par les mères et s'étant propagée avec une telle rapidité que, du 15 mai au 9 juin, on comptait 75 malades, non compris les enfants vaccinés. L'épidémie ne s'était terminée que le 31 juillet, après avoir frappé 188 personnes sur une population de 3,000 habitants, soit 6 4/15 pour 100. La maladie était grave, la forme hémorrhagique s'y était montrée; neuf malades avaient succombé.

Les enfants vaccinés semblaient donc avoir été, sous l'influence simultanée des virus vaccinal et variolique. La régularité de l'apparition de l'exanthème chaque fois entre le neuvième et le onzième jour de la vaccination rattachait la variole à l'acte de la vaccination même, c'était là un fait unique dans la science. Quelle pouvait être l'origine du virus variolique?

L'enfant qui avait servi à vacciner le premier vaccinifère était indemne, à cette époque, de toute éruption variolique généralisée, la variole sévissait déjà à Oedt, un parent du premier vaccinifère en était même atteint. Au huitième jour de sa vaccination, quand il servit à la première journée du 3 mai, cet enfant pouvait avoir déjà contracté la variole, mais seulement encore à la période d'incubation; son sang contaminé n'avait-il pas pu donner lieu à la sécrétion du virus variolique dans la pustule vaccinale?

Cette question fut débattue dans une réunion de médecins allemands tenue le 26 octobre 1872. Tous les membres furent d'accord sur ce point, que le premier vaccinifère avait une variole latente lors de la vaccination. Mais la divergence s'est montrée lorsqu'il s'est agi d'expliquer le mode de communication de cette variole aux autres enfants. Quelques-uns admettaient la contagion à distance, opinion que M. Strohl regarde comme inadmissible pour plusieurs raisons, entre autres l'absence d'éruption variolique à ce moment chez le vaccinifère. Le plus grand nombre admettait l'inoculation directe du virus variolique avec le virus vaccinal. Enfin d'autres ont soulevé la question de savoir si, parmi les boutons vaccinaux, il n'a pu se trouver une pustule variolique méconnue, mais c'est là une supposition gratuite.

Telle est, en résumé, cette observation de variole vaccinale qui, suivant les médecins allemands qui ont fait partie de la réunion du 26 octobre 1872, paraîtrait prouver que la variole peut être inoculée en même temps que le vaccine; c'est là, suivant M. Strohl, une erreur qu'il importe de ne pas laisser passer sans protestation.

Admettant comme incontestables l'existence de la variole chez le premier vaccinifère, et sa transmission à tous les enfants vaccinés, puis à la population, M. Strohl rejette la contamination à distance et la sécrétion du virus variolique par la pustule vaccinale. Il n'invoque même pas la présence du sang dans la lymphe qui a servi à vacciner, pensant pouvoir présenter une meilleure explication. Il repousse également la coexistence des deux virus dans la même pustule, tous les faits observés jusqu'ici plaidant contre cette hypothèse.

M. Strohl explique ces faits en admettant que le premier vaccinifère avait subi l'inoculation variolique. Il écarte d'abord l'objection qui pourrait être tirée de la marche normale de l'éruption du bras aux lieux d'insertion et des caractères des pustules, en rappelant l'extrême ressemblance des pustules vaccinale et variolique à leur pleine maturité. Il insiste sur la succession des éruptions locales et des éruptions générales à certains jours déterminés consécutivement à l'inoculation de la petite vérole, telle qu'on l'a pratiquée autrefois. Il cite textuellement un passage du *Traité historique et pratique de l'inoculation* de Digotent et Valentin (p. 196 et suiv.), un paragraphe de la *Nosographie philosophique* de Pinel (t. II, p. 56), et la *Clinique médicale* de Trousseau (t. I, p. 41).

Comparant le tableau des phénomènes décrits par Digotent et Valentin, avec les vaccinations d'Oedt, il montre l'identité complète qui existe entre eux. C'est donc la variole qui a été inoculée, peut-être aussi du vaccin en même temps; ce dernier point ne saurait être déterminé.

Reste encore l'origine de la variole chez le premier vaccinifère. Ici M. Strohl rappelle que la variole existait déjà dans le village et même chez un parent de cet enfant, et il serait porté à admettre l'inoculation directe de la variole dans les incisions vaccinales. Il cite à l'appui un fait de Trousseau (*loc. cit.*, p. 69).

Cette observation, dite de *variole vaccinale*, ne peut donc servir à faire admettre la sécrétion du virus variolique par une pustule vaccinale et, ajoute M. Strohl, il était nécessaire de le discuter sérieusement, car tôt ou tard elle aurait servi aux détracteurs de la vaccine. Il ne faut pas que ces faits entrent dans la science sans protestation.

Ce fait nous a paru d'autant plus curieux, que toute une réunion de médecins, allemands, il est vrai, a pu s'y tromper.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Aménorrhée. — M. Puech (de Nîmes) rapporte un cas d'aménorrhée survenue à vingt-huit ans sans cause connue et en état de parfaite santé.

Il s'agit d'une jeune femme qui avait été réglée pour la première fois à seize ans; les pertes étaient très-peu abondantes, mais régulières. Cette dame s'est mariée à vingt ans, dans des conditions d'aisance et de bien-être. A vingt-huit ans, elle eut pour la première fois une suppression de flux cataménial. On crut d'abord à une grossesse, mais cette espérance fut bientôt déçue, aucun autre symptôme ne venant la confirmer. Sauf deux pertes insignifiantes survenues, l'une huit mois, l'autre quatorze mois après cette première suppression, cette femme, âgée de près de quarante ans, n'a jamais vu le retour de l'hémorrhagie menstruelle. Son état de santé est, d'ailleurs, des plus satisfaisants. Aucune cause appréciable n'a pu être attribuée à cette aménorrhée.

M. Puech cite, en outre, le fait d'une femme de trente ans, mère de trois enfants, laquelle fut frappée, en 1854, d'une violente attaque de choléra. Pendant la période de réaction, elle fut prise d'une assez forte métrorrhagie qui céda cependant d'elle-même; mais, après son rétablissement, elle ne vit plus reparaître ses menstrues. En dépit de cette suppression, son état de santé ne laissait rien à désirer.

M. Puech a rencontré deux autres femmes qui avaient vu, dans des conditions analogues, disparaître leurs règles. Dans aucun de ces cas il n'a pu constater la moindre atrophie de l'utérus. Il pense que la ménopause prématurée, toutes les fois que l'utérus ne sera point atrophié, est due à une altération des vésicules ovariennes. Il a observé plusieurs cas qui viennent à l'appui de cette manière de voir.

(*Gaz. obstétric. de Paris.*)

Le vertige auditif. — M. Bonnenfant, dans sa thèse sur la séméiologie du vertige dans les affections de l'oreille (Paris, 1874), distingue, au point de vue pathogénique, plusieurs variétés de vertiges auditifs : 1° le vertige par irritation traumatique ; 2° le vertige par excitation galvanique; 3° le vertige labyrinthique ou dû à des lésions inflammatoires de l'oreille interne ; 4° le vertige lié aux maladies de l'oreille moyenne ; 5° le vertige lié aux maladies du conduit auditif; 6° enfin le vertige qui semble produit sous l'influence d'une action réflexe. Nous ne passerons pas en revue ces nombreuses variétés, nous nous arrêterons seulement un instant sur le vertige produit par excitation galvanique.

Si l'on applique les deux pôles de la pile sur les deux apophyses mastoïdes, l'individu soumis à cette épreuve porte la tête et le tronc d'un côté jusqu'à ce que le courant soit interrompu et reprend alors sa première attitude comme poussé par une main invisible. Le vertige disparu, il se plaint de nausées et de douleurs. La perte de l'équilibre a toujours lieu du côté du pôle positif.

Lorsqu'on place le pôle négatif sur le cou, sur le tronc ou les membres, si l'on double l'autre fil conducteur, de manière à former deux pôles positifs, en appliquant l'un d'eux sur l'apophyse mastoïde d'un côté, on produit un violent vertige avec inclinaison de ce côté, mais dès qu'on place l'autre sur l'apophyse mastoïde du côté opposé, tout symptôme de vertige disparaît. Le vertige semble donc être dû à la différence d'excitation des terminaisons nerveuses des deux appareils auditifs. (*Gaz. hebd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 mars 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. LE FORT présente deux observations dues, l'une à M. Cras, professeur à l'école de médecine navale de Brest, et l'autre à M. Gallerand. (Commissaires : MM. Tillaux, Verneuil, Lannelongue.)

Les anesthésiques. — M. MAGITOT revient sur la discussion de la séance précédente pour rapporter deux cas de mort par le protoxyde d'azote. L'un vient d'Angleterre (1872), l'autre d'Amérique (1873). Dans les deux cas, il s'agissait d'opérations sur la bouche, et dans les deux cas l'autopsie, faite avec grand soin, a démontré que la mort était due à l'asphyxie et non à la syncope.

Des expériences de M. Bert faites sur des animaux respirant dans un ballon dont l'air ne se renouvelait pas, il résulte que l'insensibilité se manifeste quand l'oxygène du sang est réduit à 2 ou 3 pour 100. Quand il descend à un et demi, *la pupille se dilate*. Peu au-dessous, la mort est inévitable. Ce signe important pourrait indiquer, dans l'administration du protoxyde d'azote, la limite extrême qu'il ne faudrait pas dépasser, qu'il serait même dangereux d'atteindre.

RAPPORT

Luxation de l'astragale. — M. TILLAUX, rapporteur, rend compte d'une observation de M. Anger, intitulée : *Luxation complète de l'astragale, réduite par la méthode des tractions continues à l'aide de bandelettes de caoutchouc. Guérison.*

Un épicier, âgé de vingt-deux ans, en descendant une barrique d'huile à la cave, est précipité en arrière dans l'escalier. La barrique passant par-dessus lui.

Transporté immédiatement à Beaujon, on constate une luxation complète de l'astragale en avant et en dehors. On sentait la tête de l'os sur le cuboïde. La peau n'était pas déchirée, mais très-tendue.

La réduction est tentée de suite, mais en vain. M. Anger vient le soir même et fait l'application de sa méthode des tractions continues par le caouchouc en faisant l'extension sur le pied fixé au pied du lit et la contre-extension sous les aisselles fixées à la tête du lit. Après douze minutes, jugeant la contraction musculaire abolie, il saisit des deux mains le pied et la jambe, et, appliquant le genou sur l'astragale, il le fait rentrer sans effort.

La guérison s'effectua rapidement. Il a revu le malade quatre mois après ; il ne se ressent plus de son accident et peut faire sans fatigue d'aussi longues courses qu'auparavant.

M. Tillaux fait observer qu'il y a des luxations complètes de l'astragale qui sont réductibles, et d'autres qui ne le sont pas, même sans complication de plaie. M. Anger aurait peut-être pu réduire cette luxation par d'autres moyens de douceur. Mais le procédé qu'il a employé est lui-même un moyen de douceur et le succès obtenu mérite d'être signalé.

La société adresse des remercîments à M. Anger pour sa communication, qui sera publiée dans le *Bulletin*.

COMMUNICATIONS

Traitement de la chute complète de l'utérus. — M. PANAS a pratiqué deux fois, en 1872 et 1874, une opération destinée à remédier à la difformité résultant de la chute complète de l'utérus. Le procédé de Jobert de Lamballe ayant été abandonné, Marion Sims en a inventé un autre que M. Panas a adopté et qui lui a donné, dans un cas au moins, des résultats qui ont dépassé ses espérances. Dans le second cas, il n'a obtenu qu'une amélioration. La première malade qu'il a opéré à Saint-Louis, présentait une chute complète de l'utérus. La cavité utérine mesurait 11 centimètres à l'hystéromètre. La tumeur saillante entre les jambes avait 15 centimètres. Les parois du vagin, complétement renversées depuis longtemps, étaient parcheminées. Au sommet de la tumeur se voyait l'orifice du museau de tanche, exulcéré, orifice par lequel s'écoulaient en grande quantité des flueurs blanches, ce qui prouve que cette sécrétion se fait dans l'utérus et non dans le vagin, qui est dépourvu de glandes mucipares, contrairement à l'opinion de M. Robin.

Sims ayant observé que la chute de l'utérus est précédée toujours du prolapsus de la paroi antérieure du vagin, entraînant la vessie, pensa qu'en empêchant cette cystocèle vaginale il rendrait impossible la chute de l'utérus. Dans ce but, il voulut créer une fistule vésico-vaginale artificielle avec perte de substance, puis la restaurer ensuite pour obtenir une rétraction artificielle. Il attira la paroi vaginale avec le ténaculum et fit une fistule à l'aide des ciseaux. Mais il obtint ce résultat que la paroi vésico-vaginale fut dédoublée, la paroi de la vessie étant restée intacte. Il réunit la plaie par des sutures métalliques, et la malade guérit. Depuis il a modifié sa manière de faire. Il rapproche deux points opposés du vagin qu'il a avivés, sans faire une large perte de substance. Jobert raccourcissait le vagin soit par des excisions, soit par des cautérisations. Sims le rétrécit. Sa dernière manière consiste à faire deux incisions divergentes au fond du vagin, puis une autre horizontale qui les réunit. Il pose ensuite des sutures et obtient par leur réunion le résultat qu'il cherchait.

M. Panas a employé cette dernière méthode. L'opération a duré deux heures et a été faite sans chloroforme. Quatorze points de suture ont été posés, sur lesquels six seulement ont pris. Les incisions se sont réunies dans la partie supérieure, et ce résultat a suffi pour guérir radicalement la malade.

Elle a repris sa profession pénible, qui consiste à faire des déménagements. Ses règles, suspendues depuis longtemps, sont revenues trois mois après l'opération, puis elle est devenue enceinte et a fait une fausse couche à six mois. M. Panas l'a revue il y a quatre mois, et, malgré toutes ces conditions mauvaises, il a constaté que l'utérus était parfaitement réduit. Elle n'a jamais porté de pessaires.

La deuxième opération a été pratiquée l'année dernière à Lariboisière. Il y avait également, dans ce cas, cystocèle et prolapsus utérin, mais à un degré moindre ; le col seul faisant saillie à travers l'anneau vulvaire. La même opération fut faite, à l'exception de l'avivement supérieur, que M. Panas jugeait inutile, mais aucun point de suture n'a tenu. Malgré cela, le résultat n'a pas été nul; le col utérin est maintenant caché dans le vagin, mais à 3 centimètres seulement de l'orifice, et la malade est obligée de porter un pessaire américain. M. Panas l'a revue plusieurs mois après. Il n'y avait pas de changement. Il se demande, en présence de cette amélioration obtenue sans sutures, si l'excision faite en des points déterminés et le froncement

qui résulterait de la cicatrisation ne suffiraient pas pour obtenir la guérison.

La société décide que les observations de M. Panas seront discutées dans une séance prochaine.

SCRUTIN

On procède au scrutin pour la nomination de la commission chargée d'examiner les titres des candidats aux places de membres titulaires. Sont nommés : MM. Nicaise, Paulet et Duplay.

LECTURE

M. Périer donne lecture d'une observation intitulée : *Ablation d'une tumeur du sein par la ligature élastique, chez une femme de quatre-vingt-quatre ans.* La malade ayant succombé trois mois après l'opération, à un érysipèle de la face, M. Périer présente en même temps la tumeur enlevée et la paroi de la poitrine complétement cicatrisée, à laquelle elle était adhérente (commission : MM. Polaillon, Trélat et Tillaux).

PRÉSENTATION DE MALADE

M. DEMARQUAY présente un malade qui, saisi par un engrenage, a eu les deux bras fracturés; le droit en cinq endroits, le gauche en un seul point, à l'avant-bras. L'intérêt de cette présentation consiste en ce que cette dernière fracture ne s'est pas consolidée. La pseudarthrose est probablement le résultat de l'interposition d'une lamelle aponévrotique entre les fragments osseux. Le malade se refuse à la petite opération qui pourrait le guérir; du reste il se sert de sa main gauche, mais elle a moins de force qu'auparavant.

M. PERRIN a vu un cas semblable la semaine dernière au Val-de-Grâce. Ils ne sont pas très-rares.

M. PAULET a observé deux pseudarthroses du radius il y a deux ans.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. Boulau présente une ceinture qu'il a fait confectionner par M. Mathieu pour soutenir le thorax déformé d'un garçon de dix-sept ans affecté d'une scoliose énorme et de rachitisme. L'avantage de cet appareil est de maintenir le rachis sans prendre de point d'appui sous les bras ni sur le thorax. Tout le poids est supporté par le bassin.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. TILLAUX présente une tumeur qu'il a enlevée ce matin à Lariboisière, sur l'avant-bras droit d'une jeune fille de douze ans. Cette tumeur, située au tiers inférieur de l'avant-bras, de la grosseur d'un œuf de pigeon, roulait sous la peau, mais devenait fixe lorsqu'on faisait fléchir la main. Elle causait de la douleur et avait amené un commencement d'atrophie des muscles de la main.

M. Tillaux pensa à un angiolipôme et résolut de l'extirper. L'application de la bande d'Esmarch diminua considérablement son volume. Mais des points durs qu'elle présentait à sa surface guidèrent le chirurgien pour son incision. C'était une tumeur formée par des vaisseaux dilatés dans l'épaisseur du muscle fléchisseur superficiel, et allant jusqu'à sa face profonde ; le nerf médian et le carré pronateur ont été mis à nu pendant l'opération. C'est une sorte de tumeur érectile assez rare que M. Tillaux a vu une seule fois, en 1860, dans le service de Nélaton, et également à l'av[illegible]as. Les nodosités sont formées par des petites tumeurs graisseuses de la grosseur d'un noyau de cerise. C'est un angiolipôme. Ces phlébolythes sont formés de couches concentriques comme un calcul. On les rencontre assez fréquemment chez les vieillards, dans les plaques de Santorini et derrière la symphise pubienne dans les veines de la prostate.

M. TRÉLAT a observé trois de ces tumeurs. Elles ont été décrites par M. Laboulbène, qui en a réuni plusieurs exemples. M. Monod, dans sa thèse, en a cité neuf, dont un appartient à M. Duplay. L'avant-bras semble être le siége de prédilection de ces tumeurs, qui affectent plutôt des jeunes gens que des vieillards. Leur pronostic est assez bénin en général, car elles tendent à la régression.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Un concours public pour la nomination à une place de chirurgien au bureau central s'ouvrira le lundi 26 avril 1875, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu :

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert au sécrétariat général de l'Assistance publique (de midi à trois heures) à partir du samedi 27 mars, et sera clos définitivement le samedi 10 avril à trois heures.

— *Corps de santé militaire.* — Par décret en date du 25 février 1875, ont été promus :

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Cotte, Lepelletier, Bernard, de Courtois.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Viry, Geschwind, Simonnot, Jacquin, Bailby, Lemardelay, Gayda.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. Durand, Conor.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : M. Truquet.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : M. Lacour.

— *Hôpital des Enfants-Malades.* — M. le docteur Bouchut fera une conférence d'ophthalmoscopie médicale et de cérébroscopie le mardi 16 mars, à neuf heures du matin; M. Bouchut exposera, au moyen de projections lumineuses, les résultats de l'ophthalmoscopie dans le diagnostic des maladies du cerveau et de la moelle épinière.

Des névroses diathésiques ou les maladies nerveuses dans leurs rapports avec le rhumatisme, la goutte, les dartres, la syphilis, le cancer, la scrofule, etc., par le docteur P. BERTHIER, inspecteur adjoint des asiles d'aliénés de la Seine, médecin expert près le tribunal, etc. — 1 vol. in-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 31. — MARDI 16 MARS 1875. 48e ANNÉE. MARDI 16 MARS 1875. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

Paris, le 15 mars 1875.

UNE EXPÉRIENCE DE FERMENTATION

La discussion sur la fermentation qui se poursuit en ce moment devant l'Académie de médecine, et qui menace de tenir, pendant longtemps peut-être encore, les autres travaux de l'Académie en suspens, serait fort difficile à suivre, et souvent même incompréhensible, si les argumentations résumées que nous faisons passer successivement sous les yeux de nos lecteurs étaient dépouillées de ce qui en constitue, en quelque sorte, les pièces justificatives, c'est-à-dire la démonstration expérimentale. Rien ne serait plus incomplet, par exemple, que la réponse de M. Pasteur à ses divers critiques ou contradicteurs, sans la connaissance de l'expérience fondamentale qui lui a fourni tous les éléments de cette réponse. Nous croyons donc, pour l'intelligence de l'analyse que nous avons faite jusqu'ici de cette discussion, comme de ce que nous pourrons avoir encore à en dire, devoir reproduire ici l'exposé de l'expérience rapportée par M. Pasteur dans la séance du 2 mars dernier.

Un ballon de verre de trois litres de capacité contient 75 grammes de lactate de chaux pur, environ un demi-gramme de phosphate d'ammoniaque, environ 4 grammes de phosphate de potasse, 3 grammes de chlorure de magnésium, 2 grammes de sulfate d'ammoniaque et une très-petite quantité de sulfate de soude. On porte le liquide du ballon à l'ébullition, pendant qu'une tubulure recourbée, disposée de façon à pouvoir recueillir ultérieurement les gaz qui pourront se dégager, est plongée dans une autre portion du même liquide qui remplit le ballon, également amenée à l'ébullition. Cette opération a pour but de priver d'air, d'une manière absolue, le contenu du ballon. On laisse refroidir, puis on transporte l'extrémité recourbée du tube abducteur dans un vase rempli de mercure.

Le liquide de ce vase ainsi disposé pourrait rester éternellement inerte, soit à l'abri, soit au contact de l'air, pourvu que cet air soit parfaitement privé de ses poussières organiques.

Pourtant ce vase renferme un liquide propre à l'alimentation de certains êtres, malgré sa composition presque purement minérale. Mais la vie y est absente. Si l'on introduit la vie dans ce milieu, si l'on y sème des vibrions, en faisant pénétrer dans le mélange une petite quantité d'un liquide organique contenant des vibrions, on voit naître toute une nouvelle série de phénomènes.

Le liquide, qui était limpide comme de l'eau distillée, prend peu à peu, les jours suivants, une légère opalescence, qui s'accuse de plus en plus, en même temps que des gaz se dégagent, montant du fond du vase en une multitude de petites bulles serrées. Ce gaz est un mélange d'hydrogène et d'acide carbonique, et en même temps l'acide lactique se transforme en acide butyrique, qui reste uni à une partie de la chaux du lactate, dont le restant se combine avec une portion de l'acide carbonique produit. C'est une véritable putréfaction de l'acide lactique qui prend naissance, mais une putréfaction sans putridité, parce que l'acide lactique ne contient ni soufre, ni phosphore.

Si l'on veut obtenir la putridité au suprême degré, il suffit de remplacer l'acide lactique, neutralisé par la chaux, par de la fibrine associée à du carbonate de chaux, ou par tel ou tel organisme mort, de la nature des matières animales, tel que la levûre de bière. Les effets seront de même ordre, mais cette fois la quantité des gaz putrides formés sera considérable.

D'où proviennent ces transformations? L'examen au microscope d'une goutte de ce liquide l'apprend, en faisant voir une quantité d'êtres sous forme de petites baguettes se mouvant dans tous les sens, simples ou réunis par deux, par trois ou un plus grand nombre.

Enfin l'expérience patiemment suivie montrera que la vie dans ces petits êtres durera autant que leur principal aliment, c'est-à-dire l'acide lactique du lactate de chaux.

Si, après que le repos s'est fait dans le vase, après que tout mouvement intestin a cessé et que les vibrions sont tombés inertes au fond, parce qu'ils ont usé leur principal aliment, l'acide lactique, on compare le poids des vibrions au poids connu du lactate de chaux transformé (75 grammes), on trouve une différence dont le rapport est tout au plus de 1 à 200; c'est-à-dire qu'un agent qui pèse 1 a entraîné la décomposition d'un poids de matière 200 fois plus grand. On vient donc d'assister à un véritable phénomène de fermentation où l'acide lactique était la matière fermentescible et les vibrions des ferments!

Il nous a paru utile de faire connaître dans ses détails une expérience de cette importance au point de vue des résultats que l'on en a tirés et des applications que l'on en peut faire.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

Hémorrhagie rachidienne. — Paraplégie. — Guérison.

Les hémorrhagies traumatiques du canal rachidien ne sont pas très-rares. On en cite un certain nombre chez les enfants, mais il n'est pas commun de voir des accidents se produire sous l'influence d'une chute sur le siége, et, à ce titre, le fait que vous avez sous les yeux offre un intérêt réel.

La petite fille aujourd'hui paraplégique jouait à sauter d'une petite chaise d'enfant sur le sol. Elle sautait et réitérait sans cesse cet exercice, mais une dernière fois, après avoir sauté, elle perdit l'équilibre et tomba lourdement sur les fesses. Pendant huit jours, l'enfant ne se plaignit pas, mais alors elle éprouva la nuit de vives et profondes douleurs dans les jambes. Ces douleurs augmentèrent le lendemain et se compliquèrent de paralysie plus marquée à droite. Elles continuèrent le jour d'après, et alors il survint une convulsion générale avec perte de connaissance pendant une demi-heure, et qui ne reparut pas. L'état resta le même pendant quelques jours, puis les douleurs cessèrent, et la paraplégie fut le seul phénomène qui resta.

C'est alors qu'on amena l'enfant dans mon service à l'hôpital des Enfants-Malades.

Observation. — Pauline M..., âgée de six ans, entrée le 24 janvier 1874, au n° 17 de la salle Sainte-Catherine, est malade depuis le 12 janvier. Début brusque dans la nuit par des douleurs très-fortes dans les jambes. Le 13, les douleurs sont plus vives. Le 14, prise, à minuit, de convulsions qui ont duré une demi-heure environ. (Il paraît que l'enfant perd complétement connaissance.)

Depuis lors, douleurs très-vives et continues dans les jambes ; les douleurs semblent être plus violentes la nuit. Depuis le 13 janvier, la jambe droite est tout à fait paralysée ; elle remue un peu la jambe gauche. La sensibilité est conservée de deux côtés.

Cause supposée : le 3 janvier, s'est jetée violemment assise sur le derrière, mais jusqu'au 12 n'avait rien éprouvé.

A son entrée, je trouve l'enfant complétement paraplégique, les mouvements sont absolument impossibles dans la jambe droite, existent à peine dans la gauche ; l'enfant tire, en glissant, sa jambe avec beaucoup de peine. Hyperesthésie très-marquée dans les membres inférieurs ; au moindre attouchement, l'enfant pousse des cris. Les mouvements des articulations coxo-fémorales sont indolents et dans leurs limites normales. La colonne vertébrale ne présente aucun vice de conformation ; pas de point douloureux sur toute sa longueur.

Pas de paralysie des sphincters ; l'enfant urine et va bien à la selle. Pas d'ecchymoses aux fesses ni au sacrum.

Aucun trouble, soit du côté de la circulation, soit du côté de la respiration.

A l'*ophthalmoscope*, on constate un peu d'hyperémie des vaisseaux de la rétine des deux côtés. Les pupilles, normales, se contractent facilement à la lumière.

Rien d'anormal dans les membres supérieurs.

Des bains tous les dix jours. Électrisation.

Aucun changement bien appréciable pendant une quinzaine de jours.

Le 9 février, commence à remuer ses jambes, soulève un peu la jambe gauche. Les douleurs ont presque complétement disparu.

Examen ophthalmoscopique. — Œdème et gonflement de la papille à gauche ; les vaisseaux de la rétine sont plus dilatés qu'à droite. La papille droite est normale.

Le 11 février, l'enfant se tient debout. La marche est absolument impossible.

Le 20 février, commence à marcher, soutenue par une autre personne.

On continue les bains et l'électrisation jusqu'au commencement d'avril, époque à laquelle l'enfant marchait sans aucune difficulté.

Le 3 mai, quitte l'hôpital complétement rétablie.

Le fait d'une paraplégie douloureuse consécutive à une chute sur les fesses est, en lui-même, assez intéressant pour être étudié avec soin. C'est trois jours après sa chute qu'ont paru les douleurs névralgiques, et dix jours plus tard que s'est manifestée la paraplégie.

Que s'est-il pas passé? Je suppose qu'après l'accident, et à cause de lui, il s'est fait une hémorrhagie dans la partie inférieure du canal rachidien, dans sa dure-mère, et comprimant la queue de cheval ; de plus, que c'est à cette compression progressive, augmentant chaque jour avec la suffusion sanguine qu'il faut attribuer les douleurs névralgiques des membres et la paraplégie.

Si ce n'est pas une compression accidentelle liquide qui a produit la paraplégie, c'est une myélite aiguë des cordons antérieurs. Or la myélite par l'altération qu'elle entraîne dans les éléments nerveux n'est pas de nature à guérir en un mois, car on sait que ces éléments s'altèrent avec une grande facilité et ne se régénèrent pas. Il faut qu'il s'en fasse de nouveaux, qui ne sont jamais bien nombreux ; aussi ces paraplégies-là ne guérissent-elles jamais, ou du moins jamais complétement. Par cela même que l'enfant a guéri, et guéri assez vite, il est certain qu'il n'a pas eu de myélite aiguë ni de compression par un corps solide qui n'aurait pu disparaître en un mois.

Cependant il a eu une maladie de la moelle, la perte du mouvement des membres inférieurs et la douleur des cuisses en sont la preuve. De plus, j'ai constaté dans les yeux, par l'ophthalmoscope, la lésion œdémateuse et hyperémique de la papille qui accompagne le début des affections spinales, et notamment de l'ataxie locomotrice (1). On ne peut avoir aucun doute à cet égard.

Cette maladie de la moelle ne peut être qu'une hémorrhagie traumatique, car il y a eu des phénomènes de compression passagère, et il n'y a que du sang qui, après une chute, puisse être considéré comme pouvant remplir la partie inférieure du canal de la dure-mère spinale. J'écarte l'idée d'une hémorrhagie dans le canal rachidien, car cette hémorrhagie, allant jusqu'au sacrum, aurait suivi les nerfs sacrés et eût déterminé des ecchymoses sous-cutanées qui n'ont pas été vues.

Je les ai observées récemment sur un malade qui, après avoir vu la roue de sa voiture lui passer sur le région lombaire, est restée longtemps paraplégique et a dû avoir une hémorrhagie rachidienne. C'est à Mantes, où je fus appelé par le docteur Drouet. Le blessé tenait par la bride son cheval, attelé à une voiture légère. L'animal s'emporta et traîna son maître, qui tomba, quelques pas plus loin, sur le ventre, et alors la roue lui passa sur les lombes. Il se crut coupé en deux, car il ne sentait plus ses membres inférieurs. Il avait besoin de les voir pour être assuré de leur existence. Il ne pouvait pas plus les remuer qu'il n'en sentait la piqûre. Il y eut, en même temps, rétention d'urine et stercorale. Quand je le vis au bout de huit jours, il avait, en dehors de la partie contusionnée dans la scissure interfessière et au périnée, des ecchymoses qui, pour moi, caractérisaient l'hémorrhagie rachidienne. Ce malade a guéri incomplétement par l'électrisation et les stimulants. Il marche avec peine, mais il marche, et la sensibilité lui est revenue.

Maintenant, comment une chute sur les fesses peut-elle produire une déchirure vasculaire des méninges spinales? Il

(1) E. Bouchut. *Diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscope.* — Paris, 1865. 1 vol. in-8°.

est impossible de le dire. On comprend que cela puisse arriver quand on sait quel contre-coup donne au cerveau une chute sur le sacrum; mais voilà tout. J'ai vu de grandes personnes étourdies par cette chute et perdre connaissance pour être tombées en croyant s'asseoir sur une chaise qu'on venait d'enlever. Dans un cas même, j'ai vu se produire ainsi une luxation de l'atlas et de l'axis.

C'était un enfant de quatre ans, qui portait sur ses bras une petite sœur âgée de deux ans, et qui, ainsi chargée, tomba lourdement sur le sacrum. On le releva avec le cou raccourci, la tête renversée en arrière, criant beaucoup et paralysé des quatre membres. Un médecin, appelé aussitôt, fit tenir le corps, tira sur la tête, remit les choses en place. Je me demanderai toujours comment il se fit que l'enfant ne mourut pas à l'instant. Il resta paralysé pendant quelques jours, et tout revint à l'état normal.

On voit, par ces exemples, quelle force de contre-coup peut produire une lourde chute sur le siége, et cela peut faire comprendre la formation d'une déchirure des enveloppes de la moelle donnant lieu à une hémorrhagie.

Persuadé comme je l'étais qu'il n'y avait chez cette enfant qu'une hémorrhagie traumatique intra-rachidienne, je portai un pronostic favorable, et je pensai que l'enfant devait guérir assez vite après résorption du sang épanché.

J'ai prescrit des bains de barége, des frictions résolutives et stimulantes avec le baume de Fioraventi, et, pour éviter que cette paraplégie n'entraînât l'atrophie musculaire et une infirmité incurable, j'ai ordonné l'électrisation d'abord avec les courants d'induction et ensuite avec les courants continus.

Comme je le professe depuis dix ans, c'est une faute d'attendre pour commencer l'électrisation dans les paralysies de l'enfance qui ne sont pas d'origine cérébrale. Plus tôt on la commence, et mieux cela vaut pour les malades. Si j'ai guéri un assez grand nombre de paralysies, dites essentielles, c'est que je me suis trouvé à même de les électriser dès les premiers jours de l'accident, et vous trouverez ces résultats consignés dans le *Bulletin de thérapeutique* de 1872, et dans mon *Traité des maladies de l'enfance*.

DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'ÉLECTRICITÉ.

Par le docteur ALTHAUS (de Londres)
(traduction du docteur Darin).

I.

Introduction. — Le courant continu. — Batterie Leclanché modifiée par Gaiffe, Keyser, Schmidt et Beetz. — Collecteur double de Gaiffe.

Il est peu de spécialités où, durant les dix ou quinze années qui viennent de s'écouler, l'on ait vu se produire des progrès comparables à ceux qui ont eu lieu dans l'emploi médical et chirurgical des différentes formes de l'électricité et du galvanisme, en ce qui concerne le diagnostic et le traitement des maladies. Si l'on compare, par exemple, les instruments qui étaient en usage pour le diagnostic des affections thoraciques, il y a dix ou vingt ans, l'on voit que ceux employés aujourd'hui ne diffèrent pas essentiellement des anciens. Nous en dirons autant des appareils utilisés pour le traitement des maladies de la vessie et de l'urèthre. Les bougies qui se fabriquent généralement de nos jours sont les mêmes que celles dont on se servait à l'époque où nous faisions nos études; un Français ingénieux y a bien ajouté une boule, mais ce perfectionnement n'a pas modifié l'instrument d'une manière fondamentale. Les appareils lithotriteurs n'ont subi, dans ces dernières années, que de légers changements; et les pessaires de Hodge sont encore, pour ainsi dire, en usage général. Mais en ce qui concerne les appareils électriques et galvaniques médicaux, on peut affirmer qu'ils ont été, depuis peu, complétement renouvelés: en effet, parmi les instruments de ce genre qui étaient utilisés il y a quinze ans, voire même dix ans, c'est à peine s'il en est un seul qui soit employé aujourd'hui par les électro-thérapeutistes avancés de quelque pays que ce soit.

L'opinion des médecins sur la valeur thérapeutique de l'électricité et du galvanisme a également subi un changement radical durant la même période. Il est encore parmi nous, sans doute, quelques individualités éminentes et des plus honorables qui se raillent de l'emploi médical de l'électricité et ne voient à une *pareille chose* d'autre utilité que celle de procurer des honoraires à des aventuriers nécessiteux. Mais le nombre des confrères pensant de la sorte diminue d'année en année. Le corps médical prend maintenant un intérêt sérieux et décidé à l'application de l'électricité au traitement des maladies; et il ne se passe guère de semaines où le bureau du *journal*, aussi bien que les médecins que l'on sait avoir donné leur attention spéciale à ce sujet, ne reçoivent des lettres qui leur demandent quel est le meilleur appareil pour la galvanisation et la faradisation; quelle est la meilleure manière d'employer le courant dans des cas particuliers, et ainsi de suite. C'est qu'en effet la valeur réelle de l'électricité comme agent thérapeutique est aujourd'hui un fait reconnu; et que les doutes manifestés naguère, relativement à son utilité positive, principalement par ceux qui n'avaient pas étudié la question, se sont dissipés devant les progrès de la science.

Aussi, tandis que l'électricité a conquis un rang honorable et prééminent parmi les ressources des médecins, il est fort à craindre qu'elle ne tombe de nouveau en discrédit sous le coup des panégyriques absurdes que lui font des fanatiques, qui la considèrent comme le seul moyen de salut pour l'humanité souffrante. Constamment l'on entend dire à des hommes qui ne savent rien en physiologie ni en médecine, et qui sont complétement ignorants des rapports de l'électricité avec l'une et l'autre de ces sciences, que l'électricité est la vie, et que tous les états morbides du corps humain, ne reconnaissant qu'une cause unique, à savoir l'affaiblissement du pouvoir vital, sont très-heureusement traités par l'électricité, et par elle seule. Or une pareille opinion n'est pas seulement un non-sens, mais encore un non-sens dangereux. L'électricité n'est nullement la vie, pas plus que la chaleur, la lumière ou le mouvement ne sont la vie. L'électricité n'est pas même identique avec la force nerveuse, mais quelque chose de complétement différent de cette dernière. L'électricité, dans son aspect médical, est simplement un agent qui, suivant la forme sous laquelle on l'utilise et le mode suivant lequel on l'applique, peut être amené à produire des effets toniques, stimulants ou sédatifs, et qui a cette particularité de pouvoir être amené à exercer une influence puissante sur les systèmes nerveux et musculaire, sans l'intervention de l'estomac, ou même de la circulation. Dans le traitement d'un certain nombre d'affections musculaires et nerveuses, il ne saurait être remplacé par aucun des autres agents de médication dont nous pouvons disposer. Mais l'électricité est loin d'être une panacée pour toutes les maladies qui affligent l'espèce humaine; et ceux qui affichent pour elle une semblable prétention ne font que tromper les autres, et, espérons-le, eux-mêmes en même temps.

Dans l'emploi médical de l'électricité, il importe de considé-

rer et de spécifier les différentes formes sous lesquelles se révèle cet agent, et qui sont au nombre de quatre, savoir : 1° l'électricité statique ou de frottement qu'on désigne encore quelquefois sous le nom d'électricité de Franklin ; 2° le galvanisme, ou l'électricité voltaïque, qui se manifeste par le courant continu ; 3° l'électro-magnétisme ; et 4° la magnéto-électricité, les deux dernières formes prenant encore les dénominations de faradisme ou électricité faradique, et les courants qui en résultent étant dits interrompus, intermittents, ou mieux, induits. Chacune de ces quatre variétés possède des propriétés particulières qui la distingue des autres, tandis que de l'une d'elles, je veux parler du galvanisme ou courant continu, on peut, en outre, obtenir trois effets radicalement différents, selon que l'on utilise son action catalytique, son action électrolytique ou son action thermique.

L'électricité de frottement, et la magnéto-électricité, telle que la fournit l'appareil rotatoire, ont presque entièrement disparu de la pratique médicale. La première s'emploie encore parfois, en manière de marotte, par le *laudator temporis acti*, et la dernière par ceux qui sont forcés d'opérer avec des instruments peu coûteux. On a de bonnes machines magnéto-électriques au prix de 20 à 25 francs, alors que la plupart des bons appareils électro-magnétiques coûtent de 100 à 150 francs. Cependant on peut se procurer aujourd'hui d'assez bonnes machines de ce dernier genre à un prix très-modéré. Ainsi, un petit appareil d'induction au sulfate de mercure de Gaiffe se vend 27 francs, et les imitations de Gaiffe, que fabriquent MM. Zimmermann (de Londres), et avec lesquelles les machines magnéto-électriques meilleur marché ne sauraient rivaliser, coûtent encore beaucoup moins. En somme, on peut dire qu'en ceci, comme pour tous les produits manufacturés, l'article le meilleur et le plus cher est, en fin de compte, le plus économique ; cependant c'est un avantage incontestable que les fabricants aient pu abaisser leurs prix à un point qui met certains genres d'instruments électriques à la portée des membres les plus humbles de la profession.

Chacun sait, sans en excepter même les personnes qui n'ont pas donné à ce sujet une attention spéciale, que la plus grande activité mécanique et scientifique a régné, dans ces dernières années, dans la sphère du courant continu ou constant. Disons en passant que tout courant fourni par une batterie galvanique, sans l'intervention d'une bobine de fils métalliques et d'un aimant, est un courant *continu ;* mais qu'un courant *constant* est seulement cette espèce de courant continu que fournissent les batteries *constantes* de Daniell, Bunsen, Grove, Leclanché et autres. Ainsi les chaînes de Pulvermacher donnent un courant continu, mais non pas un courant constant ; tandis que les appareils de Stöhrer et de Muirhead produisent un courant constant qui, cela va sans dire, est en même temps continu.

(*A suivre.*)

EXAMEN

DE QUELQUES POINTS DE LA PHYSIOLOGIE DU CERVEAU (1)

Par le docteur E. DUPUY.

Conclusions. — L'état de la science ne permet pas de localiser en des parties définies des hémisphères cérébraux les centres des facultés sensorielles, sensitives et motrices. — Étant donnée une partie quelconque des hémisphères cérébraux, de l'un ou de l'autre côté, comme un centre de réflexion, ce centre acquiert toutes les apparences d'un centre fonctionnel. — Les symptômes des affections cérébrales sont dus soit à des actions réflexes, soit à des actions d'arrêt, actions inhibitoires. — Les deux hémisphères, quoique non actifs à un égal degré et ne remplissant pas les mêmes fonctions, sont identiques physiologiquement, et celui qui est ordinairement actif pour les manifestations des fonctions organiques seulement, par exemple, peut acquérir toutes les facultés que l'autre aura perdues ou bien arrêter ces manifations de ces facultés.

(1) In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 mars 1875. — Présidence de M. WOILLEZ.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

DISCUSSION

Traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids. — M. FÉRÉOL communique un troisième cas de rhumatisme cérébral traité avec succès par les bains froids. Il s'agit du malade auquel M. Raynaud a fait allusion dans sa dernière communication. Voici le résumé de cette observation qui n'offre pas moins d'intérêt que les deux premières.

Un homme de trente-quatre ans, ouvrier typographe, très-rangé, nullement alcoolique, est pris, à la suite de travaux excessifs, d'une première attaque de rhumatisme articulaire aigu qui doit être attribuée plutôt au *surmenage* qu'à un refroidissement. Vomitifs au début, sulfate de quinine et colchique. Cinq jours après, délire, agitation, dyspnée ; en même temps disparition des douleurs articulaires. Purgatifs, sinapismes qui ne procurent aucun résultat. L'atonie se prononce de plus en plus ; la température monte à 40 degrés, sangsues, calomel à doses fractionnées, bromure de potassium (6 grammes), sans succès. La température monte à 41 degrés ; vésicatoires sur le cuir chevelu, infusion de digitale. Un peu plus de calme, aspect typhique avec stupeur et subdélire continu ; insomnie, agitation fibrillaire des muscles, soubresauts des tendons, langue sèche, etc.

MM. Raynaud et Besnier, appelés, à ce moment, en consultation devant l'état d'adynamie et l'absence d'agitation, ne sont pas d'avis de tenter les bains froids, bien que la température soit très-élevée. Mais le soir même l'agitation augmente, et bien que la température ait baissé de 3 dixièmes, on se décide à recourir à cette médication comme étant la seule ressource.

Alors, dit M. Féréol, commence une lutte qui va durer une semaine entière et pendant laquelle, grâce au dévouement absolu de deux externes, MM. Paul Rey et Bougrand, le malade est resté constamment en observation, le thermomètre en quelque sorte à poste fixe sous l'aisselle. Aussitôt que la température montait à 39° 5, le malade était plongé dans un bain froid.

Du 25 février au 3 mars, seize bains sont donnés à une température qui varie entre 21 et 25 degrés ; la durée de chaque bain est en moyenne de vingt minutes. Chaque fois, le malade réchauffe l'eau de son bain de 1 à 2 degrés, et à la sortie du bain sa température axillaire tombe à 36 degrés. Le frisson apparaît en général après dix ou quinze minutes, persiste, après le bain, pendant une heure ou une heure et demie et cesse dès que la température axillaire dépasse 37 degrés. Très-légère amélioration, le délire continue, mais moins violent et réduit aux proportions d'une aliénation mentale, avec très-peu d'agitation maniaque. Sous l'influence de ces bains froids répétés, il se produit une roideur tétanique de tout le corps, avec tremblement et soubresauts tendineux presque constants. Alimentation, potion de Tood, bromure de potassium (4 à 8 grammes).

Bien que l'état du malade ne s'améliore pas sensiblement, cependant on constate quelques phénomènes de bon augure. La connaissance lui revient de temps à autres ; il répond à quelques questions qu'on lui fait. Bientôt on peut laisser entre deux bains des intervalles de douze et même de quinze heures, le sommeil revient, le délire finit par disparaître, et le malade mange volontiers quelques aliments solides.

A ce moment, au cinquième jour de l'application des bains froids, au onzième bain, bien que l'état général fût encore assez grave, on pouvait en quelque sorte considérer la partie comme gagnée ; cepen-

dant on convint de continuer les bains, tant que la température dépasserait 38°5. On n'y gagna rien. En outre le malade se mit à tousser et présenta bientôt des signes de bronchite, et même d'un léger épanchement pleurétique à droite; dès lors les bains furent supprimés. Ventouses sèches, vésicatoires sur la poitrine. Les symptômes thoraciques ne prennent pas de gravité, la température baisse lentement et reste aux environs de 38 degrés, le pouls tombe à 96 pulsations. En même temps que les phénomènes thoraciques se manifestaient, la miliaire reparaissait ainsi que les douleurs articulaires. Le cœur n'a jamais présenté de signes de lésion. Aujourd'hui le malade peut être considéré comme en complète convalescence et comme guéri de son rhumatisme cérébral.

M. Féréol apprécie ensuite si la guérison, dans ce cas, est bien réellement due à la médication, ou si elle n'est que le résultat de la marche naturelle de la maladie.

Tout d'abord les bains froids n'ont été tentés qu'après que le traitement par tous les autres moyens a été bien et dûment convaincu d'inefficacité. Ensuite ils ont été donnés au dernier moment, attendre plus longtemps eût été imprudent. Toutefois il est impossible d'affirmer que ce cas laissé à lui-même ne se serait pas spontanément terminé par la guérison. M. Féréol en a vu un exemple l'année dernière chez un alcoolique. Mais le pronostic à porter en pareil cas est extrêmement difficile; en effet, peu de temps après avoir observé ce cas de guérison, l'année dernière, il observa un cas analogue chez un autre alcoolique, qui même présenta ceci de particulier que les douleurs articulaires avaient persisté dans toute leur intensité après l'apparition de délire et qui se termina brusquement par la mort. Pendant la nuit, la température s'était élevée de 40 à 42 degrés, l'agitation avait beaucoup augmenté, et le malade avait été foudroyé en quelques heures. Aucun signe jusqu'à présent ne peut avertir qu'entre ces deux routes qui s'ouvrent devant un rhumatisme cérébral à forme lente, le malade prendra la bonne.

M. Féréol pense donc qu'il était indiqué, chez son malade, de recourir aux bains froids lorsqu'au calme somnolent a brusquement succédé une vive agitation, bien que le thermomètre accusât une descente de 3/10 de degré. D'ailleurs il est à présumer qu'après cette descente momentanée, serait survenue une nouvelle élévation. En outre, l'ascension thermométrique ne précède pas toujours les symptômes cérébraux; il est des cas, au contraire, où l'agitation et le délire précèdent de longtemps les hautes températures.

M. Féréol croit devoir tenir compte aussi du rôle qu'ont joué dans ce traitement le cognac et le bromure de potassium. Le cognac, suivant lui, a agi comme tonique, comme excitant, et le bromure de potassium, en sa qualité de sédatif de la circulation et du système nerveux, a dû surtout exercer son action sur les phénomènes d'excitation bulbo-spinale, qui ont pris peu à peu une part considérable dans le complexus morbide. Toutefois le bromure de potassium n'a été administré que trois jours après la première application de l'hydrothérapie. Il est impossible de ne pas attribuer à cette dernière une très-large part dans les résultats obtenus. M. Féréol a calculé que son malade n'a pas perdu moins de 3,200 calories pendant son traitement. Un pareil résultat n'a certainement pas été sans influence sur l'heureuse terminaison d'une maladie où l'hyperthermie joue un rôle si considérable. Toutefois il ne pense pas que cette hyperthermie puisse être considérée comme le principe et la cause prochaine du délire et de la léthalité; dans le rhumatisme cérébral, suivant lui, les hautes températures et le délire lui-même ne sont que les effets d'une cause générale qui nous échappe et sur laquelle nous n'avons aucune prise. Nous avons très-peu d'action sur les accidents cérébraux eux-mêmes, mais nous avons, dans les bains froids, dit M. Féréol, un moyen d'action puissante sur la température que nous serions inexcusables de ne pas mettre à profit. Par ce moyen, on supprime tout au moins les effets secondaires de l'hyperthermie, on réduit la maladie à sa plus simple expression et l'on gagne du temps.

La réfrigération donnerait-elle d'aussi bons résultats dans les cas foudroyants où, en quelques heures, la température monte à 41, 42 degrés? M. Féréol en doute un peu, mais il se promet de s'en assurer à la première occasion.

L'observation présentée par M. Féréol contient encore cet enseignement, qu'il est inutile et qu'il peut être dangereux de poursuivre la réfrigération jusqu'à ce que la température soit revenue à la normale de 37 degrés. Il paraît disposé à rattacher à la continuation intempestive des bains froids la complication pulmonaire qu'il a constatée chez son malade; c'est pourquoi il conseille de cesser la réfrigération aussitôt que le délire a disparu, sans attendre que la température soit revenue à la normale.

En résumé, voilà la troisième fois en France qu'un rhumatisme cérébral de la plus haute gravité guérit sous l'influence des bains froids. C'est à M. Raynaud que revient l'honneur d'avoir introduit en France ce mode de traitement déjà expérimenté avec succès par les Anglais. Les essais sont des plus encourageants.

En terminant, M. Féréol insiste sur l'importance des soins constants et intelligents qu'exige ce mode de traitement. La vie du malade est à ce prix. Aussi M. Féréol attribue-t-il une large part du succès dont il vient de parler aux deux externes qui ont montré un si grand dévouement dans cette circonstance.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ pense qu'avant d'établir des règles précises sur le traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids, il est nécessaire de s'entendre sur ce que l'on est convenu d'appeler le rhumatisme cérébral. Cette dénomination, proposée pour la première fois en 1843 par M. Hervez de Chégoin, répond à plusieurs états morbides qu'il est important de distinguer.

Si l'on jette un coup d'œil sur les accidents cérébraux qui peuvent apparaître dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, on voit que ces accidents peuvent être rattachés à quatre groupes qu'il caractériserait de la façon suivante : 1° la folie rhumatismale; 2° l'apoplexie rhumatismale; 3° la méningite rhumatismale; 4° la névrose rhumatismale. Passant en revue chacun de ces groupes, M. Dujardin-Beaumetz fait observer que les bains froids ne sont applicables ni au premier, ni au deuxième, ni au troisième. Reste le quatrième groupe désigné par Trousseau sous le nom de névrose rhumatismale, que Wunderlich appelle maladie rhumatoïde à forme nerveuse, et qui se complique habituellement de phénomènes délirants. Cependant ces phénomènes peuvent être très-peu marqués et même faire complétement défaut. C'est dans cette forme que la température atteint 42, 43 et même 44 degrés sans qu'à l'autopsie on découvre aucune lésion cérébrale apparente, M. Dujardin-Beaumetz a eu l'occasion d'en observer un exemple intéressant chez une jeune fille de treize ans qui, dans le cours d'un rhumatisme articulaire, vit tout à coup disparaître les douleurs articulaires, et cependant la température et le pouls se maintinrent pendant trois jours aux chiffres de 160 pulsations et de 41 degrés, avec un délire à peine appréciable. On ne constatait rien du côté du cœur. Ces accidents cessèrent; au même moment reparut le rhumatisme articulaire, et un mois après, cette jeune fille était complétement guérie.

En Angleterre, actuellement, les médecins, en particulier M. Steward Lockie, n'envisagent, surtout au point de vue du traitement par l'eau froide, que les phénomènes qu'ils désignent sous le nom d'hyperpyrexie, c'est-à-dire les phénomènes qui sont dus uniquement à l'élévation de température. C'est sur cette dernière qu'ils se guident pour l'administration des bains; aussitôt que la température atteint 41 degrés, ils ont recours à l'enveloppement dans les linges mouillés dont ils abaissent la température par la glace, et cela jusqu'au retour de la température normale, 37,5. Quelle que soit l'intensité du délire, ils n'ont recours à l'eau froide que lorsque la température s'élève dans ces proportions, ayant remarqué, d'après Marchison, que tous les rhumatismes dans lesquels la température s'élevait au-dessus de 41 degrés, étaient d'une gravité exceptionnelle. Ce n'est donc pas, pour M. Dujardin-Beaumetz, qui adopte ces idées, au rhumatisme cérébral que s'adresse la médication réfrigérante, mais uniquement à l'élévation de la température. Le phénomène délire n'est pour lui qu'un phénomène secondaire, c'est l'élévation de température qui seule commande la conduite à suivre.

M. GUYOT, tout en reconnaissant l'intérêt des observations présentées par MM. Raynaud, Blachez et Féréol, au sujet du traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids, déclare qu'il attendra encore un grand nombre d'observations semblables avant de recourir à une médication aussi rigoureuse, pénible pour les malades, non exempte de dangers et souvent inutile. M. Guyot a eu récemment l'occasion d'observer un cas très-grave de rhumatisme cérébral com-

pliqué d'endo-péricardite, de parotidite et de pleurésie qui s'est terminé spontanément par la guérison.

M. FÉRÉOL croit que l'indication principale de la médication réfrigérante est l'hyperthermie, mais il ne pense pas, comme M. Dujardin-Beaumetz, que ce soit la seule indication dans le rhumatisme cérébral. Il faut tenir compte aussi du délire qui précède souvent les hautes températures. En outre, M. Féréol n'est pas d'avis de borner les indications des bains froids à la seule forme nerveuse dont a parlé M. Beaumetz. D'ailleurs la classification admise par M. Beaumetz ne répond pas absolument, suivant M. Féréol, à l'observation clinique.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait observer que les lésions de la méningite et de l'hémorrhagie cérébrale ont été constatées dans des cas de rhumatisme cérébral. Il en appelle aux travaux qui ont été publiés sur ce sujet, en particulier à la thèse de M. Ball; or il croit que l'existence de ces lésions, si elles pouvaient être diagnostiquées, serait une contre-indication formelle du traitement par les bains froids.

M. DUMONTPALLIER voit un certain danger à la publication de ces faits émanant de la société médicale. Il craint qu'on donne ainsi une trop grande importance à un mode de traitement douteux, suivant lui, dans son efficacité et pouvant devenir très-dangereux pour les malades entre les mains de médecins inexpérimentés.

PRÉSENTATION DE MALADES

Traitement du cancroïde de la face par l'application locale de chlorate de potasse. — M. VIDAL présente un malade guéri d'un cancroïde de l'angle interne de l'œil par les applications répétées d'une solution concentrée de chlorate de potasse.

M. FÉRÉOL fait observer que ce moyen ne réussit que contre les cancroïdes cutanés, mais qu'il est inefficace contre les cancroïdes labiaux par exemple.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Calculs hépatiques. — M. LABOULBÈNE présente des calculs en forme de branches de corail, trouvés dans la vésicule biliaire d'un malade qui, pendant la vie, n'avait pas présenté de symptômes du côté du foie, et qui a succombé à une affection mitrale.

M. DESNOS dit en avoir trouvé de semblables dans la vésicule biliaire, mais moins volumineux.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 janvier 1875. — Présidence de M. GALLARD (1).

DISCUSSION

M. LUNIER. Il est regrettable qu'on ne puisse pas immédiatement porter sur la paralysie chez le nouveau-né un pronostic favorable et certain et dire aux parents que la maladie disparaîtra en peu de temps.

M. POLAILLON. Il est possible d'annoncer avec certitude le peu de durée de la maladie quand l'enfant est généralement bien portant, quand son volume est considérable et peu en rapport avec la taille de la mère. Un élément de diagnostic favorable est aussi l'égalité parfaite entre le membre paralysé et celui qui ne l'est pas; dans le cas actuel cette égalité existait.

M. LUNIER. On pourrait joindre, aux symptômes favorables, bonne santé, grosseur, égalité des membres, un autre symptôme : la limitation de la paralysie, qui ne s'étend qu'à un membre, et souvent à une partie de ce membre.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la chorée mortelle.

M. PETER. J'ai fait l'autopsie de la jeune fille morte dans mon service à la suite d'une chorée très-grave, et de laquelle j'ai déjà entretenu la société. Cette malade a succombé sous l'influence de lésions cardiaques.

(1) Suite. — Voir le numéro du 9 mars.

J'ai soumis la moelle et le bulbe à l'examen de M. Vulpian; je ne sais ce que révélera l'examen au microscope, mais à l'œil nu je déclare n'avoir trouvé aucune apparence de lésion.

COMMUNICATION

M. GILLETTE présente différentes remarques sur deux cas chirurgicaux :

Syndactylie de cause traumatique. — Le premier fait a été observé dans le service de M. Labbé : le malade est un ouvrier qui, il y a quelques mois, eut la main gauche écrasée sous un pilon de droguiste.

A son entrée à l'hôpital, les désordres étaient considérables, le médius et l'index étaient presque arrachés et les deux dernières phalanges de ces doigts complétement séparées.

On régularisa la plaie, et après un traitement assez long, retardé par un phlegmon diffus, le malade guérit. Mais les restes du médius et de l'index s'étaient soudés, et le malade se trouvait dans l'impossibilité de former avec ces doigts une opposition au pouce. Il y avait suppléé en se servant de l'annulaire, dont, par l'usage et sous l'influence de fortes contractions, la dernière phalange s'était même légèrement luxée, pour former plus facilement avec le pouce une pince résistante.

Les doigts étant trop rapprochés, pour qu'on puisse faire passer à leur commissure un trocart suivi d'un tube en plomb, M. Labbé sépara simplement les deux doigts par une incision, et comme les deux lambeaux laissés à chaque doigt étaient trop courts et trop peu mobiles pour être affrontés, on interposa seulement un bourdonnet de charpie au fond de la commissure, et l'on fit le pansement. Il est à craindre que la syndactylie ne se reproduise. On eût pu employer la méthode de Zeller ou plutôt de Krimer, qui consiste à tailler un lambeau dorsal triangulaire, dont la base se trouve au niveau de la tête des métacarpiens, et le sommet entre les deux doigts soudés, séparer ensuite les deux doigts et rabattre le lambeau pour matelasser la commissure; ou bien encore tailler, comme dans la méthode de Morel-Lavallée, un dorsal pareil au précédent et un autre palmaire semblable au lambeau dorsal (les deux réunis par le sommet); de cette façon, on évite la chance mauvaise d'une rétraction trop grande du premier lambeau, et la commissure se trouve toujours sauvegardée.

A ces différents procédés, j'en préférerais un autre qui eût pu être mis en pratique dans le cas actuel. Il a été appliqué par Nélaton et Didot, de Liége, à la syndactylie congénitale et se trouve du reste dans Sédillot : on divise la peau en lambeau rectangulaire adhérent à la face dorsale de l'un des doigts, puis on décrit un autre palmaire adhérent à l'autre doigt; on sépare les deux lambeaux tégumentaires ainsi produits et on les rabat sur la face cruentée du doigt auquel ils adhèrent; on fixe chacun d'eux par des points de suture ou des bandelettes agglutinatives; ce procédé me semble préférable à celui de Zeller. Dans cette opération, il est bon d'augmenter les chances de réussite en se servant de la greffe épidermique, comme je l'ai fait chez un de mes malades, qui en a retiré grand bénéfice.

DISCUSSION

M. DE SAINT-GERMAIN. Je suis tout à fait de l'avis de M. Gillette sur la difficulté qu'il y a à maintenir séparés les doigts unis soit par un tissu normal, soit par un tissu cicatriciel; j'ai fait plusieurs opérations de ce genre pour des syndactylies congénitales, et une fois pour une syndactylie suite de brûlure, et je crois que le procédé préconisé par M. Gillette est destiné à avoir plus de succès que celui qui consiste à tailler les deux lambeaux sur le même doigt, de manière à recouvrir très-bien, trop bien même, un des doigts en laissant l'autre tout à fait dépouillé. Il y a aussi une importance extrême à assurer la commissure, on y arrive en faisant passer à travers un tube à drainage, qu'on laisse en place jusqu'à la presque cicatrisation; on le remplace par un fil de fer qui sert d'écraseur et termine la séparation des deux doigts. On sait que les plaies faites par l'écraseur se cicatrisent difficilement et lentement; on arriverait ainsi à empêcher le retour de la syndactylie. C'est ainsi et par analogie que, dans l'opération de la fistule à l'anus, j'ai souvent vu la plaie faite par

l'écraseur se cicatriser assez lentement, pour qu'on n'ait pas besoin d'introduire de mèche dans le rectum.

M. GILLETTE. Je doute que le premier procédé indiqué par M. de Saint-Germain soit applicable aux syndactylies traumatiques.

M. DE SAINT-GERMAIN. Je crois, en effet, que, dans ce cas, les doigts se trouvent trop dépouillés et recouverts seulement de tissu cicatriciel.

M. LUNIER. La choix fait par M. Labbé de la séparation simple peut être attribué au trop mauvais état des doigts.

M. GILLETTE. Je crains que M. Lunier ne se méprenne sur l'état de la plaie cicatrisée; il y avait sur les doigts une assez grande quantité de tissus sains. M. Labbé a plutôt redouté une dénudation des tendons des faces palmaire et dorsale.

M. ABADIE. Je demande si, dans la syndactylie, on ne pourrait pas employer la ligature avec un fil élastique après l'ouverture faite à la commissure avec le trocart.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les cours du semestre d'été ont commencé lundi 15 mars. Voici le programme de ces cours.

Histoire naturelle médicale. — M. Baillon. Lundi, mercredi; vendredi à onze heures. (3e partie du programme.)

Physiologie. — M. Béclard. Lundi, mercredi, vendredi, à midi. — Fonctions du foie, des reins et de la peau.

Pharmacologie. — M. Regnauld. Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures. Généralités sur l'ensemble de la pharmacologie.

Pathologie expérimentale et comparée. — M. Vulpian. Mardi, jeudi, samedi, à deux heures. Études de pathologie expérimentale sur les substances toxiques.

Hygiène. — M. Bouchardat. Mardi, jeudi, samedi, à 11 heures. — Modificateurs du système nerveux. Régime, sol, air, lumière, chaleur, misère, famine, hygiène générale.

Thérapeutique et matière médicale. — M. Gubler. Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures. Traitement des dyspepsies, des anémies, des névroses, des diabètes, de la goutte; causes d'amaigrissement et d'engraissement.

Accouchements. — M. Pajot. Mardi, jeudi, samedi, à midi. — Gestation et parturition naturelles, accouchements dangereux et opération qu'ils nécessitent.

Médecine légale. — M. G. Bergeron, suppléant. M. Tardieu. Lundi mercredi, vendredi, à quatre heures. — Avortement, attentat aux mœurs; de la mort violente par suffocation, strangulation, pendaison et submersion.

— *Concours d'agrégation.* — La première épreuve, la discussion des thèses, a commencé hier lundi 15 mars dernier, et sera continuée jusqu'au 26 mars.

— *Corps de santé militaire.* — Par décret en date du 25 février, ont été promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Dufour.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Dauvé.

— M. le professeur Pajot commencera son cours le mardi 18 mars, à midi.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pathologie et Clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire de bandages et d'embaumement, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, A. Delahaye.

Clinique chirurgicale de l'hôtel-Dieu de Lyon, par A. D. VALETTE, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Lyon. — Paris, 1875, 1 vol. in-8° de XI I-720 pages avec figures intercalées dans le texte. Prix : 12 francs. — J. B. Baillière et fils.

Traité des opérations d'urgence, par Louis THOMAS, professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Tours, précédé d'une introduction et revu par le professeur VERNEUIL. Ouvrage accompagné de 62 figures dont 19 coloriées. — 1 vol. in-12. Prix : 7 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité des injections sous-cutanées à effet local, méthode de traitement, applicable aux névralgies, aux points douloureux au goître, aux tumeurs, etc., par le docteur A. LUTON, professeur de pathologie externe à l'école de médecine de Reims. — Paris, 1875, 1 vol. in-8° de VIII-380 pages. Prix 6 francs.— J. B. Baillière et fils.

De la nostalgie, par le docteur Aug. HASPEL, ex-médecin en chef des hôpitaux de Toulon et de Strasbourg.— In-4° de 168 pages. Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

De l'action physiologique et thérapeutique de l'alcool, par le docteur FALIN, membre correspondant de la société de médecine d'Anvers. — Paris, 1874, in-8° de 134 pages. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, 7, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

N° 32. — JEUDI 18 MARS 1875. 48e ANNÉE. JEUDI 18 MARS 1875. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a sursis, dans cette séance, à la discussion sur la fermentation pour laisser la parole aux candidats aux diverses places vacantes et aux personnes inscrites depuis plus ou moins longtemps pour des lectures. C'est ainsi qu'elle a entendu successivement : une lecture de M. Hillairet sur un point d'hygiène qui est plus que jamais aujourd'hui d'un intérêt national, la construction et l'aménagement des casernes et des campements; une lecture de M. Després sur un point de pathologie générale chirurgicale qui se rattache aux grandes questions aujourd'hui à l'étude, les siéges différents des abcès métastatiques dans l'infection purulente, suivant les dispositions diathésiques et les antécédents morbides ; un rapport de M. Giraldès sur un cas d'oblitération du vagin pour une incontinence d'urine, sur lequel nous ne pouvons donner aucun détail, le rapport n'ayant point été mis sous nos yeux; une courte lecture de M. Boucaumont sur un sujet intéressant de médecine thermale, la détermination du rôle de la lithine récemment découverte dans les eaux minérales d'Auvergne et plus particulièrement dans la source de Royat; une communication de M. Depaul sur un monstre péracéphalien; enfin une lecture de M. Onimus sur la génération spontanée, qui aurait infailliblement ramené la discussion si le président n'avait sagement arrêté M. Pasteur dans son élan, le règlement de l'Académie s'opposant à ce qu'on engage une discussion sur un travail lu par une personne étrangère à l'Académie et qui n'aurait pas le droit d'y prendre part. Afin de réserver tous les droits, le travail de M. Onimus a été renvoyé à l'examen d'une commission dont M. Pasteur fait partie, et le président a levé la séance.

Mais le petit nombre de membres de l'Académie et d'assistants qui n'avaient pas pris ce congé au pied de la lettre n'y ont rien perdu.

La séance officielle close, une séance privée l'a continuée. Une fois les paroles sacramentelles «La séance est levée», tombées du haut du bureau, une dissussion s'est élevée en présence des membres restants, entre M. Pasteur et M. Onimus, à laquelle ont pris part également M. Colin et M. Gayon, discussion d'autant plus intéressante pour la petite galerie, qu'elle était plus familière et moins tenue aux égards parlementaires. Ce qui aura pu en rester dans notre mémoire ne sera pas perdu pour l'appréciation que nous aurons à faire de l'ensemble de cette discussion.

Dr Brochin.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac

De la balano-posthite et du phimosis symptomatiques des chancres infectants (1).

(Leçons recueillies par M. Chevalier, interne du service.)

XIII

Pour terminer l'histoire des balano-posthites et des phimosis d'origine syphilitique, il me reste à vous dire quelques mots des particularités que présentent ces accidents lorsqu'ils compliquent les plaques muqueuses du gland et du prépuce.

Leur pathogénie ne diffère pas de celle des autres espèces. Parmi leurs causes, il faut noter en premier lieu la confluence des plaques muqueuses et leur caractère inflammatoire. Mais le processus irritatif que ces lésions portent en elles-mêmes ou irradient à leur périphérie, est en général fort modéré; et il serait insuffisant pour provoquer la balano-posthite et le phimosis, si d'autres causes accessoires, telles que les excitations locales, la malpropreté, la stagnation des produits morbides dans la cavité glando-préputiale ne le surexcitaient jusqu'à l'inflammation.

Le stimulus de l'inflammation réagit à son tour sur la vitalité des plaques muqueuses, qui s'hypertrophient, deviennent un peu végétantes et se recouvrent quelquefois d'une sorte d'exsudation couenneuse ou plastique.

D'autres fois, l'hyperplasie est plus accentuée : la base de ces productions morbides peut s'indurer, et cette induration secondaire est apte à subir les mêmes phases de régression que l'induration de l'accident primitif, c'est-à-dire qu'elle se résoudra sans ulcération ou bien deviendra successivement érosive, ulcéreuse et même gangréneuse.

Vous voyez d'après cela, messieurs, qu'il doit exister une grand analogie entre les balano-posthites et les phimosis de l'accident primitif et des plaques muqueuses. Cette analogie est si grande, qu'on ne trouve pas toujours dans les phénomènes locaux les éléments du diagnostic. Il est un signe pourtant que je dois vous signaler : la sécrétion des plaques muqueuses, qui est séreuse ou séro-purulente, comme celle du

(1) Fin. — Voir les numéros des 26-29 décembre 1874, 7, 28 janvier, 4, 11 et 23 février 1875.

chancre infectant, exhale une odeur très-désagréable, *sui generis*, qu'on ne perçoit jamais dans l'accident primitif. Si ce signe faisait défaut, on aurait la coïncidence de la balano-posthite et du phimosis avec des plaques muqueuses siégeant sur d'autres régions, sur les bourses, à l'anus et sur la bouche, etc.; on aurait aussi l'existence d'une syphilide cutanée et d'autres accidents consécutifs, etc., qui ne laisseraient aucun doute sur la date et sur la nature syphilitique de l'affection.

XIV

Je ne m'étendrai pas longuement sur le pronostic. Qu'il me suffise de vous dire que le pronostic général qui est nul dans la balano-posthite des chancres simples, est ici extrêmement sérieux, puisque l'intoxication syphilitique ne manque jamais de se manifester par des troubles ou des lésions plus ou moins graves après les chancres infectants, qu'ils soient ou non compliqués.

Mais, au point de vue du pronostic local, la balano-posthite et le phimosis syphilitiques sont certainement moins dangereux que la balano-posthite et le phimosis du chancre simple. D'abord ils exposent moins au phlegmon et à la gangrène du prépuce, du fourreau et du gland. Puis ils ne s'inoculent pas, et la succession interminable des ulcères spécifiques n'est point à craindre. Enfin l'ulcération de l'hyperplasie chancreuse, quand elle a lieu, détruit beaucoup plus le produit morbide lui-même que les tissus sains, tandis que l'ulcération chancroïdale les attaque, les ronge et ne se guérit qu'au prix d'une cicatrice.

XV

Il en résulte, messieurs, que le traitement de ces accidents est plus simple quand ils ont une origine syphilitique, que quand ils proviennent du chancroïde. Autant je vous ai recommandé pour les seconds une intervention énergique et prompte, autant je vous conseillerai l'expectation et l'abstention dans les premiers.

Le traitement doit donc être simplement palliatif. Combattez, par une médication antiphlogistique locale, les phénomènes inflammatoires balano-préputiaux, s'ils prennent une intensité insolite, c'est-à-dire donnez fréquemment des bains, faites entourer les parties malades de cataplasmes de farine de lin ou de fécule et ordonnez de fréquentes injections émollientes entre le gland et le prépuce. Plus tard, quand il y aura moins d'éréthisme vasculaire, vous les remplacerez par des injections substitutives légères, telles qu'une solution de nitrate d'argent au cinquantième par exemple. Je ne suis pas partisan des cautérisations violentes, quand il s'agit de chancres infectants; il m'a toujours semblé qu'elles ne hâtaient nullement la guérison; de plus, il arrive quelquefois que, sous leur influence, le processus qui, sans elles, aurait été irritatif, devient tout à coup rapidement ulcéreux ou même gangréneux. J'abandonne donc les chancres à eux-mêmes; ils guérissent spontanément. Je me contente de les faire passer avec une pommade au calomel. Je prescris, en outre, quand leur nature syphilitique n'est pas douteuse, le traitement hydrargyrique qui m'a paru, dans beaucoup de cas, faciliter et abréger singulièrement leur résolution.

L'intervention avec l'instrument tranchant n'est que rarement indiquée, et seulement dans le cas de complications phlegmoneuses ou gangréneuses. Les phimosis syphilitiques guérissent très-bien tout seuls à la longue, ce qui tient à ce que les chancres infectants du limbe ne s'ulcèrent pas profondément et laissent, après leur résolution, l'orifice dans l'état où il se trouvait auparavant.

Il arrive quelquefois que le prépuce augmente de longueur et d'épaisseur, sous l'influence hyperplasique et hypertrophiante de certains chancres balano-préputiaux. Il faut alors l'amputer. Vous pourrez faire cette opération à toutes les périodes de l'affection, sans craindre l'inoculation des lèvres de la plaie; mais il vaut mieux attendre que les phénomènes d'irritation se soient calmés.

Quand on circoncit un prépuce qui a été pendant longtemps le siége de chancres indurés volumineux, on trouve que la peau et la muqueuse sont épaissies et que le tissu cellulaire infiltré de matières plastiques est comme lardacé. Il est à craindre alors que les artérioles, augmentées, elles aussi, de calibre, ne donnent beaucoup de sang et ne soient difficiles à lier ou à tordre. L'opération est un peu moins simple que dans les cas ordinaires, et la réunion de la peau et des muqueuses avec des serres-fines présente quelques difficultés. Mais la cicatrisation se fait aussi bien que dans l'état normal; il semble même que la puissance de plasticité soit accrue.

Le malade dont je vous ai parlé plus haut, chez lequel j'ai fait l'opération du phimosis pour remédier à la large perforation du prépuce, est en très-bonne voie de guérison, bien que la muqueuse préputiale soit couverte d'érosions chancreuses syphilitiques. Je n'ai eu besoin de faire aucun pansement spécial, de recourir à aucune cautérisation substitutive ou destructive.

Vous voyez donc, messieurs, que sous le rapport du traitement comme sous beaucoup d'autres, les balano-posthites et les phimosis d'origine syphilitiques diffèrent profondément des balano-posthites et des phimosis symptomatiques du chancre simple.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Epidémie de rougeole.

Par le docteur Prunac (de Mèze),
Ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Après l'épidémie de rougeole qui a régné à Montpellier dans les premiers mois de l'année 1874, la maladie gagnant de proche en proche les localités voisines, atteignit bientôt la commune de Gigean (2,500 habitants environ), où elle sévit avec assez d'intensité; d'après les renseignements fournis par notre confrère et ami M. le docteur Mestre, près de 200 cas furent observés. Ils furent à peu près tous remarquables par leur peu de gravité.

A Mèze, nous observions un premier cas de rougeole en avril. Elle nous était importée de Montpellier par une jeune pensionnaire qui sortait d'un couvent où la rougeole avait déjà atteint une trentaine d'élèves environ. La semaine suivante, nous constations un second cas. Nos craintes, légitimes du reste, de voir l'affection prendre le caractère épidémique ne furent pourtant pas justifiées. Les mois de mai et de juin s'écoulèrent, en effet, sans que nous eussions à observer de nouveaux cas.

C'est seulement en juillet que débuta l'épidémie, pour disparaître fin septembre, présentant, dans ces trois mois d'intervalle, des alternatives d'augment et de décroissance. Telles furent l'origine et la marche de la rougeole. Si l'on en juge par les cas nombreux observés, les décès, les complications multiples et graves survenues chez la plupart des malades, on est en droit d'affirmer qu'elle n'a pas été sans gravité.

Le nombre des malades atteints de rougeole que nous avons traités pour notre part oscille entre 210 et 230. En ajoutant à ce chiffre les cas observés par nos confrères et ceux qui ont guéri sans traitement, nous arrivons à un total de 500 cas au moins ; au point de vue de l'âge, elle n'a à peu près exclusivement frappé que les enfants ; un seul adulte en a été affecté.

Rare au-dessous d'un an, son maximum de fréquence a été noté entre deux et six ans.

Les manifestations morbilleuses des organes respiratoires ont été souvent observées, bornées généralement à la bronchite simple, elles ont pris, dans plusieurs cas, la forme de *broncho-pneumonie* et de *bronchite capillaire*. A la première se rattachent 6 décès, et 3 à la seconde, dont 2 à marche très-rapide, la mort étant survenue seize à vingt-quatre heures après le début des symptômes thoraciques.

Ajoutons que, dans 6 autres cas de broncho-pneumonie morbilleuse grave, la guérison a pu être obtenue, grâce à une médication énergique.

Chez l'un des deux enfants qui succombèrent à cette redoutable complication, la répercussion de l'exanthème avait coïncidé avec l'apparition du catarrhe suffocant.

L'*entérite* a été constante chez la plupart. Le plus souvent modérée et sans gravité, elle prit, dans 3 cas seulement, les allures d'un vrai choléra infantile, suivi de mort en un ou deux jours.

Les manifestations de la rougeole du côté des muqueuses, du pharynx et du larynx ont été notées graves dans 2 cas, suivis pourtant de guérison.

La *diphthérite laryngée*, à laquelle se rattachent 2 décès, est survenue chez deux convalescents. Chez le premier, la durée de l'affection a été d'environ sept jours.

L'*éclampsie* a précédé, dans trois cas, le début de l'exanthème. Elle n'a cessé qu'avec l'éruption définitive et complète des tâches rubéoliques.

Nous avons vu, dans un autre cas, la *scarlatine* compliquer la rougeole. Ces deux affections ont marché simultanément. Les symptômes de la première (angine, desquamation en plaques, etc.) ont été d'une intensité considérable; ceux de la seconde (bronchite, coryza, desquamation en écailles minces et furfuracées) ont été à peu près insignifiants. La scarlatine fut suivie d'anasarque sans albumine; la guérison ne se fit pas longtemps attendre.

Chez un enfant de huit mois, vacciné depuis sept jours, la *vaccine* fut suivie au huitième jour d'une *éruption-vaccinale* des plus confluentes, accompagnée à son tour de tous les symptômes de la *rougeole* (fièvre, bronchite, éruption, coryza, etc.).

Mentionnons un cas de *rougeole hémorrhagique* (épistaxis, hémoptysie compliquée de rétention d'urine), suivie de guérison.

Les complications de la période de desquamation ne sont pas rares.

Deux enfants ont été atteints, à cette période, d'*anasarque* sans traces d'albumine. Chez un autre, anasarque avec *ascite*, terminaison favorable, du reste, dans les trois cas.

Chez quatre enfants convalescents de la rougeole, et présentant des symptômes non douteux de l'*affection vermineuse* (facies terreux, assoupissement, dilatation inégale des pupilles, etc), nous avons retrouvé dans les selles la présence de plusieurs *ascarides lombricoïdes*.

Nous avons noté, dans deux cas, des éruptions successives *d'abcès et de furoncles*, siégeant aux membres et à la face. Chez un autre malade, il se forma dans la région péri-anale un *vaste et volumineux abcès*, ayant décollé le rectum dans une étendue de 3 centimètres environ, au-dessus du sphincter de l'anus. Nous pratiquâmes d'abord l'incision de l'abcès, suivie à quelques jours d'intervalle de l'opération de la fistule anale.

Les cas de *blépharite ciliaire* consécutive à la rougeole ne sont pas rares. Nous eûmes l'occasion de l'observer chez six malades, elle fut rebelle le plus souvent. Dans deux cas, remarquables par leur intensité, elle amena la chute presque complète des cils, malgré le traitement rationnel mis en usage dans les affections de cette nature.

Nous ferons aussi mention de quelques complications survenues après la période de desquamation : *engorgements des ganglions cervicaux* précédés d'un *eczéma impétigineux* de la face et du cuir chevelu dans quatre cas ; *une otorrhée* dans deux cas ; une diarrhée rebelle et mortelle dans trois cas d'*entéro-colite ulcéreuse* ayant duré plus de deux mois.

Arrivons à une question bien plus digne d'intérêt, nous voulons parler des *récidives*.

Onze sujets nous ont présenté, dans le cours de l'épidémie, des récidives bien évidentes de la rougeole. Tel enfant qui, en juillet, par exemple, en avait été une première fois atteint, était affecté des mêmes symptômes (fièvre, toux, coryza, éruption) dans le mois d'août ou septembre. Ajoutons que, dans ce cas, la seconde attaque de rougeole était toujours aussi grave et l'éruption aussi intense que dans la première. Ces cas de *rougeole, récidivant à de si courts intervalles*, avaient fixé notre attention.

Notre confrère et ami le docteur Mestre avait eu l'occasion de constater dans l'épidémie de Gigean, cinq à six cas du même genre.

Ainsi que nous le disions au début de cet article, les enfants ont à peu près seuls payé leur tribut à l'épidémie. Un adulte pourtant en a été atteint.

Nous mentionnerons en deux mots cette observation intéressante, qui démontre d'une façon bien évidente l'action incontestable qu'exerce la rougeole sur certaines affections morbides et, en particulier, sur la phthisie pulmonaire.

X..., âgé de trente ans, né de parents tuberculeux, est atteint en 1871, d'une hémoptysie abondante, avec toux fréquente et quinteuse, inappétence, points douloureux dans le thorax, quelques craquements secs et un peu de submatité aux deux sommets. Après quelques jours de traitement, il ne reste plus qu'un peu de toux, et le malade peut reprendre ses occupations. Trois années plus tard, en août 1874, X... contracta la rougeole ; l'éruption était à peine disparue, que la fièvre s'allume, la toux devient fréquente accompagnée de sueurs nocturnes et d'amaigrissement. L'affection prend les allures d'une phthisie aiguë à marche rapide, suivie de mort en deux mois environ.

Il serait difficile, dans ce cas, de méconnaître l'influence de la rougeole. La fièvre éruptive est venue accélérer la marche de l'affection tuberculeuse, qui ne s'était révélée jusqu'alors que par quelques symptômes locaux de peu d'intensité.

Ce qui s'observe chez l'enfant, s'observe également chez l'adolescent et chez l'adulte, dit Trousseau ; chez les uns comme chez les autres, la rougeole devient la cause occasionnelle du développement des tubercules, lorsque l'individu portait en lui le germe héréditaire de cette maladie; et celle-ci marche avec une rapidité beaucoup plus grande qu'elle ne l'aurait fait si la fièvre exanthémateuse n'en avait pas hâté le développement. C'est alors que la phthisie prend la forme aiguë, rapide, très-différente de la phthisie galopante à forme typhoïde (1).

(1) Trousseau, *Clinique médicale, loc. cit.*

DE L'HABITUDE DU TABAC (1)

par le docteur A. BERTHERAND.

Conclusions. — Ne fumez jamais plus de trois à quatre pipes ou cigares par jour, et s'il vous est possible, bornez-vous à deux. — Il n'est pas bon de fumer à jeun, immédiatement avant ou après le repas. — Quel que soit le mode de fumer, il faut éviter le contact direct du tabac avec la muqueuse buccale et surtout avec les dents qui sont ainsi excitées au mâchonnement : le cigare doit être fumé dans un bout d'ambre, d'ivoire, ou mieux, de porcelaine émaillée. — Fumer, en les rallumant, des portions de cigare éteint, est, avec le système de la pipe culottée et juteuse, le plus sûr moyen de s'incommoder par la nicotine. — Tout fumeur fera bien, s'il le peut, de se rincer la bouche après avoir fumé. *A fortiori,* la précaution se recommande-t-elle aux chiqueurs. Par la même raison, il conviendrait de soumettre les embouts, tuyaux, fourneaux où l'on a coutume de brûler le tabac à de fréquents lavages, avec l'éther, soit avec une eau additionnée d'alcool ou de vinaigre.

Il est difficile de se prononcer entre les différentes manières de fumer le tabac. Je donnerai volontiers la préférence à la cigarette, en raison de son peu d'importance quantitative et du papier qui interdit le contact du contenu aux membranes buccales. Mais il faudrait, pour réaliser tous les *desiderata,* que le *papelito* fût de fil de lin et qu'on s'abstînt de ce qui est devenu le *nec plus ultra* de la perfection pour les raffinés du genre, d'en retenir les aspirations au fond du pharynx, pour les rejeter ensuite par les narines. — L'habitude prématurée de fumer est certainement dommageable à l'enfance et pendant la période adolescente de l'évolution organique. L'économie ne peut que pâtir, à cette époque, de l'influence nerveuse narcotique, si légère soit-elle, et de la déperdition salivaire, inséparable de l'acte. L'association contre l'abus du tabac a donc été sagement inspirée en s'affiliant les instituteurs de toutes classes, pour écarter de la jeunesse une pratique contraire aux intérêts de son développement. — Tout le monde ne peut pas impunément fumer. Il est à cette habitude des contre-indications pathologiques ou idiosyncrasiques qu'on serait imprudent et coupable d'enfreindre. Les maladies des poumons, du cœur, les affections chroniques de la bouche, du nez, des yeux, du pharynx et de l'estomac, expriment les principales incompatibilités ; leur détermination exacte, absolument individuelle, devra toujours être définie par l'intervention de médecins. — L'aération des lieux où l'on fume veut être soigneusement surveillée. Si la fumée de tabac ne mélange pas des quantités appréciables de principe toxique à l'oxygène de l'atmosphère qu'elle envahit, toujours est-il qu'elle se substitue, par son volume et par les poussières qui la composent, à l'air pur nécessaire à l'hématose. S'endormir la nuit dans une chambre où l'on a fumé tardivement constitue une infraction grave aux lois élémentaires de l'hygiène. — Dans les pays comme la France, où le débit du tabac est un monopole aux mains du gouvernement, je trouverais fort rationnel, selon la proposition de M. Joly, que la régie, dans la composition de ses produits manufacturés, réglât et associât les sortes, de manière que la consommation ne s'exerçât jamais exclusivement sur des espèces réputées trop fortes en empyreume et en nicotine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 mars 1875. — Présidence de M. GOSSELIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret qui approuve l'élection faite par l'Académie dans la séance du 23 février, de M. le docteur Empis.

Après lecture de ce décret, M. le président invite M. Empis à prendre place parmi ses collègues.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Des rapports sur les maladies épidémiques pour les départements de la Drôme et de la Vendée. (Commission des épidémies.)

2° Des tableaux de vaccination et des demandes d'analyses d'eaux minérales.

PRÉSENTATIONS

M. BÉHIER présente : 1° au nom de M. le docteur Cam. Verstraeten (de Gand), une relation de deux cas d'obstruction intestinale terminés par guérison au moyen d'un traitement nouveau;

2° Au nom du même médecin, un mémoire sur le froid considéré comme cause de maladie. (Mémoire couronné par l'université de Gand.)

M. BERGERON fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Mayet, médecin de l'hôtel-Dieu de Lyon, de la statistique des services de médecine hôpitaux de Lyon. (Nous entretiendrons incessamment nos lecteurs de cette importante publication.)

M. LARREY, au nom de M. le docteur Guillemin, médecin-major des hôpitaux militaires, présente un ouvrage sur les bandages et le appareils à fractures.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

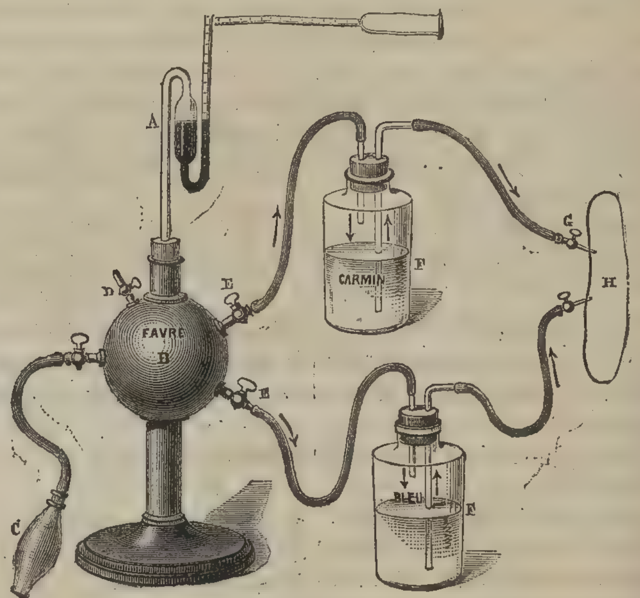
M. RICHET met sous les yeux de l'Académie des sondes en ivoire flexible de M. le docteur Cazenave (de Bordeaux).

M. BROCA soumet à l'examen de l'Académie, au nom de M. le docteur Latteux, sous-chef du laboratoire des cliniques, un appareil à injections histologiques, et il dépose sur le bureau la note explicative suivante :

Il existe plusieurs appareils destinés aux injections microscopiques, mais tous présentent des inconvénients plus ou moins sérieux. Sans parler de leur prix, généralement élevé, par leur maniement difficile et compliqué, l'opérateur n'est jamais sûr de la réussite au moment voulu.

Le docteur Latteux emploie depuis plusieurs années avec succès un instrument qu'il s'est attaché à rendre aussi simple que possible, et qui permet aux personnes les moins habituées aux manipulations micrographiques de réussir du premier coup les injections histologiques les plus délicates.

Cet appareil consiste en une sphère de cuivre B, destinée à emmagasiner de l'air comprimé et munie d'un tube en S (A) contenant du mercure et servant de manomètre. A cette sphère sont fixés quatre



robinets : le premier reçoit le tube de la pompe aspirante et foulante en caoutchouc C ; le deuxième D sert de régulateur pour la pression ; les deux autres E E communiquent avec deux flacons F F, contenant, l'un du carmin, l'autre du bleu, et dans l'intérieur desquels ils transmettent la pression. Enfin, de ces deux flacons partent deux tubes en caoutchouc munis de canules que l'on fixe, soit dans la veine G et l'artère H d'un organe, soit dans l'artère et dans un canal glandulaire.

(1) In-12. — Paris J. B. Baillière et fils.

Cet appareil est donc fort simple, puisqu'il suffit pour le mettre en action de presser sur la poire en caoutchouc, en observant toutefois la pression indiquée par le manomètre.

Ce n'est pas à dire qu'on ne puisse injecter convenablement avec d'autres appareils, mais ils sont bien plus compliqués sans donner de résultats supérieurs.

Ainsi, dans certains modèles (Ludwig, etc), le mercure se trouve mélangé à la matière à injection, qu'il déplace graduellement en la faisant pénétrer dans les vaisseaux, mais cet appareil est incommode, le mercure étant sali par la masse à injection.

Dans d'autres (Defois), on a cherché à imiter au moyen d'une ampoule en caoutchouc, munie de soupapes, les mouvements de diastole et de systole du cœur, dans l'intention de mieux faire pénétrer l'injection. L'idée est théorique, mais est complétement inutile en pratique. De plus, on sait combien les soupapes sont difficiles à entretenir en bon état.

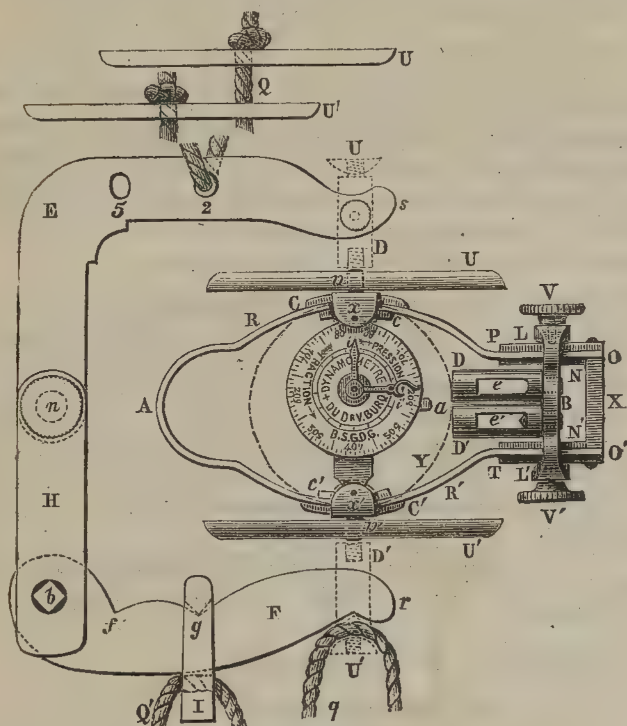
D'autres appareils allemands sont encore plus compliqués.

Les injections obtenues avec l'appareil du docteur Latteux (1) ne laissent rien à désirer. — Les vaisseaux les plus fins, ceux de la rétine, de la moelle, de l'épiploon du chat, sont complétement remplis. — De plus, par la modicité de son prix, il est accessible à tous les travailleurs et, par cela même ne peut que tendre à répandre les recherches et les travaux histologiques.

M. BÉCLARD présente, au nom de M. le docteur V. Burq, un instrument auquel son auteur donne le nom de dynamomètre médical et pédagogique, ou nouveau dynamomètre de poche pour mesurer les forces musculaires en poids de tous les systèmes et servir spécialement en métallothérapie pour la détermination des idiosyncrasies ou sensibilités métalliques individuelles.

Le dessin ci-contre représente cet instrument en demi-grandeur. Voici de quelle manière on en fait usage.

En pressant ou tirant convenablement sur les poignées U, U' droites ou renversées, et exhaussées en ce cas de toute la hauteur des



tenons D, D', on peut mesurer la force de pression ou de la traction de tous les principaux systèmes de muscles des membres et du tronc, jusqu'à concurrence d'un effort de 80 kilos.

Lorsque, dans des cas exceptionnels, on voudra aller au delà, on montera sur D, D' pourvus à cette fin de fenêtres *e*, *e'*, le système de levier interpuissant ou de bascule en l'air E H F et, suivant que la force sera appliquée en E dans l'un ou l'autre des trous marqués 2 et 5, et en F sur l'encoche correspondante *q*, ou S, au moyen de la chape I, on doublera ou l'on quintuplera au besoin la valeur des chiffres du cadran.

Les principaux avantages du nouveau dynamomètre sur tous les différents modèles ses aînés (*dix au moins*), que M. Burq a fait exécuter depuis l'année 1849, où il introduisit l'usage de cet instrument dans la pratique médicale, sont : 1° d'être à double effet, c'est-à-dire propre à permettre de mesurer sur les mêmes points la traction comme la pression, et cela en kilos ou livres de toute valeur, toujours avec le même cadran; 2° de pouvoir désormais être réglé ou rectifié à volonté, de manière que la fidélité des indications de l'aiguille *i*, ne laisse plus rien à désirer en pratique, tout simplement par le moyen d'une nouvelle mise au point de la barrette B qui fait ici absolument l'office de l'aiguille A et R dans une montre, et malgré ces avantages dont le dernier est capital, d'être par son prix à la portée de tous les médecins qui ont en honneur les procédés rigoureux d'investigation, ou qui sont pénétrés du rôle considérable que jouent les forces musculaires, surtout en névropathie.

Monstre acéphale. — M. DEPAUL présente un fœtus acéphale qui lui a été apporté à la clinique par une sage-femme. M. Depaul rappelle que le 7 avril dernier il a présenté un cas de monstruosité du même genre. L'Académie n'a pas oublié le fait sur lequel M. Blot lui a fait un rapport dans le mois de décembre. Dans ce dernier il s'agissait d'un *péracéphalien* d'après la nomenclature d'Isid. Geoffroy Saint-Hilaire. Le fait nouveau que présente aujourd'hui M. Depaul est donc le troisième du même genre qui s'est offert dans le cours d'une année. Il diffère de celui qu'il a présenté au mois d'avril, en ce que le tronc lui-même est à l'état rudimentaire dans sa partie supérieure, tandis que, dans le fait précédent, il y avait des membres supérieurs. Ici il n'y a pas de tête: elle peut être considérée jusqu'à un certain point comme représentée par une petite houppe de cheveux placée au sommet du tronc. On trouve la trace du cordon ombilical. Parmi les diverses difformités que présente ce monstre, on remarque un pied-bot, des doigts en nombre incomplet. Le sujet est du sexe féminin.

Jusqu'ici, dans les différents cas présentés, on n'avait pas pu examiner le placenta. Cette fois, grâce à l'intelligence de la sage-femme qui a reçu ce monstre, le placenta a été conservé et a pu être mis sous les yeux de l'Académie. Il s'agissait ici, ainsi que cela arrive le plus souvent en pareille circonstance, d'une grossesse gémellaire. Il y a un placenta d'un volume moyen, c'était le placenta du premier fœtus normalement développé; mais à ce placenta était annexée une poche secondaire dans laquelle était contenu le fœtus monstrueux. Il y avait deux poches amniotiques distinctes enveloppées dans un seul chorion. C'est là un exemple d'une variété connue. M. Depaul fait remarquer, en terminant, une particularité digne d'intérêt, c'est que le cordon ombilical du fœtus acéphale procédait comme un embranchement du cordon du fœtus normal.

M. Depaul communiquera plus tard à l'Académie les résultats de l'examen plus complet qu'il se propose de faire de ce fœtus.

RAPPORT

M. GIRALDÈS, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Hirtz et Verneuil, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Hergott (de Nancy), sur un cas d'oblitération du vagin pour une incontinence d'urine.

Après quelques explications échangées à ce sujet entre MM. Giraldès et Verneuil, les conclusions du rapport, consistant à proposer des remercîments à l'auteur et à joindre ce nouveau titre à ceux qu'il avait déjà fait valoir pour sa candidature au titre de correspondant, sont mises aux voix et adoptées.

LECTURES

M. HILLAIRET, candidat pour la section d'hygiène publique et de médecine légale, lit un travail intitulé : *Étude sur le nouveau système de construction de M. l'ingénieur Tollet, pour casernements et hôpitaux militaires.*

De l'exposé de ce système, M. Hillairet conclut qu'il réalise un progrès marqué dans l'hygiène hospitalière.

(1) Établi avec beaucoup de soin par M. Favre, rue de l'École-de-Médecine.

(Le travail de M. Hillairet est renvoyé à la section d'hygiène publique et de médecine légale.)

De la lithine dans les eaux minérales. — M. BOUCAUMONT donne lecture d'une note intitulée : *De la découverte de la lithine dans les eaux minérales d'Auvergne et du rôle de cet alcali dans le traitement de certaines manifestations de la goutte et du rhumatisme.*

Dans ce mémoire, l'auteur recherche surtout le rôle de la lithine dans le traitement de quelques manifestations de la diathèse goutteuse et rhumatismale.

Le succès constant des eaux de Royat dans ces diverses affections, dit l'auteur, a été attribué jusqu'à présent au carbonate de soude ou de potasse qu'elles renferment. Mais les expériences qui ont été faites sur la lithine (et particulièrement celles de Garrod) le portent à croire que cette substance, récemment découverte dans ces eaux, en imprimant une spécificité d'action aux éléments alcalins de leur minéralisation, combat plus efficacement les effets de l'acide urique que ne le ferait la soude à dose plus élevée, et soustrait ainsi le malade à la dépression générale que laisse après elle la médication alcaline.

M. Boucaumont pense, d'après son expérience personnelle, que les sujets qui se trouveront le mieux du traitement thermal de Royat seront ceux chez lesquels la diathèse goutteuse et rhumatismale, en altérant les fonctions digestives, aura imprimé à l'économie cette atonie cachectique, qui se montre souvent rebelle aux autres agents thérapeutiques. (Commission des eaux minérales).

Abcès métastatiques dans l'infection purulente.— M. DESPRÈS, candidat pour la section de pathologie externe, lit un travail sur les variétés de siége des abcès métastatiques dans l'infection purulente.

Voici les conclusions de ce mémoire :

1° La loi normale de l'infection purulente aiguë est la métastase pulmonaire chez les sujets sains, toutes les fois que l'inflammation ou la plaie qui cause l'infection intéresse des vaisseaux appartenant à la grande circulation, les abcès métastatiques occupent le poumon.

2° La pyoémie, qui suit les lésions qui intéressent le système veineux du foie, engendre normalement les abcès métastatiques du foie ;

3° Chez les malades qui ont eu des maladies antérieures ou suivent un régime qui laisse des altérations durables sur un organe, les abcès métastatiques siégeront sur cet organe en même temps que dans le poumon. Ainsi l'on voit des abcès métastatiques dans le foie chez les alcooliques et des abcès dans la rate chez les fiévreux. Des recherches ultérieures démontreront sans doute que des abcès métastatiques des articulations se rencontrent chez les rhumatisants. (Renvoyé à la section de pathologie externe.)

Génération spontanée. — M. ONIMUS, dans la lecture qu'il fait sur ce sujet, se propose de faire connaître à l'Académie les procédés opératoires dont il s'est servi dans les expériences qu'il lui a précédamment communiquées, espérant prouver ainsi que ses conclusions s'appuient sur une série d'observations faites avec toutes les précautions désirables.

L'objet du travail de M. Onimus est de démontrer qu'il n'est pas besoin ne recourir à des explications extra-scientifiques pour croire aux modifications des substances organiques au dehors du développement d'organismes inférieurs.

Ce qui frappe, dit-il, dans les substances albuminoïdes, surtout au point de vue médical, c'est la complexité de leur composition et l'instabilité de leurs atomes. Pour tous les corps la rupture de l'équilibre moléculaire est une loi générale, et les chimistes nous apprennent que la stabilité décroît à mesure que la complexité augmente. Aussi, pour les corps organiques, les forces perturbatives sont nombreuses et incessantes; elles constituent la vie, lorsqu'elles sont régulières; mais elles apparaissent sous d'autres formes, dès que l'état normal cesse. C'est dans la substance organique même bien plutôt que dans l'influence des germes invisibles qu'il nous semble que réside le plus souvent la vraie cause de ces changements moléculaires. (Renvoyé à l'examen d'une commission composée de : MM. Pasteur, Davaine et Colin.)

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 6 mars 1875. — Présidence de M. Cl. BERNARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

M. CHATIN fait une communication sur une glande particulière qui existe chez la taupe à la commissure des lèvres, et qui présente des caractères physiologiques analogues à ceux des glandes sébacées.

Influence de la paralysie de la rate sur la richesse du sang veineux. — M. MALASSEZ a entrepris, avec M. Picard, une série d'expériences sur le sang veineux de la rate. Si l'on énerve une moitié de la rate, en respectant l'autre, et que l'on recueille, à un même moment donné et dans des conditions identiques, du sang de la portion paralysée, et du sang de la portion non paralysée, l'on constate que le premier devient plus riche en globules que le second. Sous l'influence de la paralysie de la rate, le sang veineux de cet organe devient donc plus riche en globules rouges. Cette augmentation paraît avoir son maximum d'intensité deux heures environ après la paralysie, puis diminue à partir de ce moment et finit pas disparaître.

Gaz de l'intestin. — M. LEVEN rappelle qu'il a fait de nombreuses expériences qui prouvent que les aliments ne fermentent pas dans l'intestin et que les gaz qu'on y trouve proviennent du sang et de l'air. Si l'on fait l'autopsie d'un animal en digestion, on voit que son intestin contient moins de gaz que celui d'un animal à jeun.

De l'influence des différentes pressions sur la quantité d'oxygène contenu dans le sang. — M. P. BERT a fait une série d'expériences qui montrent que la quantité d'oxygène contenue dans le sang diminue lorsque diminue la pression de l'air ambiant. Les physiologistes qui avaient déjà fait des expériences sur ce sujet les ont faites à la température ordinaire, de 16 degrés par exemple; M. Bert s'est placé dans d'autres conditions et a pratiqué ces expériences à la température du corps, 40 degrés environ.

Jaborandi. — M. ALB. ROBIN a étudié l'action physiologique du jaborandi. Les phénomènes qu'il a observés sont de deux ordres : les uns sont normaux; ce sont la soif, les modifications de la pupille; les autres sont des phénomènes de compensation: ce sont la diarrhée, les vomissements. Ces derniers ne surviennent que dans certaines circonstances, telles que l'excès de dose, l'administration après les repas, l'injection d'une trop grande quantité de liquide, etc... Quant à la diarrhée, elle est aussi la conséquence d'une déviation des effets du jaborandi.

M. CARVILLE a trouvé, à l'autopsie des animaux qui avaient été soumis à l'action de cet agent, une congestion intense du tube digestif et de la vessie.

La seance est levée à cinq heures et demie.

VARIÉTÉS

Inoculation du venin de l'abeille.

M. G. Walker (de Wimbledon), dans une lettre à l'éditeur de *British Bee Journal*, agite l'intéressante question de savoir si l'on peut obtenir de l'inoculation l'immunité à la douleur et aux autres effets nuisibles de la piqûre de l'abeille. Il paraît que ce sujet est déjà soulevé dans l'ouvrage de Wood sur les abeilles, et M. Wacker ayant observé la façon avec laquelle le propriétaire du rucher de Hanwel

maniait ses mouches (leurs piqûres ne paraissant pas avoir d'effet sur lui), lui demanda combien il fallait de temps pour acquérir cette immunité; il lui répondit que son fils, occupé depuis peu au rucher, ne ressentait plus du tout les effets ordinaires des piqûres d'abeilles. Sur ce, M. Walker se décida à soumettre le fait à l'épreuve de l'expérience. Voici comment il procéda :

Étant allé auprès d'une ruche, il saisit une abeille, la plaça sur son poignet, et se fit piquer, en empêchant l'insecte de s'envoler immédiatement, afin d'essayer de recevoir la dose maximum de venin. Les premières piqûres qu'il reçut durant cette expérience eurent l'effet ordinaire; tout l'avant-bras fut affecté d'un érysipèle cutané, et il se produisit des troubles nerveux accompagnés de chaleur, rougeur, tuméfaction et douleur. Cette attaque dura jusqu'au mardi, et le mercredi 7 septembre il était si bien guéri que, suivant le même plan, il se fit encore piquer trois fois, toujours sur le poignet. L'érysipèle, cette fois, ne fut pas, à beaucoup près, aussi intense; mais l'expérimentateur éprouva, comme la première fois, une sensation douloureuse allant jusqu'à l'épaule et remarqua qu'une glande lymphatique, derrière l'oreille, avait considérablement augmenté de volume, par suite de la pénétration du venin dans le système lymphatique. Le samedi, 10 octobre, il se fit de nouveau piquer trois fois; la douleur fut beaucoup moindre, bien que le gonflement fût encore étendu. A la fin de la dernière semaine (17 octobre), il avait reçu 18 piqûres; le nombre de celles-ci s'éleva à 32 le 31 octobre, jour où se termina l'expérience, qui avait duré environ quatre semaines. Après la 20e piqûre, il ne survint que très-peu de gonflement et de douleur; prurit modéré et légère inflammation au voisinage immédiat de la partie piquée, qui ne s'étendit pas au delà.

(Traduction du Dr Darin.)

PETITE CORRESPONDANCE

A M. le docteur X... — Votre mémoire portant pour épigraphe : « La compression... » a été transmis en temps utile; il est inscrit sous le n° 2.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — MM. Duval, chargé des fonctions de directeur adjoint du laboratoire d'histologie; Gautier, chargé des fonctions de directeur adjoint du laboratoire de chimie biologique; Danlos, chargé des fonctions de préparateur au laboratoire de chimie biologique, sont nommés à ces emplois à titre définitif.

— *École de médecine de Limoges.* — M. le docteur Chénieux est institué, par suite du concours ouvert le 18 janvier, suppléant des chaires de pathologie externe et d'accouchements.

— *École de médecine de Reims.* — M. le docteur Beltz (Xavier-Camille) est institué, après concours, suppléant de chirurgie et d'accouchements.

— M. Warnier, ancien médecin militaire, membre de l'Assemblée nationale, vient de succomber subitement. M. Warnier jouissait de l'estime universelle, surtout au sein de la population algérienne qu'il représentait à l'Assemblée.

— M. le docteur Chénieux est nommé médecin adjoint du lycée de Limoges.

— MM. les docteurs en médecine qui ont reçu de M. le ministre l'autorisation de faire un cours à l'école pratique, sont informés que la distribution des amphithéâtres aura lieu le jeudi 25 mars, à midi, dans la salle des thèses de la Faculté.

— Le concours pour la place de médecin de l'hôpital de Forges-les-Bains (Seine-et-Oise) s'est terminé par la nomination de M. Doumanges, ancien interne des hôpitaux de Paris.

— La Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques, tiendra sa séance annuelle sous la présidence de M. Dumas, membre de l'Institut, le dimanche 21 mars, à quatre heures précises du soir, dans l'une des salles de la Société d'encouragement, rue de Rennes, 44.

Ordre du jour : 1° Rapport sommaire sur la situation de l'œuvre, par M. Lunier; — 2° rapport sur les prix à décerner en 1874, par M. de Ranse; — rapport sur les récompenses à décerner en 1874, par M. le docteur Decaisne.

— Un docteur voudrait acquérir une clientèle dans une station thermale. S'adresser à M. Bouclet, n° 23, avenue d'Orléans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur Dechambre. — La première et la deuxième partie du tome XVIe de la première série commençant par la lettre A. — La première partie du tome IXe de la deuxième série commençant par la lettre L. — La deuxième partie du tome IIe de la troisième série commençant par la lettre Q. — Prix de chaque partie ou demi-volume, 6 francs. — Paris, P. Asselin.

Traité d'agriculture pratique et d'hygiène vétérinaire générale, par MM. les professeurs Magne et Baillet. — 3 vol. gr. in-18 avec de nombreuses figures dans le texte, cartonnés à l'anglaise. Tome II. Prix : 9 francs. — Le prix du tome Ier est de 7 francs. Le tome III est sous presse et paraîtra dans le courant de 1875. — Paris, P. Asselin.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, 7, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 33. — SAMEDI 20 MARS 1875. 48e ANNÉE. SAMEDI 20 MARS 1875. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Ophthalmoscopie et cérébroscopie.

Mardi dernier, à neuf heures, un concours considérable d'élèves en médecine et de médecins, qui leur avaient disputé une partie des banquettes, emplissait l'amphithéâtre de l'hôpital des Enfants, où ils avaient été conviés à une conférence d'ophthalmoscopie médicale et de cérébroscopie de notre collaborateur et ami M. Bouchut.

Après un exposé rapide de la méthode et des faits nombreux et importants qu'elle a mis en lumière, non-seulement pour la connaissance plus précise des lésions profondes de l'œil, mais encore et surtout pour le diagnostic et la détermination des lésions éloignées des centres nerveux dont elles ne sont souvent elles-mêmes que l'image ou le reflet, M. Bouchut a procédé, au moyen de projections lumineuses, sur un écran des images recueillies de nombreuses lésions rétiniennes, à une démonstration des faits et des résultats énoncés dans les diverses communications qu'il nous a faites sur ce sujet dans ces dernières années. Toutes ces communications doivent être trop présentes encore à l'esprit de nos lecteurs pour que nous ayons besoin de les leur rappeler en ce moment. Un résumé de cette conférence ne serait qu'une répétition de ce qu'ils savent déjà; mais nous tenions à constater ici l'intérêt qu'a eu cette conférence pour tous les assistants et les témoignages unanimes de satisfaction qui l'ont accueillie.

Cysticerque vivant dans le corps vitré d'un jeune homme de vingt-deux ans.

C'est encore d'un fait d'ophthalmoscopie que nous allons entretenir nos lecteurs, mais cette fois d'un fait heureusement rare — chez nous du moins, car il paraît être beaucoup plus commun en Allemagne, ce dont on nous permettra de n'être pas jaloux. Nous voulons parler d'un nouveau cas de cysticerque. Les lecteurs de la *Gazette* n'ont pas oublié, sans doute, le fait très-curieux de ce genre observé par M. Sichel, et rapporté dans les colonnes de ce journal, en 1873, par M. L. Brière, chef de clinique de cet habile oculiste. M. le docteur Desmarres père vient d'avoir l'occasion de voir un fait semblable, qui a été soumis à son observation par M. le docteur Guingue (de Jarnages) et qu'il a soumis lui-même, à son tour, à l'examen des membres de l'Académie de médecine dans la séance du 2 mars dernier.

Voici la relation de ce fait.

Le sujet de cette observation est un jeune homme de vingt-deux ans. M. Desmarres l'a observé pour la première fois la 20 février dernier. Après dilatation préalable de la pupille, l'examen à l'ophthalmoscope (image renversée) lui a permis de reconnaître, dans la partie inférieure et interne du corps vitré, une vésicule sphérique occupant le centre du champ d'observation, et vers le milieu de cette vésicule, la tête et le col vus en raccourci.

Le lendemain 21, il put constater avec certitude que la tête et le col apparaissaient directement à la partie supérieure de la vésicule, que ces organes se cachaient assez rapidement derrière la sphère bleuâtre, puis se montraient de nouveau. Un quart d'heure après, la tête et le col se cachaient encore, mais définitivement.

Depuis lors, M. Desmarres a revu le malade chaque jour, et tantôt il constatait que le col et la tête étaient très allongés en dehors de la vésicule, tantôt qu'ils l'étaient moins, et les 3, 4, 5, 6 et 8 mars, que la tête demeurait invisible. Une seule fois la tête a été perçue en bas et en dedans de la vésicule, plusieurs fois celle-ci a pris une forme allongée, manifestement ovoïde.

L'ophthalmoscope a permis, en outre, pendant quatorze jours d'observation, de tenir note des faits suivants :

Le champ d'observation du fond de l'œil est d'une couleur rouge un peu pâle, légèrement trouble.

La vésicule que l'on peut observer dans tout son contour est blanc bleuâtre dans son ensemble, légèrement orangée à ses limites. Un vaisseau rétinien passe par derrière et prouve qu'elle est bien dans le corps vitré et non dans la rétine, qui n'est soulevée nulle part en cet endroit. En outre, sur la surface de la tumeur, on voit plusieurs petits points brillants d'un blanc éclatant (corpuscules calcaires) réfléchissant fortement la lumière.

La papille du nerf optique peut assez facilement être reconnue, bien qu'elle soit enveloppée d'un léger brouillard. Elle paraît normale, sauf du côté interne. En ce point et masquant une certaine partie d'un vaisseau rétinien, se voit une tache d'un blanc laiteux, assez brillante cependant, qui couvre le bord de la papille et la papille elle-même dans un sixième environ de leur étendue.

Cette tache est ou paraît élevée au-dessus du niveau de la rétine, et se termine en dedans par quelques prolongements rayonnants. Sous la tache passe un vaisseau rétinien, qui cesse dans un court trajet, d'être apparent.

M. Desmarres se demande si ce serait par ce vaisseau, suivant M. Sichel, qui a observé, sur son invitation, ce malade avec lui, que l'ovule du *tænia solium* aurait pénétré dans l'œil? Il considère cette hypothèse comme fort admissible.

Le corps vitré est, dans sa plus grande partie, et spécialement dans le voisinage du cysticerque, assez trouble pour que l'on ne puisse étudier le fond de l'œil dans cette direction.

La présence du cysticerque donne lieu chez ce malade à des phénomènes subjectifs très-prononcés : la vue centrale est abolie, à ce point que le malade ne distingue pas la main quand on la place en face de l'œil; il sent qu'un corps passe lorsqu'on la promène à deux pieds au-dessous de la face, ne voit rien dans la région opposée, mais compte encore très-bien les doigts en dehors.

Le cysticerque du corps vitré occasionne presque toujours des accidents considérables, au premier rang desquels il convient de placer l'irido-choroïdite, qui s'accompagne de douleurs des plus violentes et trop souvent d'accidents sympatiques sur l'œil sain.

L'observation de ces faits a conduit les chirurgiens à pratiquer l'extraction de l'entozoaire, tantôt et le plus souvent par la cornée, plus rarement par la sclérotique. De Græfe, qui a réglé cette opération, a apporté chez M. Desmarres un cysticerque, qu'il avait enlevé vivant du corps vitré par une ponction de la sclérotique parallèle à la cornée, entre deux muscles droits, mais l'œil conservé sous le rapport de la forme, n'avait rien recouvré de la vision. M. Desmarres se demande s'il doit l'imiter. Il lui semble préférable de se tenir dans l'expectation, parce que l'œil étant toujours presque absolument perdu avec ou sans opération, il n'y a aucun inconvénient à suivre quelque temps encore la marche de la maladie. Puis le cysticerque ne peut-il périr spontanément dans l'œil comme dans le fait qu'il a observé autrefois? En tout cas, « si une opération me paraissait devenir nécessaire, dit-il, je n'aurais pas recours à l'extraction immédiatement; je me bornerais à essayer de tuer l'entozoaire en ponctionnant la vésicule avec une aiguille à cataracte très-acérée et tranchante, en éclairant le fond de l'œil par un miroir concave convenablement attaché à mon front. ».

M. Desmarres se propose d'informer l'Académie, s'il y a lieu, des suites de la maladie et de l'opération, si malgré lui il est amené à y recourir. Il a prescrit le sublimé en collyre (1 centigramme pour 150 grammes) et en compresses sur l'œil, et c'est depuis ce moment que la tête du cysticerque ne s'est plus montrée. Plus tard, il aura recours aux onctions mercurielles autour de l'orbite, dans l'espoir de tuer ainsi l'entozoaire. C'est une tâche qu'il compte poursuivre avec persévérance.

Hernie inguinale étranglée. — Réduction spontanée.

Un fait assez extraordinaire s'est passé récemment à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay; il mérite d'être signalé à l'attention des praticiens. Il s'agit d'une hernie inguinale, étranglée depuis sept à huit jours et se réduisant d'elle-même sans amener ultérieurement aucun accident abdominal.

Voici l'histoire du malade.

M. X..., âgé de trente-sept ans, caissier, entre le 7 janvier à la Maison de santé, dans l'état suivant :

Le facies est pâle, les traits tirés, les yeux cernés sont très-excavés et la physionomie exprime la souffrance. La peau est sèche et froide, l'abattement est considérable. Il répond difficilement aux questions qui lui sont faites, et tout mouvement est suivi d'une envie de vomir ou même de vomissements fécaloïdes. La langue est sèche et tremblotante.

L'interne de garde, M. Paulier, constate une hernie inguinale gauche; cette hernie est volumineuse, et malgré quelques tentatives de taxis, il ne peut réussir à la réduire. On apprend alors, pour tout renseignement, que l'étranglement herniaire a débuté le 31 décembre dans la journée, que les vomissements ont commencé le 1er janvier au matin, et qu'il n'y a pas eu de selles depuis cette époque.

(Des renseignements plus complets recueillis depuis ont appris que la hernie remontait à sept ans, qu'elle s'était étranglée une première fois déjà il y a trois ans, mais qu'elle avait pu être réduite après des efforts prolongés. C'est le 31 décembre, comme il vient d'être dit, pendant que le malade était à ses occupations, que sa hernie, non contenue à ce moment, sortit et ne put plus rentrer. Il ne tarda pas à éprouver de très-vives souffrances, coliques, envies de vomir; le soir même il fut pris de vomissements alimentaires, accompagnés de frissons. Le 1er janvier au matin, les vomissements prirent le caractère fécaloïde. Un médecin appelé n'ayant pu réduire la hernie, engagea le malade à se faire admettre à la Maison de santé; mais il s'y refusa et resta encore sept jours chez lui. Pendant ces sept jours, il eut des douleurs abdominales atroces, des vomissements fécaloïdes et pas de selles. Tout ce qu'on essayait de lui faire prendre était rejeté aussitôt; ses forces s'épuisaient. Ce fut seulement le 7 janvier qu'il se détermina à entrer dans le service.)

Le lendemain 8 janvier, sur le récit de ce qui précède, M. Demarquay avait prescrit de disposer tout ce qui était nécessaire pour l'établissement d'un anus contre nature, bien convaincu qu'il allait trouver un intestin sphacélé. Le facies du malade était de nature à le confirmer dans cette crainte. Au moment où tout était préparé pour l'opération et où on allait la pratiquer, M. Demarquay examine le malade et ne trouve plus trace de la hernie. Quel ne fut pas son étonnement et celui des assistants quand ils virent la hernie réduite!

Le malade dit alors s'être aperçu pendant la nuit que peu à peu la tumeur avait diminué de volume, et que le matin il n'en restait pour ainsi dire plus de traces; le palper de la région ne produisait même aucune douleur; les vomissements avaient cependant persisté toute la nuit avec les mêmes caractères. Une heure avant la visite, la hernie, quoique diminuée de volume, était encore très-notable, et il n'y avait aucune modification dans l'état général : le pouls était petit et dépressible, la température à 36 degrés.

On prescrivit 20 grammes d'huile de ricin, un lavement émollient, du vin et du bouillon.

Le 8 au soir, le facies du malade n'offre guère de modification, on ne peut mieux le comparer qu'au facies du cholérique. La peau est un peu moins fraîche, le pouls est toujours lent et petit; la soif est intense et l'abattement très-grand.

La purgation du matin a produit deux selles; les urines très-rares jusqu'alors sont un peu plus abondantes. Les douleurs abdominales ont presque disparu. Le malade a eu encore quelques envies de vomir, mais sans effets. Il a un peu sommeillé dans la journée et demande à manger. Le pouls est à 68 et la température à 36°6.

Le 9, la nuit a été bonne, le malade a un peu sommeillé; les douleurs abdominales ne surviennent plus que par intervalles et sont peu intenses. La peau est chaude et moite; soif

très-vive. L'appétit commence à renaître. Une selle dans la matinée. Etat général beaucoup meilleur; mais les forces sont toujours très-déprimées. Pouls 90, température 37° 2.

Le 9 au soir, le malade a mangé une aile de poulet et des fruits; il est plus gai, parle et raconte combien il a souffert au début de l'affection.

Le 10 janvier, le malade a bien dormi. Une selle normale ce matin. Le facies est moins abattu, les traits n'expriment plus la souffrance. Il demande à manger. Deux portions. Le soir, l'amélioration continue.

Le 11, le malade s'est levé un peu, il mange et dort bien; il n'éprouve plus de douleur au niveau de sa hernie.

Le 13, il est complétement rétabli; ses forces commencent à revenir et son facies est redevenu normal, sauf l'amaigrissement.

Nous avons dit — et on le comprendra de reste — quelle avait été la surprise du chirurgien et de ses aides en ne trouvant plus trace de hernie, au moment où ils se disposaient à l'opération.

Tout d'abord M. Demarquay crut à une perforation de l'intestin et craignit de voir apparaître sous peu une péritonite foudroyante. Mais il n'en fut rien. Comme on vient de le voir, le cours des matières se rétablit. Ce malade, épuisé par huit jours de souffrances, reprit sa physionomie normale, et rien ne survint.

Que s'était-il passé? Il serait difficile de le dire. M. Demarquay dit avoir bien vu déjà des hernies plus ou moins volumineuses, ayant amené quelques troubles digestifs, se réduire d'elles-mêmes par la position donnée au malade. Mais ici rien n'avait été fait en ville qu'une tentative infructueuse de réduction, et, au moment de l'entrée du malade dans le service, on avait pratiqué le taxis également sans résultat. On ne peut expliquer un pareil fait qu'en admettant que, sous l'influence de l'état de prostration où était tombé le malade, il s'est fait un relâchement des tissus qui aura permis alors à la hernie de rentrer sous l'influence du mouvement péristaltique de l'intestin ou par un mouvement automatique du malade.

Quoi qu'il en soit, toujours est-il que c'est là un fait intéressant.

Dr Brochin.

ÉTUDE

SUR LA DERMATITE EXFOLIATRICE GÉNÉRALISÉE (1)

par le docteur Em. Percheron, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — L'exfoliation épidermique se montre comme élément important dans beaucoup d'affections cutanées, mais il est assez rare, en dehors des cas de scarlatine, qui n'ont rien à faire ici, de la voir se produire à la fois sur toute la surface du corps et par lambeaux considérables. — La généralisation absolue de l'exfoliation, jointe aux dimensions énormes des lamelles exfoliées, suffit à caractériser une affection spéciale que nous appelons *dermatite exfoliatrice*, pour donner une idée de son caractère principal, et pour la distinguer nettement des affections squameuses, le psoriasis et le pityriasis. Il y a donc utilité à décrire cette affection.

En dehors du cas type que nous avons donné et des trois cas de Wilson, on peut faire rentrer sous le nom de dermatite exfoliatrice, les cas appelés par Bazin *herpétide exfoliatrice*, qui n'en sont en réalité qu'une variété, et bien des faits qu'on a décrits à tort sous le titre de phemphigus foliacé, pityriasis rubra, etc.

Nous admettons deux espèces de dermatite exfoliatrice. La première, qui mérite particulièrement ce nom, se caractérise en effet, par une exfoliation très-abondante et persistante, avec un renouvellement rapide de l'épiderme, et elle comprend plusieurs variétés, selon que l'affection cutanée s'accompagne ou non de phénomènes généraux graves, et aussi selon qu'elle s'est produite primitivement et persiste avec le même caractère pendant toute la durée de l'éruption, ou bien dans le cours d'une autre affection, dont elle ne serait en quelque sorte qu'une modification, et qui peut reparaître après la guérison de la poussée exfoliatrice. — Dans la deuxième, l'exfoliation est bien moins importante, et peut être considérée comme la terminaison d'une affection érythémateuse. On pourrait appeler cette espèce *dermatite exfoliatrice pseudo-exanthématique*, pour donner une idée de la marche rapide et de son peu de gravité.

Quant à la nature de l'affection, il serait certainement prématuré de se prononcer sur cette question avec le peu de faits dont nous disposons. Nous croyons seulement que la nature n'est pas la même dans tous les faits, et que l'on pourra plus tard établir des divisions basées justement sur la nature des différents cas.

(1) In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1875. — Adrien Delahaye.

TRACÉ GRAPHIQUE

DES PARALYSIES MUSCULAIRES DE L'ŒIL.

Par M. le docteur Georges Camuset.

Le symptôme subjectif le plus important dans les paralysies des muscles moteurs des yeux est à coup sûr la diplopie. Elle existe constamment dès le début de la paralysie et persiste souvent plusieurs années. Si elle paraît atténuée à la longue, si parfois même elle semble disparaître, cela tient à la nécessité instinctive de *voir simple*, et à l'abstraction que le malade fait, plus ou moins, de l'image fournie par l'œil dévié. Il en résulte que la rétine de cet œil devient moins impressionnable. Mais il est toujours possible de faire reparaître la diplopie en appliquant sur l'œil sain un verre coloré foncé qui affaiblit l'intensité de l'image vraie au profit de l'éclat de la fausse image; cette fausse image redevient alors perceptible en même temps que la vraie.

Les positions relatives des deux images fournies par un objet lumineux promené dans le champ visuel forment le meilleur élément de diagnostic de la paralysie musculaire. Ainsi, quand un des muscles du groupe abducteur ou divergent de l'œil est atteint (droit externe, grand et petit oblique), les images sont *homonymes*, c'est-à-dire que chaque œil voit de son côté l'image fournie par l'objet. Si, au contraire, un des muscles adducteurs est atteint (droits supérieur, inférieur et interne), les images sont *croisées*, et l'œil gauche, par exemple, verra l'image qu'il perçoit à droite de l'image fournie par l'œil droit.

Il en est de même pour les positions en hauteur, et, en général, de la position dans l'espace. La fausse image peut être située en avant ou en arrière du plan vertical dans lequel on fait mouvoir l'objet ou la bougie allumée qui sert d'habitude à cet examen.

Il est très-important, au point de vue du pronostic, de savoir exactement sur quels muscles et, par conséquent, sur quelles paires crâniennes porte la paralysie observée. On peut s'en assurer *grosso modo* en étudiant objectivement la déviation de la cornée et l'attitude adoptée par le malade, dont la tête s'incline instinctivement dans le sens qui doit diminuer la diplopie. Mais il est plus précis de faire cet examen subjectivement, en fixant d'une manière mathématique les positions relatives des images perçues par le malade.

Les *tracés graphiques*, dont je propose l'usage, sont obtenus de la manière suivante :

Le sujet est placé dans une position fixe. Il regarde en face, et sans jamais déplacer la tête, un tableau dressé à un mètre de distance de ses yeux. Sur ce tableau sont tracées des divisions métriques, de décimètre en décimètre, cotées en marge. On adapte au malade une paire de lunettes, ou plutôt un système de deux verres qui couvrent en totalité le champ visuel de chaque œil. L'un de ces verres est rouge foncé; l'autre est blanc ou légèrement bleuté pour accentuer encore la différence de teinte des deux images. Ces lunettes (construites par Moreau, opticien, rue de Seine) sont mobiles autour d'une charnière folle qui permet d'imposer à volonté un verre déterminé à l'un ou à l'autre œil; disposition nécessaire, puisqu'on devra toujours placer le verre rouge foncé devant l'œil sain ou du moins devant celui des deux yeux qui sert le plus à la vision.

Une bougie est alors promenée devant le tableau, presque au contact. On aura soin de prendre pour position initiale le point de ce tableau qui correspond à l'intersection du plan horizontal mené par les axes visuels et le plan médian de la face. Il est indifférent de faire suivre à la bougie un chemin ou un autre, pourvu qu'elle parcoure ou atteigne les points extrêmes du champ visuel. Cependant, et pour simplifier, on la conduira suivant la verticale, puis suivant l'horizontale jusqu'à une distance de 1 mètre dans chaque sens à partir du point de départ. Au terme de la course, et à différents points de cette course si l'on veut une grande précision, on notera la position de la fausse image accusée par le malade, position qu'il peut très-facilement indiquer lui-même au moyen d'une baguette tenue à la main. Les chiffres ainsi obtenus et les directions qui en résultent sont aussitôt notés aux deux crayons, rouge pour un œil, bleu pour l'autre, sur une feuille de papier quadrillé reproduisant la cote métrique du tableau d'examen.

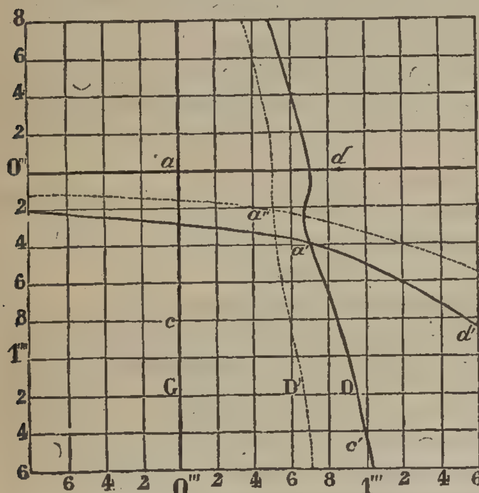
On notera de même la position de la fausse image pour les quatre angles du tableau, et les changements de direction ou les inflexions que le malade accusera dans le trajet de la fausse image, l'image vraie devant toujours suivre une direction rectiligne.

On obtiendra de la sorte un tracé graphique indiquant, en projection sur un plan, la série des positions de l'image perçue par l'œil sain et celle des positions correspondantes de l'image perçue par l'œil paralysé. Chaque position sera définie seulement par deux coordonnées métriques, puisque nous négligeons, comme peu utile, la troisième coordonnée fixant la position de la fausse image dans l'espace, et que nous nous bornons à la projeter sur un plan.

Ces tracés graphiques ont plusieurs avantages :

1° Ils permettent de tracer d'une manière mathématique les types des différentes paralysies musculaires et d'en donner une représentation palpable, analogue à celle que le sphygmographe fournit pour les affections du système circulatoire.

2° Dans chaque cas particulier, ils établissent sur l'état du malade, la marche de son affection et l'influence du traitement suivi, un document exact; chaque examen fournissant pour la fausse image une courbe nouvelle, dont la comparaison avec la courbe obtenue précédemment indique le progrès ou l'amélioration de la paralysie.



La figure ci-contre, par exemple, est une portion de tracé graphique obtenu en examinant Mlle L..., femme de 45 ans, affectée d'ataxie locomotrice progressive. et présentant, entre autres symptômes de la maladie, une paralysie simultanée de la quatrième et de la sixième paire de l'œil droit (muscles grand oblique et droit externe).

Les deux lignes rectangulaires qui se croisent au point *a* sont la série des positions de l'image vraie perçue par l'œil gauche.

Les deux lignes irrégulièrement courbes qui se croisent au point *a'* sont la série des positions de la fausse image perçue par l'œil droit, qui est l'œil affecté. Aux positions *a*, *c*, *d* de la première série correspondent sur la seconde les positions *a'*, *c'*, *d'*, etc.

En lisant les chiffres qui correspondent à deux de ces positions relatives, on constate dans quel sens se prononce l'écartement ou le rapprochement de l'image vraie et de l'image fausse. La ligne ponctuée, dont les positions sont intermédiaires à celles des deux lignes précédentes, a été obtenue quelque temps après le premier examen. Elle montre que la diplopie tend à disparaître, soit par l'effet du traitement suivi, soit par une de ces rémittences qui ne sont pas rares dans l'ataxie oculaire.

3° Enfin les tracés graphiques offrent un moyen d'étudier d'une manière très-précise l'action individuelle de chaque muscle ou l'action d'un groupe musculaire; témoin le point d'inflexion qui se remarque sur la ligne D de la courbe aux fausses images, et qui décèle, croyons-nous, le moment où le grand oblique, paralysé dans le cas actuel, devrait entrer en action pendant le mouvement du globe oculaire de haut en bas.

Nous espérons donc qu'à ces divers titres l'usage des tracés graphiques pourra être introduit avec quelque avantage dans l'étude clinique des paralysies musculaires des yeux.

REVUE DE LA PRESSE

Anévrysme du pli de l'aine droite remontant jusque dans la fosse iliaque (Salvatore Sagliano). — Dans le cours de janvier 1874, entrait à l'hôpital des Incurables de Naples, dans le service du professeur Salvatore Sagliano, un homme atteint d'un anévrysme du pli de l'aine droite. Le début de la tumeur avait été spontané ; sa marche lente, si ce n'est depuis deux mois. Elle offrait d'ailleurs tous les caractères d'un anévrysme dont le siége aurait été le tiers inférieur de l'iliaque externe. Dans une consultation chirurgicale tenue à propos de ce malade, on ne put s'entendre sur le mode de traitement, les uns proposèrent la ligature de l'iliaque externe dans son tiers supérieur, les autres, celle de la fémorale au-dessous de l'anévrysme d'après la méthode de Brasdor, d'autres enfin la ligature de l'aorte abdominale ou de l'iliaque primitive. Au bout de quatre jours, douleurs spasmodiques très-vives dans tout le membre correspondant. Rupture du sac. Immédiatement, engorgement considérable du membre, taches livides et phlyctènes, mort au bout de huit jours.

A l'autopsie, on trouva que la plus grande partie du sac reposait dans la fosse iliaque, qu'une faible portion seulement se trouvait au-dessous de l'arcade crurale. Après la rupture, le sang s'était épanché au-dessous du péritoine à la surface du muscle iliaque, et s'était frayé une voie entre les muscles profonds de la région externe de la cuisse. Les artères étaient saines. — (*La Clinica*, 31 janv. 1875.)

Trois observations de clinique chirurgicale (A. Menzel). — *Résection de l'articulation tibio-tarsienne.* — Jeune homme de vingt et un ans. Tumeur blanche des deux côtés. Résection sous-périostée de l'articulation, le 8 février 1872, huit mois après le début de la maladie.

Guérison parfaite le 27 septembre, sept mois après l'opération.

Résection du genou. — Tumeur blanche du genou droit avec abcès et fusées purulentes. Le 19 janvier 1874, résection du genou avec emploi de la méthode d'Esmarck. Ablation complète des extrémités articulaires du tibia et du fémur.

Guérison complète au mois d'octobre.

Inflexion des os de la jambe chez un adulte. — Une roue de voiture passe sur la jambe gauche d'un homme de quarante-deux ans; il ne peut se relever et est transporté à l'hôpital. Mort au bout de quelques jours par pneumonie. On trouve à l'autopsie une inflexion de l'os, accompagnant une fissure ramifiée qui n'arrivait pas tout à fait jusqu'au bord externe, complétement sain du tibia.— (*An. univers. de méd. et chir.*, janv. 1875.)

Tétanos traumatique. — Traitement par le chloroforme. — Mort (Descamps). — Jeune homme de vingt ans, entre le 1er octobre 1874, à l'hôpital militaire de Louvain, pour une plaie s'étendant de la paume de la main à l'extrémité de l'index droit et occupant toute la face interne de ce doigt.

Cette plaie a été produite quatre jours auparavant par un crochet aigu. Dès son entrée à l'hôpital, on constate un commencement de gangrène des parties molles. Lavage à l'eau phéniquée. Pansement au styrax. Trois jours plus tard sphacèle complet des parties molles de la phalangette. Intégrité de la peau de la deuxième phalange. Pas d'opération par suite du refus du malade.

Le 22 octobre, *commencement de roideur des mâchoires.* 0,25 d'extrait d'opium et dix pilules, une toutes les heures.

Le 13, on commence le traitement par le chloroforme. Le som-

meil arrive vite et dure une heure trois quarts. Les muscles tétanisés se relâchent. Au moment du réveil on voit que les mouvements de déglutition sont difficiles. Au bout d'un quart d'heure, contraction violente de tous les muscles masticateurs.

Nouvelle chloroformisation.

Vers cinq heures du soir, après un quart d'heure de réveil, roideur des muscles de la nuque.

Le 14, les symptômes tétaniques paraissent un peu plus accentués.

Le 15, exagération de tous les phénomènes des jours précédents. Accès violent vers le soir, contraction de tous les muscles des bras et des jambes, opisthotonos. — *Disparition de l'accès par l'action du chloroforme.*

Le 16, aggravation. Mort le 17, à dix heures du matin. — (*Arch. méd. belges*, fév. 1875.)

Fièvre pernicieuse maniaque (Weiss). — A la fin de juin, l'auteur fut appelé chez une malade de cinquante ans environ, qui avait perdu l'intelligence depuis dix-huit heures. Les détails suivants furent donnés sur l'origine du mal. Il aurait débuté pendant que la malade était à travailler aux champs, par une sorte de vertige suivi d'une chute. Elle se serait relevée, aurait été prise, au bout d'un quart d'heure, d'un violent frisson, et serait tombée de nouveau. Depuis ce moment elle n'avait pas recouvré entièrement ses facultés mentales. Au bout de peu de temps, paroles sans suite. Petites taches ecchymotiques sur plusieurs points du corps, mais non sur la face. Élévation de température. L'intelligence est encore assez suivie pour qu'en interrogeant la malade, on parvienne à savoir qu'elle souffre dans le côté gauche. La toux s'accompagne d'expuition de sérosité jaunâtre.

A l'auscultation, respiration bronchique à droite et en arrière, à gauche et en avant, la percussion accuse de la mobilité jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'arc costal, juste au niveau du point où la malade ressentait de la douleur. Un peu de paralysie des extrémités.

Traitement : sangsues derrière les apophyses mastoïdes, infusion de digitale avec ipéca et acide phosphorique.

Insuccès. La malade meurt au bout de trois jours.

Un jeune homme de dix-sept ans, pris de la même façon, mourut en très-peu de temps également.

Chez un homme de quarante-six ans, mêmes phénomènes : la saignée, l'infusion de digitale, furent employés sans résultat.

Tous ces malades habitaient une localité où la fièvre intermittente est endémique, de sorte que les phénomènes d'apoplexie pulmonaire, les altérations de la peau peuvent parfaitement être la conséquence d'embolies pigmentaires.

Chez une jeune fille de seize ans, la maladie débuta par de l'otorrhée et de l'aphasie. Poumons intacts. Rate considérablement grossie. Calomel, poudre de jalap. Quinine à fortes doses toutes les deux heures. Guérison au bout de huit jours. — (*Viener, Med. Presse*, 7 février 1875.)

Empoisonnement par l'acide phénique (Warrez). — Michael H... fut admis à l'hôpital le 26 novembre 1874 et présentait, au moment de son entrée, les symptômes suivants :

Coma complet. Respiration lente et pénible. Pupilles insensibles à la lumière. Pas d'érosions sur la muqueuse des lèvres ou de la bouche. Il était, disait-on, tombé brusquement par terre une heure auparavant et cela sans avoir bu autre chose qu'un verre de whiskey.

L'haleine du malade présentait une odeur caractéristique d'acide phénique. En effet, le surveillant de la distillerie envoya au bout d'une heure, au docteur Warrez, une bouteille de liquide de couleur sombre, dont le malade avait pris un verre pour du whiskey. C'était évidemment de l'acide phénique du commerce.

Traitement : lavements de térébenthine. Sinapismes. Introduction d'un appareil aspirateur jusque dans l'estomac, et extraction d'une certaine quantité de liquide présentant assez bien les caractères de celui qui restait dans la bouteille. Lavages avec de l'eau tiède de la cavité de l'estomac. Lavement alcoolisé. Un peu d'ammoniaque sous les narines.

27 décembre. Reprend connaissance à six heures du matin. Douleurs dans l'épigastre et le parcours de l'œsophage, vomit tout ce qu'il prend. Irritation et rougeur des lèvres sans érosion. Pouls 110. Langue sale. Le matin urine foncée, mais claire et transparente. Pas d'albumine ni de sang. Solution opiacée à l'intérieur. Cataplasme laudanisé à l'épigastre.

Le 28, amélioration générale. Urine de même caractère. Mixture au chlorhydrate de morphine. Depuis ce temps l'amélioration se continua régulièrement, et le malade quitta l'hôpital le 5 janvier. — (*Ir. Hosp. Gaz.*, 15 janv. 1875.)

De l'électricité dans l'hémicrânie (Domenico Severi). — L'auteur a, au mois de septembre 1874, inséré dans le *Galvani*, une note dans laquelle il considère l'hémicrânie comme une paralysie temporaire du sympathique cervical. Il admet toutefois qu'il existe des hémicrânies d'une autre nature. Voici une nouvelle observation du même auteur. Un homme de quarante ans était sujet à de fréquents accès d'hémicrânie du côté gauche de la tête. Ils étaient précédés de chaleur et de gonflement des veines de ce côté ; les accès revenaient tous les mois et plus souvent, quand il se livrait à un travail intellectuel.

Severi proposa l'électrisation du sympathique cervical. Il la pratiqua au moyen de l'appareil d'induction de Pizzorno, en ayant soin de placer un excitateur sur tout le trajet du sympathique au cou. La séance dura dix minutes. Tous les phénomènes existants, chaleur, turgescence veineuse, etc., disparurent.

Au bout d'un mois nouvel accès. On ne pratique pas l'électrisation, et l'on remarque que son intensité et sa durée sont moindres que celles des accès antérieurs. Lorsque survinrent les symptômes prodromiques d'un autre accès, on pratiqua l'électrisation, et l'on réussit à le conjurer. L'auteur en conclut que, dans l'hémicrânie, l'électricité est toujours indiquée, qu'elle est le plus souvent un bon moyen palliatif et même curatif. — (*Ann. univ. de med.*)

Injections intra-utérines dans les métrorrhagies. (W. Draper). — Pendant dix-sept ans, l'auteur a traité toutes les hémorrhagies utérines par des injections, et il se loue surtout de l'usage du perchlorure de fer, qui, dit-il, réussit très-bien dans les métrorrhagies puerpérales. L'auteur employait le perchlorure de fer, avec l'acide tannique, une infusion de matico et l'eau albumineuse.

Il rapporte trois observations dans lesquelles les injections intra-utérines ont eu d'excellents résultats.

Obs. I. — Hémorrhagie au huitième mois de la grossesse sans placenta *prævia*. Deux onces d'une forte solution de matico, introduites dans l'utérus avec un cathéter élastique, en évitant soigneusement l'enveloppe de l'œuf. Tamponnement du vagin. Excitants à l'intérieur. Très-légère hémorrhagie le jour suivant lorsqu'on enlève le tampon. Deuxième injection. Nouveau tamponnement. Plus de traces d'hémorrhagie.

Quelques jours plus tard, naissance d'un enfant vivant.

Obs. II. — Hémorrhagie *post-partum* après l'expulsion du placenta. Injection de plusieurs onces d'eau albumineuse dans la cavité de l'utérus. Arrêt de l'hémorrhagie.

Obs. III. — Rétroversion utérine. Menstruation profuse. Injection de 2 onces de perchlorure de fer. Bon résultat. La menstruation se fit dans la suite régulièrement. Contre la rétroversion, on prescrit l'usage du pessaire Hodge. (*The med. Exaniner*, 1874, n° 18.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 mars 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. Verneuil dépose, au nom de M. Terrillon, un mémoire sur les troubles de la menstruation après les lésions chirurgicales et traumatiques.

M. Larrey dépose, au nom de M. Guillemin, médecin-major, un travail sur les bandages et appareils de fractures. Le travail de

M. Guillemin contient l'analyse de tous les ouvrages traitant du même sujet, antérieurs au sien.

RAPPORTS

M. DUPLAY donne lecture d'un rapport sur une observation de M. Lucas-Championnière, intitulée : *Trépanation du crâne pour une fracture de la voûte du crâne sans plaie des téguments. Guérison.* (Voir le numéro du 30 janvier dernier.) L'incision fut faite au niveau de la bosse frontale gauche, et la couronne du trépan appliquée à l'angle postérieur du pariétal gauche. Une petite lamelle osseuse adhérait fortement à la dure-mère. Pansement alcoolisé et phéniqué.

Le succès obtenu par M. Lucas-Championnière est un exemple de plus à ajouter à ceux qui ont engagé les membres de la Société de chirurgie à revenir à cette opération proscrite depuis Malgaigne. A l'étranger, surtout en Angleterre et en Amérique, les préventions qui la faisaient rejeter sont oubliées depuis les résultats qu'elle a donnés pendant la guerre de sécession. M. Lucas accorde peut-être trop d'importance au traitement antiseptique qu'il a employé. Mais l'étude de la courbe thermométrique qu'a présentée ce malade est intéressante. Avant l'application du trépan, la température, très-basse par suite de la lésion du cerveau, présentait cette particularité qu'elle diminuait encore le soir. M. Lucas se propose de rechercher ultérieurement les causes de ce phénomène. Après l'opération, la température s'est relevée immédiatement, en même temps que disparaissaient les autres symptômes graves.

L'observation de M. Lucas-Championnière et le rapport de M. Duplay sont renvoyés au comité de publication.

M. DE SAINT-GERMAIN donne lecture d'un rapport sur une observation de M. Périer, intitulée : *Opération de trachéotomie pratiquée deux fois sur un même enfant à un mois d'intervalle. Guérison.* (Voir le numéro du 13 février dernier.) Il s'agit d'un enfant de cinq ans atteint de croup. La trachéotomie est pratiquée *in extremis* par le procédé ordinaire. Mais il y a eu tant de modifications apportées au procédé ordinaire que M. le rapporteur eût désiré plus de précision à ce sujet. La canule a été retirée le cinquième jour. Mais avait-elle été d'abord enlevée un certain temps les deuxième, troisième, quatrième jours, comme on fait d'habitude? L'enfant guérit. Un mois après apparaît du cornage. M. Périer fait une nouvelle opération et pense avoir refoulé avec le dilatateur le bourgeon qu'il n'a pas aperçu. M. de Saint-Germain ne croit pas que l'on doive toujours attribuer à la présence d'un bourgeon charnu le bruit de cornage. Il a vu un malade obligé de subir pendant neuf mois la présence d'une grosse canule, sans qu'aucune cause appréciable expliquât le bruit de cornage qui se renouvelait dès qu'on l'enlevait. Doit-on l'attribuer à la sensibilité de la glotte déshabituée pendant quelque temps du passage de l'air et réveillée trop vivement lorsqu'on enlève la canule. Toujours est-il qu'à l'hôpital des Enfants, où l'on pratique beaucoup d'autopsies de trachéotomisés et souvent après la cicatrisation de la plaie, il est excessivement rare de trouver des bourgeons développés sur la cicatrice. M. de Saint-Germain rejette aussi la cautérisation que conseille M. Périer dans ses conclusions. Cette opération difficile est inutile, si elle est superficielle, et peut devenir dangereuse si elle est faite profondément, en engendrant le rétrécissement ultérieur de la trachée. Les autres conclusions de l'auteur sont bonnes, celle surtout qui conseille de faire la nouvelle incision, lorsqu'on est obligé de recommencer l'opération, sur la cicatrice récente.

Des remercîments sont adressés à M. Périer. Son observation et le rapport sont renvoyés au comité de publication.

LECTURES

M. Lucas-Championnière, candidat au titre de membre titulaire donne lecture d'une observation intitulée : *Tumeur située au niveau de l'ombilic et constituée par trois hernies : une hernie ombilicale, une hernie graisseuse volumineuse avec un orifice au niveau de la ligne blanche, et une hernie de l'intestin grêle. Opération. Réduction. Mort.* (Commissaires : MM. Duplay, Panas et Desprès.)

M. VERNEUIL donne lecture de la troisième partie de son mémoire sur la forcipressure.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. GUYON présente un malade guéri d'une fracture directe de la rotule, qu'il s'était faite en tombant sur le bord d'un trottoir. L'écartement des fragments était de la largeur d'un doigt.

Le cal obtenu n'est pas tout à fait un cal osseux, mais les deux fragments sont réunis et juxtaposés, et la marche est normale. C'est la deuxième fois que M. Guyon obtient un résultat aussi satisfaisant par sa méthode de traitement, qui consiste, avant toute chose, à faire disparaître l'épanchement à l'aide de larges vésicatoires renouvelés fréquemment. Les fragments sont faciles à maintenir réduits, lorsque ce premier résultat est obtenu.

DISCUSSION

M. TILLAUX et M. LARREY. Les fractures directes de la rotule sont les seules qui se réduisent complétement et qui puissent se réunir par un cal osseux. Il y a toujours dans ces cas moins d'écartement que dans les fractures indirectes.

M. LE FORT rappelle que Malgaigne a donné pour cause de l'écartement considérable des fragments les efforts qu'a faits le blessé pour se relever et pour marcher. Lorsqu'il n'a pas marché du tout, il n'y a pas d'écartement.

M. DUPLAY présente un malade auquel il a pratiqué la résection de l'acromion et d'une petite portion de l'extrémité externe de la clavicule pour un nécrose étendue et superficielle de l'acromion résultant d'une contusion. Le malade souffrait depuis longtemps de cette lésion osseuse. L'opération a été faite le 9 décembre 1874, et il est aujourd'hui complétement guéri. Il a conservé la facilité de tous les mouvements de l'épaule.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. PANAS présente un nouvel ophthalmoscope à deux faces, plan d'un côté et concave de l'autre, destiné à l'examen ophthalmologique et ophthalmométrique des milieux de l'œil.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Observations sur la pathologie et le traitement du choléra. Résultat d'une expérience de quarante ans.

Par JOHN MURRAY, M. D.
Inspecteur général des hôpitaux d'Angleterre et anciennement du Bengale (1).

L'auteur (mort tout récemment) dit qu'en publiant ce petit ouvrage, il a cédé à la prière de nombreux confrères. Il y donne ses vues sur le traitement du choléra aux Indes, où il s'est occupé spécialement de cette maladie, et où il a eu des occasions répétées de contrôler le résultat des médications. Après avoir ainsi acquis l'opportunité de se former une opinion sur bon nombre des points les plus importants et jusqu'alors mal établis, il a eu ensuite le loisir d'examiner les idées d'autrui et constate que si l'on a beaucoup écrit sur l'historique, les causes et la pathologie de l'affection, on n'a guère parlé du traitement, sinon pour donner une liste des médicaments auxquels on attribuait une action spécifique sur la maladie.

La seule méthode rationnelle de traitement qu'il ait vu proposer consiste dans l'élimination du poison par l'emploi de purgatifs. Cette méthode a quelques défenseurs en Angleterre et a été recommandée, pendant la dernière épidémie qui a régné en France. Elle est bien fondée en tant qu'il s'agisse d'utiliser les différents viscères, tels que le foie, les reins et les poumons pour éliminer du sang les impuretés qu'il contient; mais, dans cette maladie, l'action fonctionnelle des intestins a une tendance extrême à s'exalter outre mesure et à déterminer le collapsus, pendant lequel les médicaments actifs ont perdu leur énergie et où la sécurité exige qu'on se borne aux palliatifs les plus doux.

Le choléra semble s'être établi à demeure en Europe, et l'Angle-

(1) Chez Smith, Elder et C°. Londres.

terre ne saurait entretenir l'espoir d'échapper à sa visite. On a donc besoin de connaître une médication rationnelle, et c'est l'espérance de contribuer à cette investigation qui m'engage (dit l'auteur) à présenter ma manière de voir, pendant le calme qui précède l'orage, période où l'on pourra la discuter avec plus de sérénité que quand la maladie exercera ses ravages.

Le choléra est un empoisonnement dont les premiers symptômes se traduisent par ce que l'auteur appelle la période de *malaise*. La diarrhée, dite prémonitoire, ne survient qu'ensuite et est comme un effort de la *nature médicatrice*, pour débarrasser l'économie du poison spécifique. Mais comme cet effort peut dépasser le but et aboutir rapidement au collapsus, le médecin doit conseiller à ses malades la meilleure hygiène, les éloigner des centres d'infection, etc., pour tâcher d'éviter la deuxième période. S'il n'a pu y réussir, il devra chercher à apaiser l'irritation intestinale et à arrêter la diarrhée. Le médicament qui inspire le plus de confiance à l'auteur se compose : d'opium 1 p.; de poivre noir, 2 p., et d'*assa fetida* 3 p.; que l'on divise en pilules de 30 centigrammes, et que l'on donne dans un peu d'eau froide, de deux en deux garde-robes. Les évacuations contiennent les germes actifs de la maladie, à cette période ; il importe donc de les bien désinfecter. Mais en dépit de tous les soins, on voit malheureusement trop souvent la deuxième période passer à la troisième, c'est-à-dire au collapsus. Les indications du traitement sont alors d'apaiser les symptômes et d'aider la nature à rappeler les sécrétions suspendues. Ce que l'auteur recommande, c'est surtout l'expectation ; le malade est torturé par la soif, on lui donnera de l'eau glacée, en petite quantité et souvent. Elle sera acidifiée et alcalinisée alternativement, selon l'appétence du patient. On se trouvera bien encore de petites doses de quinine, de lavements salins chauds, de frictions répétées aux extrémités, de fomentations chaudes sur la surface cutanée, etc.

Enfin, lorsque le cholérique a eu la chance d'échapper au danger de cette période, on a encore à redouter pour lui la *réaction*. Les symptômes les plus graves sont alors ceux qui dépendent de l'urémie. Il faudra les combattre avec la plus grande prudence. La convalescence demande aussi beaucoup d'attention ; on conseillera un régime doux, une ceinture de flanelle sur le ventre, le changement d'air, etc.

La nature contagieuse de la maladie n'est pas douteuse pour l'auteur, et, entre autres preuves, il cite la suivante : sur 291 cas traités dans les hôpitaux de Paris, du 16 septembre au 18 novembre 1873, 101 prirent naissance dans les hôpitaux, sur des malades qui y étaient entrés pour d'autres affections (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1874). Il faut donc pratiquer l'isolement sur la plus large échelle possible, et, en temps d'épidémie, il serait bon de traiter les malades sous des tentes, à la manière indienne.

(Traduction du Dr DARIN.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous sommes priés de donner la publicité de nos colonnes à la proposition suivante faite à la Société de médecine de Paris dans sa séance du 27 février 1875, par MM. Perrin et Reliquet.

En prenant, il y a quelques semaines, possession du fauteuil de la présidence, notre collègue M. Gallard, rappelant le passé glorieux de notre société et son droit d'aînesse sur les autres sociétés médicales de Paris, s'est demandé s'il n'y aurait pas, en raison du principe de l'union qui fait la force, un réel avantage à grouper en un seul faisceau, et dans son propre sein, plusieurs de ces sociétés également méritantes, mais vivant plus ou moins péniblement, et, grâce à cette fusion, de constituer une grande et unique association scientifique dont les séances et les discussions, comme il le disait justement, gagneraient singulièrement en autorité et en importance par le concours, devenu plus nombreux et plus actif, de ses membres.

Pour notre compte, nous nous associons pleinement aux tentatives que la Société de médecine de Paris croirait devoir faire dans le sens indiqué par notre honorable président. Comme lui, nous croyons à la fécondité et à l'avenir des idées qu'il a émises, et à tous les avantages qu'offrirait, à Paris, la formation d'une société de médecine plus nombreuse, libre de toute attache officielle, se recrutant indistinctement dans tous les rangs de la profession.

Toutefois la solution pratique d'une pareille fusion étant pleine de difficultés, nous avons l'honneur de proposer à la société la nomination d'une commission de cinq membres, qui serait chargée de faire une étude approfondie de la question, et, s'il y avait lieu, de lui apporter des conclusions.

Le président et le secrétaire général feront partie de droit de cette commission.

— La commune de Recey-sur-Ource, chef-lieu de canton, demande un docteur en médecine. — S'adresser au maire de Recey-sur-Ource (Côte-d'Or).

Traitement rationel de la phthisie pulmonaire, par le docteur DE PIETRA SANTA. — In-8° de 448 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, 1875, Octave Doin.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, 7, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

MÉDICATION SUDORIFIQUE ET SIALAGOGUE.

Véritable Jaborandi du docteur COUTINHO.

Sous trois formes :

1° **Jaborandi concassé**, chaque paquet contient la dose nécessaire à une infusion ;
2° **Sirop de Jaborandi** } deux cuillerées à bouche pour une sudation.
3° **Élixir de Jaborandi** }

DÉPÔT : PHARMACIE YVON, 7, *rue de la Feuillade, près la Banque.*
Vente en gros : maison GRIMAULT et Cie, 8, rue Vivienne.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Lundi 8 mars, en apprenant la mort de M. Mathieu, l'Académie, pour rendre hommage à une si belle vie, et en signe de deuil, a levé immédiatement la séance.

M. Mathieu, âgé de quatre-vingt-douze ans, était le doyen de l'Institut, et malgré cet âge avancé, il présidait au moment de sa mort la commission internationale du mètre.

— Dans la séance du 15 mars, M. le commandant Mouchez, de retour de Saint-Paul, où il était allé observer le passage de Vénus, a raconté d'une façon très-saisissante les diverses péripéties qui ont favorisé ou troublé ses observations.

En somme, malgré le climat tempétueux de cette île, le résultat a été satisfaisant, et M. Mouchez a rapporté 489 épreuves photographiques qui pourront être utilisées.

— En réponse à une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, M. Milne-Edwards lit un rapport au sujet des ravages produits en Amérique par le *Doryphora decemlineata* sur la pomme de terre.

Le doryphora est un coléoptère de la famille des chrysomeliens, et le genre auquel il appartient est propre au nouveau monde ; il mesure 1 centimètre de long. Cet animal ne se fixe jamais sur les tubercules, mais il vit sur les feuilles à l'état de larve, et lorsqu'il arrive à l'état parfait, c'est aux dépens des feuilles qu'il se nourrit. M. Milne-Edwards, partageant en cela l'opinion de M. Blanchard, pense qu'il est possible, mais non probable, que le doryphora soit importé accidentellement par les navires ; il pense aussi que ce coléoptère pourrait parfaitement s'acclimater chez nous. Par conséquent M. Milne-Edwards, au nom de la commission dont il est le rapporteur, propose d'émettre un avis favorable aux mesures prohibitives indiquées par M. le ministre de l'agriculture et du commerce, savoir : l'interdiction temporaire des pommes de terre provenant, soit des États-Unis d'Amérique, soit des pays où pareille interdiction n'aura pas été prononcée. Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

— M. Demarquay adresse une note *sur le traitement de l'obstruction intestinale au début, par l'aspiration du gaz*. Préoccupé de la gravité de la gastro-entérotomie, pratiquée dans le but de faire cesser la tympanite et de rétablir le cours des matières intestinales, M. Demarquay a eu l'heureuse idée d'employer la simple ponction intestinale pour enlever artificiellement les gaz. A cet effet, il ponctionne l'intestin en plusieurs endroits avec le trocart capillaire du docteur Potain, et sur chaque point il enlève les gaz avec l'aspirateur. Ce procédé, que l'auteur emploie seulement avant l'apparition des symptômes de la péritonite, lui a réussi sur trois sujets. Les dangers sérieux de l'obstruction intestinale, d'un côté ; de l'autre, l'inocuité relative du procédé recommandé par M. Demarquay ne permettent pas d'hésiter dans l'emploi de ce procédé. D'ailleurs, n'a-t-on pas déjà employé la ponction aspiratrice dans la hernie étranglée, qui n'est autre chose qu'une obstruction intestinale d'un autre genre ? Si je ne me trompe, cette dernière opération a été pratiquée pour la première fois par M. Dieulafoy. Si ce n'est lui, c'est à coup sûr avec son appareil aspirateur que l'opération a été faite.

— Quel dommage que les infiniment petits ne possèdent pas un cerveau, des yeux, des oreilles ! Ils pourraient émettre leur petit avis sur la lutte gigantesque qui s'engage depuis quelque temps à leur endroit. Mais il en est des petites bêtes comme des grandes : toutes subissent l'ignorance de l'homme jusqu'au moment où celui-ci a appris à les mieux connaître.

Les sourds-muets, par exemple, sont les intéressantes victimes de l'ignorance de leurs instituteurs. Pendant que leurs maîtres, bien intentionnés sans doute, crient à tue-tête dans les carrefours et impriment dans les gazettes qu'ils enseignent la parole aux sourds-muets, ceux-ci restent muets, et il ne leur vient jamais à l'esprit d'élever la voix, d'utiliser la parole qu'on leur accorde d'une façon si libérale à défendre leur propre cause. Il en est cependant quelques-uns qui échappent à l'inflexible loi de l'ignorance.

Mais ceux-ci pensent, ceux-ci protestent, ceux-ci ne sont qu'infirmes, mais de tout point nos égaux ; ils pensent avec un tout autre instrument que le nôtre. M. Berthier, sourd-muet et doyen de nos professeurs, n'a jamais appris à parler ; pendant que les autres perdaient leur temps à proférer quelques sons articulés, il pensait avec ses signes naturels, il développait son intelligence par la lecture et par l'écriture, et il arrivait ainsi à pouvoir traduire le code Napoléon à l'usage des déshérités comme lui. Une lettre d'approbation, qui nous fut écrite de la façon la plus spontanée par ce vénerable doyen (nous ne le connaissions pas alors) lorsque parut notre *Physiologie du sourd-muet*, est un de nos plus chers souvenirs.

Si l'ignorance des instituteurs de sourds-muets retombe

d'un poids très-lourd sur l'avenir de ces pauvres enfants, l'ignorance relative des savants qui s'occupent des infiniment petits n'a pas des conséquences si graves ; mais les disputes, les contradictions des uns et des autres proviennent du même motif : ils ne connaissent pas suffisamment l'objet en litige. Les petites bêtes ne parleront et ne penseront jamais, quoi qu'on fasse. Cette certitude est déjà une notion qui a bien son mérite. Mais ceux qui parlent et qui pensent émettront à leur sujet des idées moins sujettes à contradiction quand on connaîtra un peu mieux leur valeur biologique et les conditions qui président à leur développement et à leur disparition.

Cela dit, nous enregistrerons volontiers le démenti que M. U. Gayon donne à M. Béchamp touchant l'existence des bactéries dans les œufs pourris. M. Béchamp, par deux fois, devant l'Académie, avait affirmé qu'il n'existe pas de bactéries dans les œufs pourris. « Je ne puis, répond M. Gayon, laisser passer sans réponse l'assertion deux fois reproduite de mon savant contradicteur; en conséquence, j'affirme aussi que dans tous les œufs pourris que j'ai examinés, c'est-à-dire dans plusieurs centaines, j'ai toujours trouvé des bactéries ou des vibrions, et que je n'ai pas rencontré à ce fait une seule exception. J'ai indiqué ailleurs divers procédés qui permettent d'observer à coup sûr ces petits organismes dans les œufs pourris.» Il est évident que ces contradictions, ces disputes par *oui* et par *non*, ne seront plus possibles lorsqu'on connaîtra exactement les lois qui président à la genèse et au développement des infiniment petits. On a sur ce point beaucoup à faire.

— MM. Feltz et Ritter adressent une note intitulée : *Recherches sur les effets de la ligature du canal choledoque et sur l'état du sang dans les ictères malins.* La diffluence des hématies, la transsudation et la cristallisation de l'hémoglobine, l'apparition de granules graisseux et de cristaux de cholecterine dans le serum, telles sont les altérations du sang que les auteurs ont relevées à la suite de la ligature du canal choledoque.

Ces altérations varient avec les quantités d'acides biliaires que l'analyse chimique démontre dans le sang. Le symptôme *jaunisse* ne dépend pas des sels biliaires ni de leur transformation, mais de la rétention des matières colorantes.

Comparant les ictères pathologiques à ceux qu'ils ont pu produire artificiellement, les auteurs arrivent à cette conclusion générale, *que la résorption des sels biliaires joue le principal rôle dans tous les cas d'ictère grave, même dans la fièvre jaune.*

Dr Édouard Fournié.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES.

M. de Saint-Germain

—

Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants (1).

(Recueillies par MM. Chenet et Tapret, internes du service.)

DE LA LARYNGOTOMIE

Messieurs, je me propose, dans le courant de cette leçon, de vous exposer les procédés classiques de la laryngotomie et de la trachéotomie. Je m'attacherai, chemin faisant, à vous faire comprendre les inconvénients graves qui peuvent résulter de ces procédés, et à vous démontrer que la méthode que j'ai adoptée et que je vous exposerai dans la prochaine séance, est non-seulement la plus logique, mais encore la plus facile à exécuter et la moins dangereuse.

(1) Suite. — Voir les numéros des 10, 17 décembre 1874 et 11 mars 1875.

On la divise en crico-thyroïdienne et thyroïdienne.

Laryngotomie thyroïdienne. — Pratiquée peut-être par les anciens chirurgiens, qui créaient une voie artificielle sans trop déterminer le point par lequel ils pénétraient, l'ouverture du larynx au moyen d'une section verticale et médiane du cartilage thyroïde, a été, pour la première fois, décrite comme opération réglée par Desault, dont voici le procédé :

Le larynx étant fixé, les téguments tendus par la position de la tête et par la main gauche de l'opérateur, une première incision divise la peau et le tissu cellulaire depuis la partie supérieure du cartilage thyroïde jusqu'à la base du cricoïde. *Cherchant alors la membrane crico-thyroïdienne*, le chirurgien, guidant son bistouri sur son ongle, perfore cette membrane, puis glissant une sonde cannelée jusqu'en haut, il divise avec l'instrument tranchant le cartilage thyroïde sur la ligne médiane et dans toute sa hauteur.

Bien qu'en général aisée à cause du peu d'épaisseur des parties à diviser, cette méthode peut donner lieu à des accidents assez graves.

L'ossification sénile ou morbide du thyroïde peut forcer l'opérateur à terminer l'opération avec des cisailles ou même la scie, ce qui compromettrait grandement les cordes vocales. Celles-ci sont, du reste, souvent intéressées dans la laryngotomie thyroïdienne, même lorsqu'elle est faite de la manière la plus régulière, à cause de la difficulté qu'on éprouve à se tenir constamment sur la ligne médiane d'un organe aussi mobile que le larynx.

L'hémorrhagie, accident signalé par Marjolin et Monod, provient, dans ce cas, de la blessure des rameaux artériels qui rampent à la face interne du thyroïde et proviennent du rameau laryngé de la thyroïdienne supérieure.

Un autre accident plus grave et propre à la laryngotomie thyroïdienne a été signalé par Blandin : c'est le passage des boissons par la plaie pendant la déglutition. Ce fait, qui confirme les idées de Magendie relatives au rôle protecteur de la la glotte dans la déglutition, n'a pas de gravité, quand la laryngotomie est faite temporairement pour l'extraction d'un corps étranger, par exemple; mais il n'en serait pas de même si une canule devait être placée à poste fixe dans la plaie. La laryngotomie thyroïdienne doit donc être absolument réservée pour l'extraction des corps étrangers du larynx.

De la laryngotomie crico-thyroïdienne. — Proposée pour la première fois par Vicq d'Azyr en 1776, réimaginée en 1779 par de Fourcroy dans une thèse où il ne cite pas Vicq d'Azyr, réinventée par Bichat, cette méthode est minutieusement décrite par ce dernier, qui conseille même d'inciser la membrane plus près de son bord inférieur que de son bord supérieur, afin d'éviter la blessure de l'arcade résultant de l'anastomose des deux artères crico-thyroïdiennes. Cette sage précaution juge la valeur du procédé de Ch. Bell, qui conseillait de fendre la membrane circulairement.

Voici, textuellement à ce sujet, l'opinion de Lenoir :

Par le procédé de Bichat, la laryngotomie thyroïdienne est une opération des plus simples et des plus faciles. Elle s'exécute promptement ; elle a l'avantage de ne porter que sur une membrane fibreuse peu sensible; de ne diviser que peu de parties, car cette membrane est superficiellement placée ; de n'exposer à la blessure d'aucun vaisseau qui puisse fournir une quantité notable de sang; enfin de laisser la glotte libre, et de n'intéresser aucune portion essentielle du larynx, et cependant

elle est entièrement rejetée de la pratique actuelle. Elle doit cette exclusion au seul reproche qu'elle mérite, celui de fournir une ouverture insuffisante pour le passage de la canule.

Laryngo-trachéotomie. — De beaucoup la plus récente parmi les méthodes de trachéotomie, elle est décrite par Boyer dans son *Traité des maladies chirurgicales.* Il paraît, en effet, l'avoir exécutée le premier en 1820, de la façon suivante : il fit, sur la ligne médiane du cou, une incision de un pouce et demi d'étendue, plongea un bistouri dans la partie supérieure de la trachée, puis incisa de bas en haut, sur la sonde cannelée, les premiers anneaux de la trachée, le cricoïde et la membrane crico-thyroïdienne.

Nul doute qu'il ne soit beaucoup plus commode d'entrer d'abord dans la membrane crico-thyroïdienne et de sectionner de haut en bas la cricoïde et la trachée.

Cette opération est rendue facile par la position superficielle de la membrane crico-thyroïdienne; elle n'offre que peu de chances d'hémorrhagie en raison du très-petit volume des crico-thyroïdiennes, et elle fournit une ouverture très-suffisante au passage des canules volumineuses. Elle n'a pour Lenoir qu'un inconvénient, c'est le danger de laisser, pendant un temps qu'il est impossible de fixer à l'avance, une canule à demeure à une aussi courte distance des cordes vocales.

Nous savons aujourd'hui par expérience que cette distance est assez considérable pour qu'il n'en puisse absolument rien résulter de fâcheux pour la phonation.

1° *De la trachéotomie.* — C'est la méthode de bronchotomie la plus ancienne et la plus souvent pratiquée.

Historique. — Anthyllus renversait fortement en arrière la tête du malade, puis incisait en travers la peau et la trachée entre le troisième et le quatrième anneau. Il conseillait d'inciser d'abord la peau soulevée par un crochet, si l'on tenait absolument à ménager les veines.

Fabrice d'Aquapendente et Casserius divisaient la peau en long, puis la trachée en travers, et laissaient une canule dans la plaie.

C'est ce procédé qui, enseigné en 1821 par Boyer, a subi cependant quelques modifications. Déjà Dionis et Garengeot conseillent de couper la peau sur un pli, d'entrer dans la trachée à l'aide d'une lancette, et de glisser dans l'interstice un stylet conducteur de la canule. Sans parler des divergences d'opinion au point de vue de l'intervalle qu'il faut choisir entre les cerceaux de la trachée, disons qu'un progrès remarquable est celui du bronchotome, qui, tout en créant un très-petit orifice, donne en même temps passage à la canule. Tels sont les procédés de Sanctorius, de Duker, de Bauchot, de Richter, etc.

Quelle que fût l'opposition systématique faite au bronchotome par Van Swieten, il n'en fut pas moins souvent dans le siècle dernier, mis en parallèle avec le bistouri et parfois même avec succès (Heister). Malgré cette vogue du temps, on peut dire que cette méthode pèche par deux points : 1° difficulté de ponctionner toujours un canal aussi mobile que la trachée; 2° difficulté d'introduire après la ponction des canules assez grosses pour permettre l'accès d'une quantité d'air suffisante.

Voici le procédé de trachéotomie classique d'Heister. Nous verrons, chemin faisant, les modifications qu'y ont apportées Trousseau, Guersant, etc.

Appareil instrumental. — Il se compose d'un bistouri droit à lame étroite, d'un bistouri boutonné et d'une paire de ciseaux. Il est nécessaire d'y adjoindre un instrument appelé dilatateur, et l'on a le choix entre les différents modèles de Trousseau, de Laborde, de Chassaignac, de Nélaton. A défaut de dilatateur, on pourrait à la rigueur se servir ou des écarteurs employés dans la ligature des artères, ou d'une simple pince à pansements. Je n'ajoute ici que pour mémoire la longue pince courbe dite à fausses membranes, et que l'on pourra utiliser pour l'extraction des corps étrangers des voies aériennes.

Position à donner au patient. — Verdue et Garengeot voulaient qu'on l'assît sur une chaise. La plupart des auteurs conseillent le décubitus horizontal sur un matelas, la tête fortement étendue à l'aide d'un coussin dur placé sous la nuque. Bien que chacune de ces méthodes semble avoir ses dangers, et que si, d'une part, Trousseau relate un fait de syncope mortelle chez un malade opéré par lui sur une chaise, Foville cite, de son côté, une asphyxie presque subite chez une femme dont la tête était dans l'extension forcée, on ne peut nier que, pour l'opérateur, pour les aides et pour le sujet, la position du décubitus horizontal avec extension modérée de la tête (Ledran), ne soit de beaucoup la meilleure situation à conseiller. Dans l'immense majorité des cas, le chirurgien se place à droite et fixe ainsi facilement de sa main gauche le larynx et la trachée.

Trois aides sont nécessaires. Le plus indispensable est celui qui, placé vis-à-vis de l'opérateur, suit chacun de ses mouvements et l'aide suivant les besoins, soit en abstergeant le sang qui s'écoule, soit en comprimant les vaisseaux qui donnent, soit enfin en écartant les lèvres de la plaie. Les deux autres aides maintiennent, solidement fixée, la tête du patient, ses bras et ses jambes.

Les choses ainsi disposées, le chirurgien fait à la peau une incision depuis le cartilage cricoïde jusqu'à la fourchette sternale; et sectionne avec précaution, mais en un ou deux coups, la peau et l'aponévrose cervicale superficielle. Il entre alors dans le sillon celluleux qui sépare quelquefois les muscles sterno-hyoïdiens, ou pénètre dans le tissu musculaire lui-même s'il y a fusion intime entre ces deux muscles. Cette incision n'a pas besoin d'être aussi étendue que l'incision cutanée. La même manœuvre est employée pour les sterno-thyroïdiens, et le doigt, placé sur la trachée, s'assure d'abord qu'il n'y a pas au devant d'elle d'anomalie artérielle importante, puis se fixe sur le point au-dessus duquel doit commencer la section trachéale. Le bistouri droit, glissé alors sur le bord cubital de ce doigt conducteur, pénètre dans la trachée par ponction, puis achève l'incision de bas en haut en lui donnant l'étendue nécessaire. Le malade est immédiatement assis; puis le dilatateur est introduit, et enfin la canule.

Notons que, dans la grande majorité des cas où l'on fait la trachéotomie, la suffocation est imminente. Le cou est gonflé et le sang veineux ne circule pas. Aussi est-il nécessaire, dans la prévision des grandes difficultés qui peuvent survenir, et qui seront d'autant plus grandes que l'asphyxie sera plus considérable, de pratiquer une très-large incision à la peau, sans qu'il y ait besoin pour cela de fixer à l'avance son incision ou de faire un pli cutané, comme le conseille Trousseau.

Le suintement que fournissent continuellement les vaisseaux artériels ou veineux, divisés chemin faisant et surtout au niveau de l'isthme du corps thyroïde, crée une certaine difficulté en masquant les parties à diviser et peut devenir un véritable danger tant par l'abondance de l'hémorrhagie que par l'introduction possible du sang dans les voies aériennes.

Aussi Velpeau veut-il qu'on lie tous les vaisseaux au fur et à mesure qu'ils donnent, et Récamier conseille-t-il de faire la bronchotomie en deux temps séparés par quelques heures.

Ces moyens sont le plus souvent inapplicables et peuvent être remplacés par l'incision rapide et large de la trachée. En effet, cent onze fois sur cent treize Trousseau a vu le sang s'arrêter dès l'ouverture de la trachée; aussi conseille-t-il d'écarter avec des érignes mousses tous les vaisseaux qu'on peut apercevoir dans la plaie. S'il est impossible de les ménager, on les coupera franchement en travers et l'on se hâtera de terminer la trachéotomie. Il faut bien dire que, le plus souvent, on ne s'aperçoit de la présence d'un vaisseau que quand on en a fait la section.

La mobilité extrême de la trachée, ses mouvements d'ascension et de descente pendant la déglutition et la respiration constituant une difficulté sérieuse, ont inspiré à Bauchot, Sans son aîné, l'idée d'employer des instruments fixateurs. Trousseau et Monod condamnent cette méthode et conseillent, le premier, de profiter de chaque expiration pour inciser à petits coups les couches pré-trachéales, le second d'opérer à la volée.

Dans le cas où le bistouri s'échappe de la plaie trachéale avant que l'incision soit assez étendue, le chirurgien s'arme d'un bistouri boutonné, et agrandit l'incision; ce procédé vaut mieux que celui de la sonde cannelée et des ciseaux.

Parmi les accidents qui peuvent accompagner ou suivre l'opération, on a signalé la blessure de l'artère carotide (*Etudiant* de Béclard), du tronc brachio-céphalique (Blandin). Ces cas sont fatalement et rapidement mortels, mais heureusement fort rares. Le plus souvent, l'hémorrhagie est de source veineuse, on y portera remède par la ligature des deux bouts du vaisseau lorsque le sang s'est introduit en abondance dans les voies aériennes. Roux conseillait de l'aspirer directement; nous repoussons absolument ce moyen comme inefficace et dangereux; s'il existe une thyroïdienne de Neubauer, et qu'on l'ait sectionnée, on la liera comme dans les cas ordinaires.

On peut, en ponctionnant trop vigoureusement perforer la paroi postérieure de la trachée, ainsi que l'œsophage. Sédillot cite un cas de mort à la suite d'une hémorrhagie due à la section d'une veine pré-œsophagienne.

L'emphysème, bien que cité, est rare surtout avec les grandes incisions. Il en est de même de l'entrée de l'air dans les veines, malgré les craintes de Trousseau à cet égard.

De cet examen, il résulte *que la trachéotomie est, au point de vue opératoire, la méthode de bronchotomie la plus dangereuse et la plus difficile à exécuter;* mais elle respecte l'intégrité des cordes vocales sur le moment même et dans l'avenir; elle fournit facilement une longue ouverture pour l'extraction des corps étrangers, et pour l'introduction d'une *grosse canule.*

(*A suivre.*)

ACCIDENTS CONSECUTIFS

A LA COMPRESSION INCOMPLÈTE DE LA VESSIE ET DU RECTUM PAR LES CORPS FIBREUX UTÉRINS INTERSTITIELS

par M. H. Fourestié, ancien interne des hôpitaux.

Conclusions. — La compression incomplète de la vessie et du rectum par des corps fibreux utérins interstitiels suffit pour amener des accidents suivis de mort. — La compression incomplète du rectum peut amener un obstacle complet aux cours du gaz, avec incontinence des matières fécales liquides. — Les accidents du rein peuvent passer inaperçus; aussi toutes les fois qu'on a constaté la présence d'un corps fibreux utérin interstitiel et qu'on ne trouve pas de quoi expliquer un état général faisant présager une terminaison prochaine, on doit songer à des lésions rénales. — Les lésions du rein peuvent être occasionnées non-seulement par de petit corps fibreux utérins interstitiels, mais aussi par ceux que leur volume oblige à s'élever au-dessus du petit bassin. — (*Gaz. méd.*)

DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

DE L'ÉLECTRICITÉ (1).

Par le docteur Althaus (de Londres)
(traduction du docteur Darin).

Parmi les batteries le plus récemment inventées, celle de Leclanché a excité beaucoup de curiosité et d'attention. Aussi est-ce par elle que nous commencerons nos descriptions parce que les indications données jusqu'ici sur son compte n'offraient rien de précis et de vraiment utile. Disons tout de suite que l'appareil Leclanché est le plus constant que l'on connaisse, en ce qui concerne la longueur de temps pendant laquelle son action reste appréciable. Durant le séjour que nous venons de faire à Paris, M. Tripier nous a montré un Leclanché qui, bien que chargé depuis quatre ans et sans avoir jamais été touché depuis, donnait encore des signes d'une activité galvanique considérable. Le couple Leclanché se compose d'un vase extérieur de verre, d'un bâton ou d'une lame de zinc, d'un prisme de charbon entouré d'un mélange de peroxyde de manganèse natif et de coke concassé en grains de la grosseur d'un grain de blé. Ce mélange est enfermé dans un vase poreux, ou simplement comprimé et aggloméré autour du prisme de charbon à l'aide d'un ciment spécial.

Il se charge en versant dans le vase intérieur une solution concentrée de chlorure d'ammonium, jusqu'aux deux tiers de sa hauteur environ. Le vase est fermé par un couvercle qui laisse passer le prisme de charbon et qui est percé de petites ouvertures pour permettre l'accès de l'air et le dégagement de l'hydrogène et de l'ammoniaque formés par l'action électrolytique de la batterie. Au moment où l'on ferme le circuit, on obtient les réactions suivantes : l'eau et la solution de chlorure d'ammonium se décomposent; le chlore se combine avec le zinc, l'hydrogène est absorbé par l'oxygène de la pyrolusite et l'ammoniaque est mise en liberté. Celle-ci est d'abord absorbée par l'eau; mais, dès que l'eau en est saturée, l'ammoniaque s'échappe dans l'atmosphère à travers les orifices du couvercle. La batterie Leclanché donne une quantité considérable d'électricité. Selon Beetz, son pouvoir électro-moteur est 1,167, celui du couple de Daniell étant pris pour unité.

Ce nouveau couple galvanique, imaginé en 1868, fut utilisé pour la première fois pour la pratique médicale, par M. Gaiffe (de Paris). Celui-ci emploie soit l'appareil original de Leclanché, soit une modification qui est due à M. Tripier, et qui

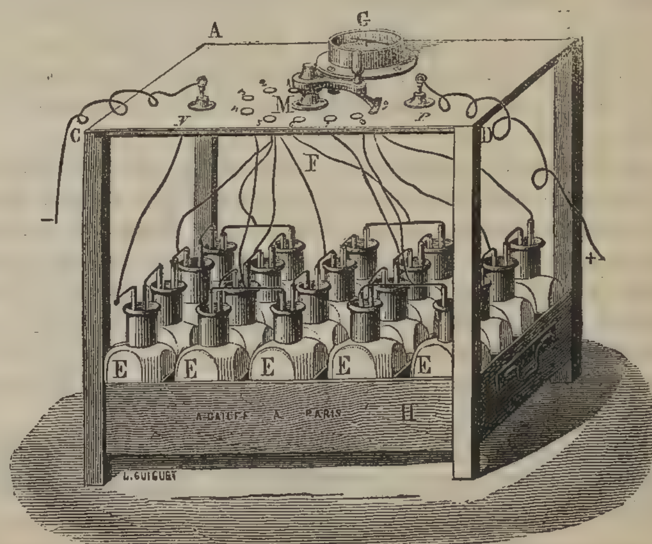


Fig. 1.

(1) Suite. — Voir le numéro du 16 mars.

consiste dans la substitution au charbon et au manganèse d'un morceau de plomb entouré de minium (1). Ces couples se disposent en batteries comprenant de 24 à 60 éléments réunis dans un casier. La figure 1 en montre une composée de 24 couples. Toutes sont munies d'un « collecteur » qui permet de choisir, dans la batterie, le nombre d'éléments que l'on veut, de façon à avoir une augmentation ou une diminution de puissance, sans produire la moindre interruption du courant. Les réophores et autres accessoires sont renfermés dans la caisse. A, B, C, D est la tablette qui porte le collecteur M, le galvanomètre G et les pièces percées dans lesquelles s'insèrent les extrémités des réophores, N, P; E, E, E, E couples de la pile; F, fils qui réunissent les couples au collecteur; H, casier contenant la batterie. M. Gaiffe a imaginé un « collecteur double » (2) qui permet d'utiliser (figure 2) tels couples que l'on veut et, par conséquent, de faire travailler tour à tour les différents éléments de la batterie, tandis qu'avec le simple on est forcé, quel que soit le nombre de couples dont on a besoin, de commencer toujours par le premier, et de lui ajouter successivement les suivants. Ce n'est pas tout, le collecteur double permet de renverser le courant sans choc voltaïque. Il consiste

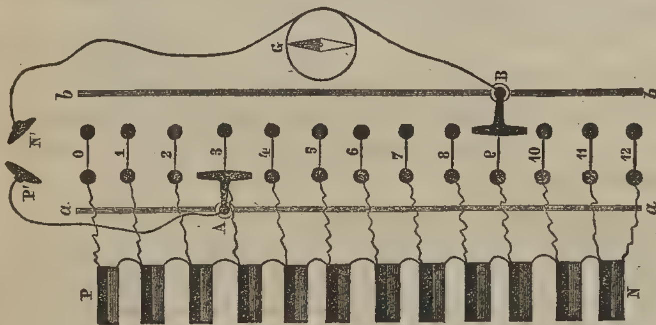


Fig. 2.

en une double rangée de boutons métalliques reliés ensemble, deux à deux, au moyen de fils conducteurs. Les 12 premières paires sont en communication avec les pôles positifs de la batterie P N; la 13e avec le pôle négatif du dernier couple de cette batterie. De la sorte on peut, en attachant les réophores AP' BN' aux boutons, recueillir le courant fourni soit par la batterie entière, soit par une portion quelconque de cette batterie. Le contact des réophores avec les boutons s'établit à l'aide des ressorts A et B. Le ressort A étant en contact avec l'un quelconque des boutons de la rangée de droite et le ressort B avec l'un quelconque de la rangée opposée, on a la facilité d'utiliser soit le commencement, soit le milieu, soit la fin de la pile. Le pôle positif se trouve, dans cette disposition, le plus rapproché de O, et le négatif celui qui en est le plus éloigné. Ainsi donc, lorsqu'on n'emploie qu'un nombre limité d'éléments, on peut se servir tantôt d'une série, tantôt d'une autre, de façon à ne pas jeter tout le poids de l'action chimique sur les couples initiaux de la batterie. On s'assure de l'intégrité de toute partie du circuit en fermant ce dernier en NP' au moyen du galvanomètre G.

Le prix du Leclanché de Gaiffe, de 24 éléments, est de 100 francs; on peut se procurer 12 couples en plus moyennant 30 francs; de sorte qu'une batterie composée de 60 éléments revient à 190 francs. L'addition du collecteur double élève le prix de 15 francs. On peut encore ajouter un commutateur pour renverser la direction du courant et produire des chocs voltaïques, moyennant 10 francs.

MM. Keyser et Schmidt (de Berlin) ont également construit un Leclanché; mais il n'est pas portatif et ne peut servir que pour le cabinet de consultation. Il a l'aspect d'un buffet et contient 24 grands éléments. Sur la face supérieure du buffet, se trouvent un cadran permettant de choisir la force galvanique dont on a besoin, un galvanomètre, un renverseur de courant et deux pièces percées pour l'insertion des réophores. Le prix de l'appareil est d'environ 275 francs.

Le professeur Beetz (de Munich) a construit un Leclanché portatif, qui sera probablement plus utile que l'appareil de Keyser et Schmidt. Il a rejeté complétement le vase poreux et remplit le tiers d'un tube à essai ordinaire d'un mélange de charbon et de peroxyde de manganèse grossièrement pulvérisés; les deux autres tiers sont remplis d'une solution concentrée de chlorure d'ammonium. La surface interne de la partie supérieure du tube est enduite de suif, afin d'éviter l'attraction capillaire du liquide et la cristallisation. Un couvercle de vulcanite ferme l'orifice du tube et donne passage, en sa partie centrale, à un bâton de zinc, traversé par un fil de laiton. Ce dernier forme le pôle zinc (négatif), tandis qu'un fil de platine, partant du fond, représente le pôle de charbon. Le tube est imperméable à l'eau, mais non à l'air. Le liquide contenu ne peut s'en échapper, mais le gaz qui se forme pendant l'action galvanique trouve une issue à travers le couvercle. Beetz a mesuré le pouvoir électro-moteur de cette batterie et le trouve supérieur à celui du Leclanché primitif — c'est-à-dire de 1, 4, si l'on prend l'élément de Daniell pour unité. 24 éléments de Beetz-Leclanché sont donc équivalents à 34 couples de Daniell ou à 36 au chlorure d'argent.

Le prix de l'appareil de 24 couples est de 150 francs, et l'on peut l'augmenter d'un nombre quelconque, moyennant 5 francs par chaque élément. La batterie de Leclanché a été aussi utilisée pour les machines d'induction; mais nous en parlerons à propos de la faradisation.

Notre opinion personnelle relativement à la batterie Leclanché, est qu'elle constitue un appareil très-utile *lorsqu'on ne lui demande qu'un travail de courte durée.* Ce serait donc une excellente batterie pour le médecin ou praticien général qui emploie l'électricité chez de rares malades, de temps en temps; tandis que pour le spécialiste qui a beaucoup à demander à une pile, le Daniell-Muirhead est infiniment préférable. En voici la raison bien simple : la batterie Leclanché se polarise plus facilement que celle de Daniell. Aussitôt qu'elle entre en action, l'eau se décompose et il y a dégagement d'hydrogène. Or, s'il est parfaitement vrai que le peroxyde de manganèse émet une certaine quantité d'oxygène qui se combine avec l'hydrogène pour former de l'eau, cependant ce dernier gaz est toujours en excès, et c'est ainsi que se produit la polarisation. De fait, la polarisation est inévitable dans toutes les batteries, parce que si l'on employait un liquide qui fût incapable de se décomposer, il ne se produirait pas d'action galvanique; c'est donc le *degré* de polarisation qu'il faut considérer dans les batteries. Le courant de polarisation se dirige en sens inverse de celui de la pile, et a par conséquent de la tendance à neutraliser le courant originel. Lorsque la polarisation est énergique, ce courant secondaire devient tellement fort, au bout d'un certain temps, qu'il neutralise complétement le premier, de sorte que l'action de la batterie est réduite à zéro. Or ce phénomène a lieu dans la batterie de Leclanché beaucoup plus rapidement que dans celle de Daniell, avec ce ré-

(1) C'est par erreur que l'auteur attribue cette modification au docteur Tripier; elle appartient à M. Gaiffe, qui l'a indiquée seulement comme pile pouvant être constituée partout et à peu de frais, à défaut d'appareils bien établis. *(Note du traducteur.)*

(2) C'est par une erreur certainement involontaire que M. Althaus attribue l'invention de ce collecteur à M. Tripier. *(Note du traducteur.)*

sultat que la première cessera d'agir après un certain temps de travail. Naturellement, après que la batterie est restée en repos, le courant réapparaît, mais uniquement pour disparaître de nouveau au bout d'une autre période d'activité. C'est la raison principale qui a empêché le Leclanché de supplanter le Daniell-Muirhead dans nos télégraphes postaux, où on l'a essayé sur une large échelle; mais, par contre, on l'a trouvé extrêmement utile pour les signaux des chemins de fer, où l'on n'a besoin que d'une action intermittente et de courte durée.

Un autre inconvénient de la batterie de Leclanché est le dégagement d'ammoniaque libre aussitôt que l'eau a dissous une assez grande proportion de ce gaz pour en être saturée. Ce phénomène se remarque surtout dans les piles grossières qui ont été construites pour les besoins des télégraphes et des chemins de fer, et, bien qu'il soit à peine perceptible dans les appareils modifiés de Gaiffe et de Beetz, ce n'en est pas moins un défaut.

D'un autre côté, un grand avantage est la faculté étonnante de durée d'un bon Leclanché. En cela, il surpasse toutes les autres batteries que l'on a pu construire jusqu'ici; et sa constance, ainsi comprise, paraît être pratiquement illimitée.

On verra ainsi que la batterie de Leclanché est l'exacte contre-partie du Daniell-Muirhead. Dans cette dernière pile, la polarisation est à tous égards réduite à zéro, de telle sorte qu'on en peut obtenir une quantité illimitée d'électricité, alors même qu'on la ferait travailler continuellement la nuit et le jour, sans aucune interruption. Mais il faut la nettoyer et l'alimenter d'une nouvelle solution de sulfate de cuivre, tous les deux ou trois mois, sous peine de la voir bientôt cesser d'agir complétement. Dans les bureaux télégraphiques, où il est indispensable d'avoir une batterie travaillant énergiquement, sans cesser d'agir même une seule minute, on nettoie ces piles presque toutes les semaines ou tous les quinze jours. Dans la pratique médicale, il faut prendre ce soin nécessairement environ une fois toutes les six ou huit semaines. Avec le Leclanché, au contraire, on pourrait se dispenser de ce souci pendant un intervalle de cinq à dix ans. Cette raison fait que les praticiens, résidant dans des provinces reculées ou dans les colonies, où il est difficile de faire recharger les batteries ou de les faire réparer, trouveraient cet appareil inappréciable; il se recommande, en outre, aux médecins qui vivent plus près des centres de civilisation, comme un instrument qui ne refusera jamais de rendre quelque service, même après avoir été relégué au grenier pendant des années (1).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 mars 1875. — Présidence de M. Cornil.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

M. MALASSEZ continue, avec M. Picard, ses expériences sur l'influence de la paralysie de la rate sur la capacité globulaire du sang de cet organe. Voulant apporter la plus grande précision possible dans ces expériences, ces physiologistes, après avoir paralysé une moitié seulement de la rate, ont pris 1 gramme de tissu de cet organe du côté paralysé et 1 gramme de tissu du côté non paralysé, ils ont constaté que la capacité globulaire du premier était plus grande que celle du second.

Pour prévenir cette objection que l'augmentation de globules du côté paralysé pouvait bien tenir à l'état de congestion résultant de la paralysie elle-même, ils ont calculé non plus la capacité globulaire du tissu, mais bien celle du sang contenu dans ce tissu; ils ont obtenu le même résultat, c'est-à-dire un plus grand nombre de globules dans le sang du côté paralysé. Pourtant la différence est moins grande pour le sang lui-même que pour le tissu.

M. CORNIL demande à M. Malassez sur quelle partie de la rate il a pratiqué ces expériences.

M. MALASSEZ répond que, pour obtenir des résultats plus nets, il a toujours pris les deux extrémités opposées, celle du côté paralysé et celle du côté non paralysé.

Sphygmographie. — M. CADMUET communique des tracés sphygmographiques qui ont été pris dans l'élévation du bras, et les compare à ceux qui ont été pris, chez les mêmes individus et dans les mêmes circonstances, dans la position horizontale du bras.

Les premiers présentent certaines modifications qui sont dues à la diminution de la tension artérielle et qui, dans certains cas, peuvent fournir des renseignements plus précis.

M. HÉNOCQUE demande à M. Cadmuet s'il a tenu compte, en prenant ces tracés, de la position du malade. Car on sait que les tracés diffèrent suivant que les malades sont assis ou couchés.

M. CADMUET répond qu'il a toujours commencé par prendre un tracé dans la position horizontale du bras, et le malade étant couché.

Physiologie de la mort subite. — M. TARCHANOFF rappelle l'expérience de Goltz, qui consiste à déterminer brusquement l'arrêt du cœur chez une grenouille par une violente contusion sur l'abdomen. Il a renouvelé cette expérience, mais en se plaçant dans des conditions différentes : il met à nu les intestins d'une grenouille, il attend que l'inflammation se soit produite dans ces intestins, et il fait au niveau du cœur une fenêtre qui lui permet d'observer cet organe. Il suffit de toucher légèrement la plaie enflammée pour voir le cœur s'arrêter immédiatement. Une fois les nerfs pneumogastriques coupés, ce fait ne se produit plus. Cette expérience semble démontrer qu'une simple inflammation locale peut avoir une grande influence sur des organes éloignés et de première importance, tels que le cœur, par exemple.

DISCUSSION

M. RANVIER fait observer que l'intérêt de cette expérience réside dans ce fait qu'elle prouve une augmentation considérable de la sensibilité du grand sympathique sous l'influence d'une irritation locale. En pareil cas, ce nerf, ne pouvant manifester sa sensibilité par la douleur, la manifeste par l'arrêt du cœur.

M. HÉNOCQUE fait remarquer que l'on a souvent constaté, dans des cas de plaies abdominales, compliquées ou non de péritonite, des syncopes que l'on ne pouvait expliquer et dont l'expérience de M. Tarchanoff semble donner l'explication.

M. MOREAU se demande si l'on ne pourrait pas aussi trouver dans cette expérience l'explication de la mort subite attribuée à l'intensité de la douleur résultant d'une goutte d'acide prussique dans l'œil ou bien encore d'une violente contusion du testicule.

M. CORNIL fait observer que bien des causes de mort subite nous échappent encore, que, dans la plupart des cas, l'anatomie pathologique ne peut en donner l'explication, et que c'est à la physiologie qu'il la faut demander.

M. OLLIVIER a lieu l'occasion d'observer un cas de mort subite à la suite d'une perforation non pas de l'intestin, mais de l'estomac.

(1) Pour remédier aux deux grands inconvénients de la batterie Leclanché, MM. Clamond et Gaiffe viennent de créer une nouvelle pile analogue à celle au péroxyde de manganèse; elle se compose d'un cylindre de charbon poreux, contenant dans ses pores du sesquioxyde de fer, et d'un bâton de zinc amalgamé. Les deux éléments de la pile plongent dans un vase contenant du chlorhydrate d'ammoniaque. Cette batterie est d'une force électro-motrice un peu plus faible que celle de Leclanché, mais elle est beaucoup plus constante (moins sujette à polarisation), et a surtout l'immense avantage de pouvoir être rechargée complétement et facilement sans qu'il soit nécessaire de démonter entièrement chaque couple, comme cela a lieu pour l'ancienne pile; enfin, elle est d'un prix de revient très-peu élevé, ce qui permet de construire des appareils galvaniques, à courant continu, de prix très-modéré. *(Note du traducteur.)*

Il était difficile d'expliquer, dans ce cas, le mécanisme de la mort. Quant à la mort subite qu'on observe fréquemment à la suite de la perforation intestinale, on a cherché à l'expliquer par l'intensité de la douleur, par la tympanite, etc.

Ces explications ne sauraient être acceptées; celle qu'en donne l'expérience de M. Tarchanoff semble beaucoup plus rationnelle. Cette même expérience peut compliquer aussi la mort subite dans la fièvre typhoïde, attribuée par certains auteurs aux altérations du muscle cardiaque qu'on trouve dans cette maladie.

M. RANVIER a eu l'occasion d'examiner un grand nombre de cœurs de malades ayant succombé dans le cours d'une fièvre typhoïde. Bien souvent il n'y a remarqué aucune altération, et quand il en a constaté, elles étaient insuffisantes pour expliquer la mort subite. En outre, si la mort subite dans la fièvre typhoïde était due aux altérations cardiaques, comment cette mort subite n'aurait-elle pas lieu dans l'empoisonnement par le phosphore, où ces altérations cardiaques sont encore bien plus accusées que dans la fièvre typhoïde.

Ce n'est donc pas dans ces altérations qu'il faut chercher les causes de la mort subite, mais bien plutôt dans le fait qui ressort de l'expérience de M. Tarchanoff. La mort subite des malades atteints de fièvre typhoïde s'expliquerait alors par un simple déplacement du malade, par les soins un peu trop brusques qui agiraient sur l'intestin de la même façon que la simple pression exercée par M. Tarchanoff sur l'intestin de la grenouille.

M. TARCHANOFF dit qu'en effet un seul mouvement chez la grenouille placée dans les conditions dont il a parlé plus haut, suffit pour déterminer l'arrêt du cœur.

M. HÉNOCQUE dit qu'il faut distinguer la syncope de la mort subite, et que, dans l'expérience de M. Tarchanoff, on produit seulement une syncope et non pas toujours la mort.

M. LEVEN a répété souvent l'expérience de Goltz et n'a jamais, par cette expérience seule, produit la mort chez les grenouilles.

M. GEFFROY dit avoir vu des observations dans lesquelles un violent coup sur l'estomac avait suffi pour amener la mort subite. Il se rappelle entre autres un charretier violemment atteint au niveau de l'estomac par un timon de voiture, et qui est tombé mort sur le coup. A l'autopsie on n'avait constaté aucune lésion capable d'expliquer la mort. C'était donc probablement une syncope produite par le mécanisme qu'explique l'expérience de M. Torchanoff, qui avait été la cause de la mort.

M. LEVEN fait observer qu'en pareil cas l'estomac n'est pas seul atteint par les contusions, et que le cœur doit être atteint aussi, tandis que, dans l'expérience de Goltz, la contusion est produite sur un point circonscrit.

Crampe des employés du télégraphe. — M. ONIMUS a eu l'occasion d'observer chez les employés du télégraphe des phénomènes analogues à ceux qui ont été décrits sous le nom de crampe des écrivains, et que ces employés ont surnommés eux-mêmes le *mal télégraphique*. Il rapporte l'observation de l'un d'entre eux, employé depuis dix-neuf ans dans les bureaux télégraphiques, et qui, il y a dix ans, a commencé à ressentir des phénomènes de ce genre. Il remarqua d'abord que les lettres S, représentée par trois points, I, représentée par deux points, et U, représentée par deux points et un trait, n'étaient plus nettement formées par lui. En même temps, il constatait qu'en traçant ces lettres il éprouvait une certaine roideur, une sorte de crampe dans la main. Le D, qui se fait par un trait suivi de deux points, était bien mieux représenté que l'U qui se fait inversement par deux points suivis d'un trait. Cet employé, voyant cela, essaya alors de ne se servir que du pouce pour inscrire télégraphiquement ces lettres. Ce moyen lui réussit: pendant deux ans il put facilement expédier ses dépêches; mais, au bout de ce temps, le pouce se prit à son tour. Il employa alors l'index et le médius; deux mois après, ils étaient pris comme le pouce. Il eut recours alors au poignet, qui finit par se prendre comme les doigts. Lorsqu'il se forçait, toute sa main et son avant-bras étaient pris de tremblement. Souvent même il eut de l'insomnie et un peu d'excitation cérébrale.

Ces accidents ne se produisent qu'avec le système Morse. S'ils affectaient un trop grand nombre d'employés, M. Onimus pense qu'il y aurait lieu de demander à l'administration de recourir à d'autres systèmes que celui de Morse.

La séance est levée à cinq heures et demie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Lésions tertiaires de l'anus et du rectum, syphitome ano-rectal, rétrécissement syphilitique du rectum. Leçons professées à l'hôpital de Lourcine, par le docteur Alfred FOURNIER; recueillies et rédigées par Ch. PORAK, interne des hôpitaux. — In-8°. Prix: 2 francs.— Paris, Adrien Delahaye.

Du typhus à propos d'une épidémie de fièvre typhoïde à Lyon, par le docteur EMILE ALIX médecin principal des armées. — Br. in-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Lyon 1875. — H. Georg.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.






N° 35. — JEUDI 25 MARS 1875. 48e ANNÉE. JEUDI 25 MARS 1875. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS { Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Continuation de la discussion sur la fermentation, sans intervention d'aucun élément expérimental nouveau. Suite de *discours*, pour parler comme M. Pasteur, à continuer dans la séance prochaine.

Comité secret à cinq heures pour entendre le rapport de M. Le Roy de Méricourt sur les candidats à la place vacante d'académicien libre, à laquelle il sera pourvu par voie d'élection dans la séance prochaine. Succès assuré de la candidature de M. Dechambre, à qui nous adressons d'avance nos plus cordiales félicitations.

Dr B...

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Tillaux

De l'inflammation de la bourse séreuse rétro-calcanéenne.

par M. Collin, interne du service.

Nous venons d'observer dans le service de M. le docteur Tillaux, à l'hôpital Lariboisière, deux cas d'une affection rare, encore peu étudiée, et qui, pour ces raisons, nous ont paru intéressants à faire connaître. Il s'agit de deux cas d'inflammation de la bourse séreuse rétro-calcanéenne.

On sait que le tendon d'Achille, en s'insérant sur la face postérieure du calcanéum, ne s'attache pas sur toute l'étendue, mais seulement sur la moitié inférieure de cette face, de telle sorte que le tendon et la partie supérieure de l'os sont en contact sans adhérer l'un à l'autre, et que, dans les mouvements de flexion et d'extension du pied, il se passe des frottements entre ces deux parties.

C'est précisément dans ce point, entre la moitié supérieure de la face postérieure du calcanéum et la partie de la face antérieure du tendon située immédiatement au-dessus de son insertion, qu'existe la bourse séreuse qui nous occupe.

Sans entrer dans tous les détails de sa description, nous signalerons quelques particularités que nous avons constatées avec M. Tillaux, en examinant cette bourse sur un sujet à l'amphithéâtre des hôpitaux, et qui expliquent bien les signes observés chez nos malades.

Cette cavité séreuse dépasse en dehors le bord externe du tendon et empiète un peu sur la face correspondante du calcanéum. En dedans, au contraire, elle ne déborde nullement le tendon. Son cul-de-sac supérieur, qui empiète de 1 à 2 millimètres, surtout du côté externe, sur la face supérieure du calcanéum, se trouve au niveau d'une ligne horizontale qui passerait par le sommet de la malléole externe, le pied étant à angle droit sur la jambe.

Ce cul-de-sac est en rapport intime avec le tissu adipeux qui remplit l'espace situé entre le tendon d'Achille en arrière et la face postérieure de l'articulation tibio-tarsienne, de l'astragale et des malléoles avec leurs coulisses tendineuses en avant. Ajoutons que cette masse cellulo-graisseuse communique en haut avec le tissu cellulaire profond de la jambe.
mince, mais très-distincte, et présentant des orifices à travers lesquels font saillie, sous forme de franges synoviales, des pelotons adipeux adhérents à la masse cellulo-graisseuse que nous venons de signaler.

On peut donc prévoir, d'après cette disposition, que l'inflammation se communiquera avec facilité de la bourse au tissu voisin, et réciproquement de ce tissu à la synoviale.

Notons enfin que l'aponévrose de la jambe devient à ce niveau extrêmement mince, celluleuse, et permet une communication facile entre le tissu cellulaire sous-cutané qui est en arrière et sur les parties latérales du tendon, et celui qui est situé en avant.

Ces données anatomiques étant établies, voyons maintenant les faits qui nous ont amené à les rechercher.

Obs. I. — Paul C..., quarante ans, cordonnier, entré le 4 février, salle Saint-Augustin.

Le 2 février, cet homme, venant de faire une longue course en portant une hotte assez pesante, glisse sur le trottoir et tombe le pied et la jambe du côté droit repliés sous lui. Il ressent au pied un peu de douleur, mais peut néanmoins regagner seul son domicile. Le lendemain, gonflement et douleur au talon, marche impossible; se fait transporter à l'hôpital le 4. Le 5 on constate : tuméfaction considérable avec empâtement en arrière des malléoles, occupant tout l'espace compris entre les malléoles et le tendon, de telle sorte que les dépressions normales de cette région sont remplacées par un relief très-prononcé. La peau est rouge, chaude. La douleur à la pression est aussi vive d'un côté que de l'autre, immédiatement en avant du tendon. On la provoque encore en pressant sur le tendon, d'arrière en avant, ou bien en imprimant au pied des mouvements de flexion. Les mouvements spontanés du pied sont impossibles à cause de la douleur. Les ligaments latéraux de l'articulation tibio-tarsienne

et les gaînes tendineuses internes et externes sont tout à fait indolents, et doivent, par conséquent, être mis hors de cause. Traitement : cataplasmes émollients.

7 février. — Le gonflement a augmenté ; il s'est étendu à la face dorsale du pied et à la partie inférieure du mollet.

10. — Fluctuation en arrière des malléoles, se transmettant d'un côté à l'autre. Incision du côté externe et issue d'une certaine quantité de pus phlegmoneux. Une sonde cannelée introduite dans la plaie arrive sous la peau du côté interne. On pratique une contre-ouverture et passe un drain.

12. — Le gonflement a beaucoup diminué. Le malade ne souffre presque plus.

14. — Suppuration par le drain encore assez abondante.

Dans ce cas, nous avons eu affaire évidemment à un phlegmon terminé par suppuration du tissu cellulaire situé en avant du tendon d'Achille. Mais à cause de la disposition bilatérale du gonflement, de la douleur provoquée par les mouvements du calcanéum, M. Tillaux n'hésite pas à voir dans ce phlegmon la propagation d'une inflammation de la bourse séreuse, qui, elle-même, se serait enflammée, soit à la suite de la marche prolongée faite par le malade, soit par le fait d'une contusion produite dans sa chute. On sait, en effet, combien il est fréquent, au bras par exemple, de voir des phlegmons succéder aux contusions de la bourse olécrânienne.

Obs. II. — Eugénie R..., vingt-deux ans, bonne. Entrée le 9 février, salle Sainte-Jeanne.

Cette malade raconte que, depuis environ six semaines, elle porte au talon gauche une écorchure faite par sa bottine. Le 7 février reprend des bottines pour faire une course, mais après une heure de marche éprouve au talon une douleur croissante qui l'oblige à s'arrêter et à se déchausser. Le lendemain, son talon est tuméfié, elle souffre dans l'aine, ne peut presque plus marcher et enfin le 9 entre à l'hôpital où l'on constate un gonflement très-prononcé avec rougeur en arrière des malléoles.

petite plaie cutanée existe sur le [illegible] un peu au-dessus de son insertion. Les téguments sont rouges avec un peu de gonflement au pourtour de la plaie ; mais ce qui frappe tout d'abord, c'est l'existence d'une tuméfaction assez prononcée (moins pourtant que le jour de l'entrée), bilatérale, un peu plus marquée à la partie externe et effaçant les gouttières rétro-malléoaires. Pas de fluctuation. On pourrait croire à une inflammation des gaines des péroniers ou des fléchisseurs, mais l'exploration méthodique fait constater leur complète indolence. La malade, invitée à montrer, avec la pointe d'un crayon, l'endroit où elle souffre le plus, indique le point correspondant au cul-de-sac supérieur de la bourse séreuse. La douleur est augmentée par la pression antéro-postérieure sur le tendon et les mouvements de flexion du pied. On en produit une très-vive en saisissant, entre les doigts et le pouce, l'épaisseur des tissus située en avant du tendon. Ajoutons enfin que la malade porte dans l'aine un petit ganglion crural un peu douloureux.

13 février. — Le gonflement a diminué, la douleur est moindre. Il est certain maintenant qu'il n'y aura pas de suppuration.

Comme état local, comme signes, on voit que ce deuxième cas ressemble tout à fait au précédent. Aussi dirons-nous encore ici inflammation de la séreuse rétro-calcanéenne avec phlegmon périphérique. La marche de l'affection n'a pas été la même. Dans le premier cas, l'inflammation de la bourse a été primitive, et le phlegmon consécutif. Ici, c'est l'inverse. Le tissu cellulaire s'est enflammé le premier par suite d'une angioleucite survenue autour de la plaie, puis l'inflammation s'est propagée à la bourse séreuse, donnant lieu aux signes caractéristiques que nous avons indiqués.

Remarquons enfin la terminaison différente, puisque dans ce dernier cas il n'y a pas eu de suppuration.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac

Synovites tendineuses symptomatiques de la syphilis et de la blennorrhagie.

Voici deux cas de *synovites tendineuses* dont le principal intérêt résulte des causes générales ou constitutionnelles, qui seules leur ont donné naissance.

De pareils faits ne sont pas très-rares ; ils ont été déjà signalés et décrits (1). Je crois néanmoins qu'il n'est pas inutile d'en augmenter le nombre. L'histoire, encore obscure et incomplète de ces singulières déterminations de la syphilis et de la blennorrhagie ne peut qu'y gagner.

I

Dans la première observation, l'origine syphilitique de la synovite tendineuse ne peut laisser aucun doute.

Le malade, âgé de trente ans, d'une forte constitution, d'une bonne santé habituelle, n'avait jamais eu aucune maladie vénérienne ou autre, lorsqu'il contracta un chancre infectant dans les premiers jours de juin 1872.

Il vint me consulter quarante jours après l'apparition de ce chancre, et je constatai l'état suivant : roséole papuleuse confluente sur le tronc, les membres et même les mains ; croûtes dans les cheveux, plaques muqueuses labiales ; adénopathie cervicale et inguinale. Le chancre, situé à l'angle des bourses et de la verge, appartenait à la forme ulcéreuse et n'était encore qu'incomplétement cicatrisé. L'explosion des accidents consécutifs avait donc été précoce et vive ; pourtant l'état de la santé générale restait excellent.

Le 8 août 1872, au quarante-deuxième jour du chancre, le malade fut pris presque tout à coup, et sans aucune cause occasionnelle, d'une douleur sur le dos de la main gauche, accompagnée d'un sentiment de gêne, de pesanteur et d'une grande difficulté de remuer les doigts. En même temps, survint un gonflement diffus, sans rougeur de la peau.

[illegible] ces phénomènes morbides du côté de la main gauche étaient devenus beaucoup plus intenses. Sur sa face dorsale, à 1 centimètre au-dessous du poignet, existait une tumeur de la grosseur d'une noix, mais un peu aplatie, vaguement circonscrite, molle et comme fluctuante, rosée, luisante et excessivement douloureuse à la pression. Les doigts étaient à demi fléchis et ne pouvaient exécuter aucun mouvement dans le sens de l'extension ou de la flexion. Impossibilité de se servir de la main ; douleur et irradiations douloureuses dans tout l'avant-bras.

Cette tumeur, qui occupait évidemment la gaîne synoviale des extenseurs, avait grossi pour ainsi dire d'heure en heure depuis la veille, et réagissait sur tout l'organisme par l'acuité de ses symptômes, car la langue était chargé, et il existait un mouvement fébrile assez vif. Aussi le malade se décida-t-il à entrer le lendemain 10 août dans mon service à l'hôpital du Midi.

La tuméfaction du dos de la main avait encore beaucoup augmenté : elle s'étendait depuis le poignet jusqu'au voisinage des articulations métacarpo-phalangiennes. Tous les doigts étaient immobiles et dans la flexion, sauf le pouce, dont l'extenseur n'avait pas été atteint. La douleur à la pression était tellement vive qu'il était impossible d'apprécier par la palpation la consistance de la tumeur. La peau qui la recouvrait était tendue, rouge et chaude. Il n'existait aucune lésion semblable dans les autres gaînes tendineuses. La fièvre persistait ; elle dura trois jours environ.

J'instituai immédiatement le traitement hydrargyrique, et je fis recouvrir les parties malades de topiques émollients et calmants.

Les jours suivants, la douleur diminua progressivement, mais la tuméfaction devint plus volumineuse et remonta de quelques centi-

---

(1) C'est M. le professeur Verneuil qui a signalé et décrit le premier les *synovites tendineuses symptomatiques de la syphilis*.

(A. Verneuil, *De l'hydropisie des gaines tendineuses des doigts dans la syphilis secondaire* (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 25 septembre 1868).

M. Fournier publia, peu de temps après, dans le même recueil, une *Note sur les lésions des gaînes tendineuses dans la syphilis secondaire.*

mètres au-dessus du poignet. Elle était constituée par de l'empâtement diffus, sans fluctuation.

Le 18 août (10e jour de la synovite), les phénomènes inflammatoires avaient beaucoup diminué, et les doigts commençaient à se mouvoir sans douleur. Au-dessus du poignet, la tumeur du dos de la main était devenue circonscrite et fluctuante. Au-dessous du poignet, l'intumescence restait toujours diffuse, avec sensibilité à la pression.

A partir de ce moment, l'amélioration marcha très-lentement. Ainsi le 30 août (64e jour du chancre, 22e de la synovite), la tumeur fluctuante du dos de la main n'avait diminué que d'une façon imperceptible ; l'enflure de la face postérieure de l'avant-bras, au-dessus du poignet, était au contraire en voie de résolution.

Les mouvements des doigts s'exécutaient plus librement ; l'extension et la flexion complètes étaient cependant impossibles. Le pouce et le petit doigt se mouvaient toujours plus facilement que les autres doigts, surtout que le médius.

La douleur spontanée et la douleur à la pression étaient beaucoup moins aiguës.

Il était dès lors visible que la tumeur synoviale du dos de la main, si nettement fluctuante, ne s'ouvrirait pas.

Le malade avait, depuis quelques jours, une stomatite mercurielle qui m'avait forcé d'interrompre les pilules et de suspendre les frictions avec l'onguent napolitain, que je faisais pratiquer tous les jours sur le dos de la main.

Sous l'influence du traitement spécifique formé jusqu'à la salivation, toutes les manifestations cutanées et muqueuses apparurent rapidement. La santé générale redevint excellente et le malade, qui avait maigri, reprit son embonpoint ordinaire.

Il quitta mon service et je ne le revis plus que le 14 novembre (quatre mois et demi après le début du chancre). Quoique sa santé continuât à être très-bonne, une nouvelle poussée syphilitique était survenue en octobre. Les lèvres, l'anus, le fourreau et les bourses étaient couverts de plaques muqueuess confluentes.

Quant à la tumeur fluctuante du dos de la main, elle n'avait point suppuré, ne s'était pas ouverte et avait disparu peu à peu. Cependant on sentait encore sur la partie moyenne de la face dorsale du poignet une sorte d'empâtement, qui semblait agglutiner les tendons entre eux. Le mouvement de flexion de la main sur l'avant-bras était très-limité quand la main était ouverte, impossible quand elle était fermée.

Le médius et l'annulaire étaient très-gênés dans leurs mouvements et ne se mouvaient que simultanément, ce qui paraissait indiquer que leurs tendons étaient réunis. Je fis reprendre le traitement hydrargyrique à ce malade. Je ne l'ai pas revu depuis cette époque.

Il importe d'ajouter que je l'ai interrogé à plusieurs reprises au point de vue du rhumatisme, et que je n'ai découvert dans ses antécédents aucune trace de cette maladie constitutionnelle. De plus, il n'avait aucune affection du canal de l'urèthre.

Je suis donc autorisé à dire que cette synovite tendineuse était incontestablement d'origine syphilitique.

II

Sous le rapport de l'étiologie, le cas suivant offre plus de prise au doute ou du moins à la discussion.

Le malade, âgé de vingt ans, vigoureux, bien constitué, blond et à peau blanche, s'était toujours bien porté et n'avait jamais eu aucune manifestation rhumatismale, lorsqu'il contracta pour la première fois une maladie vénérienne le 10 décembre 1874. Après une incubation de quinze jours ou trois semaines, il lui survint un petit bouton blanc, non suppuré, entre le gland et le prépuce, sur les côtés du filet. Ce bouton grandit peu à peu, provoqua autour de lui une tuméfaction considérable, si bien qu'au bout de peu de jours, il était impossible de découvrir le gland. Il existait tout à la fois une balano-posthite et un phimosis qu'on traita avec des injections de nitrate d'argent. Le prépuce était rouge, œdématié ; mais il n'existait aucune sensibilité anormale dans l'intérieur du canal, et le malade n'éprouvait point de douleur soit en urinant, soit pendant les érections. Les glandes des deux aines se tuméfièrent, tout en restant indolentes.

Le 29 décembre, c'est-à-dire dix-neuf jours après le début des accidents ci-dessus décrits, le malade commence à éprouver des douleurs et des tiraillements dans le mollet gauche. Le lendemain, il se produisit dans le genou du même côté une douleur assez violente pour empêcher la marche ; elle siégeait au niveau des tendons de la patte d'oie. Il se forma presque en même temps sur ce point, c'est-à-dire à la partie supérieure de la face interne du tibia, une tuméfaction diffuse, sans chaleur et sans rougeur à la peau, mais très-sensible à la pression. Quoiqu'il n'existât pas de fièvre, le malade fut obligé de rester deux jours au lit, parce qu'il lui était impossible de marcher. Il était, en outre, forcé de tenir la jambe fléchie sur la cuisse pour ne pas souffrir, car, lorsqu'il l'étendait, il éprouvait des douleurs contondantes, intolérables, qui irradiaient dans toute la jambe.

Le 1er janvier (21e jour de l'affection génitale), la douleur ayant diminué, le malade put se lever et marcher ; le 2, 3 et 4, le genou devint à peu près indolent. Il s'écoulait par le limbe préputial une assez grande quantité de muco-pus, mais la miction et les érections ne faisaient pas souffrir.

Tel était l'état des choses, lorsque le 5 janvier, c'est-à-dire vingt-six jours après le début de l'affection génitale, il survint presque tout à coup une douleur qui occupait le poignet droit sur sa face dorsale, en dehors ; peu de temps après, il se produisit une petite traînée rouge se dirigeant sur le dos de la main.

Le lendemain, la douleur et la rougeur occupaient tout le dos de la main, qui était devenue le siége d'un empâtement diffus considérable. La main était un peu fléchie sur l'avant-bras, et les doigts restaient dans l'extension et dans la demi-flexion sur la paume de la main.

Le 7 janvier (28e jour de l'affection génitale), je vis le malade pour la première fois, et je constatai l'état suivant :

La face dorsale de la main droite était le siége d'une intumescence diffuse, limitée en haut par le poignet, en bas par les articulations métacarpo-phalangiennes, mieux circonscrite et plus développée en dehors qu'en dedans, présentant une légère teinte rosée et violacée. On ne percevait aucune fluctuation. Le poignet n'était pas gonflé, mais la pression y produisait une douleur vive au niveau du passage des tendons.

Il restait encore un peu de gonflement indolent et avec rougeur au niveau de la patte d'oie gauche.

Toutes les articulations étaient indemnes. Le malade n'avait pas de fièvre, et sa santé générale était très-bonne.

Outre la douleur du dos de la main, il en éprouvait aussi une très-vive dans l'épaule en arrière et en dehors. Par la palpation j'arrivai à découvrir le siége exact de ce foyer douloureux. Il était très-circonscrit et situé à l'extrémité externe de l'épine de l'omoplate. On sentait là d'une manière vague, sur la peau, qui ne présentait aucun changement de coloration, une bosselure très-petite, extrêmement douloureuse à la pression, immobile et paraissant siéger dans le périoste.

Quant à l'affection des organes génitaux, elle consistait en un phimosis avec balano-posthite. Le limbe préputial était gonflé et dur ; il s'en écoulait du pus ; mais le malade n'accusait aucune douleur en urinant, ni pendant les érections. Le canal était insensible à la pression. On ne pouvait pas découvrir le méat ni constater, par conséquent, si l'écoulement provenait de l'urèthre ou seulement de la cavité glando-préputiale. Les ganglions inguinaux étaient volumineux et un peu durs.

Je diagnostiquai balano-posthite avec phimosis symptomatique d'un chancre infectant du filet. Je restai dans le doute relativement à la blennorrhagie, et je prescrivis des injections avec une solution de nitrate d'argent au trentième, entre le gland et le prépuce.

Vers le 12 janvier, le malade éprouva, pour la première fois, des douleurs très-vives en urinant. Le phimosis était moins prononcé, je pus ramener le prépuce en arrière, de manière à découvrir le méat, et je vis qu'il existait une blennorrhagie avec écoulement du muco-pus très-abondant.

Jusqu'au 16, les symptômes de la synovite tendineuse de la main droite et de la patte d'oie allèrent en diminuant peu à peu. A cette date, qui était le trente-huitième jour de l'affection génitale, le dix-neuvième de la synovite de la patte d'oie, le douzième de la synovite tendineuse de la gaîne des extenseurs, je constatai l'état suivant :

Il existait encore un peu de tuméfaction sur le dos de la main, mais sans rougeur, ni douleur vive, soit spontanée, soit à la pression.

Les mouvements des doigts et de la main avaient à peu près recouvré leur liberté, et le malade aurait pu écrire.

La situation n'était pas aussi bonne du côté de la patte d'oie gauche. Là, en effet, il s'était produit, depuis trois jours, une nouvelle détermination hydrophlegmasique caractérisée par une tuméfaction diffuse mais très-prononcée, mesurant au moins 8 à 10 centimètres de diamètre dans tous les sens, un peu chaude, légèrement limitée de rose, non fluctuante, et d'une sensibilité excessive à la pression. La jambe était à demi fléchie. L'extension était impossible. La douleur de l'épine de l'omoplate avait diminué, et la petite élevure y était imperceptible. Pas de fièvre; état général très-bien. Je prescrivis de l'opiat contre la blennorrhagie.

Deux jours après, la douleur au niveau de la patte d'oie ainsi que la tuméfaction avaient diminué; mais la sensibilité à la pression était toujours assez grande pour empêcher une exploration complète; on ne percevait que de l'empâtement et pas de fluctuation. La douleur spontanée était moindre; la jambe pouvait un peu s'étendre sur la cuisse; mais sa flexion était impossible ainsi que la marche.

Du côté de la main, le mieux continuait; on sentait sur son dos, en dehors, une dureté constituée sans doute par des résidus plastiques non résorbés. L'annulaire et l'auriculaire étaient moins mobiles que les autres doigts. Rien au pouce. Pas de froissements tendineux. Très-peu de douleur dans l'épaule.

Le 23 janvier (45e jour de l'affection des organes génitaux, 26e de la synovite de la patte d'oie, 19e de la synovite tendineuse des extenseurs des doigts), l'écoulement uréthral était à peu près guéri, ainsi que le phimosis et la balano-posthite. On sentait une induration spécifique sur le limbe et surtout au niveau du filet, et il existait une petite cicatrice indurée à côté du méat.

Quoique la tuméfaction de la patte d'oie eût diminué, le malade éprouvait de très-vives douleurs irradiantes qui se propagaient de là dans tout le membre inférieur.

Le petit doigt et l'annulaire restaient très-gênés dans leurs mouvements, et il y avait de l'empâtement au niveau des tendons de leurs extenseurs. Plus rien du côté de l'épaule.

On ne découvrit sur la peau ou la muqueuse aucune trace d'accident syphilitique.

Les douleurs de la jambe se calmèrent. La blennorrhagie était guérie, et, vers le 26e jour, le malade, se trouvant beaucoup mieux, quitta l'hôpital et partit pour la campagne.

Les articulations restèrent indemnes. J'ai dit qu'il n'était pas rhumatisant. Son frère avait eu, l'année dernière, un rhumatisme dans les jambes, puis une ophthalmie catarrhale, bien qu'il ne fût pas atteint, paraît il, de blennorrhagie.

Je n'ai pas revu ce malade depuis sa sortie de l'hôpital, et je ne puis, pour le moment, compléter son observation.

Mais il me semble permis, dès maintenant, d'interpréter quelques-unes des particularités intéressantes qu'elle présente, et de déterminer en quoi elle se rapproche et en quoi elle diffère du premier cas.

(*A suivre.*)

DU SULFURE DE CARBONE

DANS LE TRAITEMENT DES PLAIES ANATOMIQUES ET DES ULCÉRATIONS CHRONIQUES

par M. Paul GUILLAUMET, interne à Saint-Lazare.

Conclusions. — Le sulfure de carbone est un cicatrisant très-puissant. — Son action est limitée et rapide; elle est toute locale et ne détermine aucun des accidents qui suivent l'inhalation prolongée de ses vapeurs. — Son application est accompagnée d'une douleur parfois assez vive, proportionnelle à la susceptibilité du sujet, mais d'une durée très-courte, chez la plupart des malades, suivie immédiatement d'une période anesthésique qui n'est pas constante. Quand elle existe, elle dure plusieurs heures, tandis que la période douloureuse ne dépasse pas le plus souvent vingt à soixante secondes. — Le sulfure du carbone agit sur des plaies d'origine et de nature différentes (syphilis, scrofule, diphthérie, etc.) et les modifie toutes avantageusement. — C'est un agent précieux pour le traitement des plaies ou ulcérations présentant toutes les caractères communs : chronicité, atonie. — (*Jour. de Thér.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 mars 1875. — Présidence de M. GOSSELIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. Personne nommé membre titulaire dans la section de pharmacie.

Sur l'invitation de M. le président, M. Personne prend place parmi ses collègues.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Méhu, pharmacien en chef de l'hôpital Necker, qui, à l'occasion du travail sur les kystes ovariques, lu par M. Panas dans la dernière séance, rappelle que les conclusions de ce travail sont à peu près celles qu'il a formulées lui-même dans un mémoire sur les liquides séreux présenté à l'Académie des sciences le 25 mai 1874.

2° Une lettre de MM. Truchot et Fiévet (de Clermont-Ferrand), relative au travail lu par M. Boucaumont dans la dernière séance et intitulé : *De la découverte de la lithine dans les eaux minérales d'Auvergne et du rôle de cet alcali dans le traitement de certaines manifestations de la goutte et du rhumatisme.*

Les auteurs tiennent à faire remarquer que la veille, 15 mars, il a dû être déposé en leur nom, sur le bureau de la Société d'hydrologie, un travail sous ce titre : *De la lithine dans les eaux minérales de Royat et dans les principales sources thermales d'Auvergne* (commission des eaux minérales).

3° Un travail de M. le docteur Léon Bec, intitulé : *Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde ayant sévi dans le canton de Mézel* (Basses-Alpes).

4° Un mémoire intitulé : *Du choléra*, par M. le docteur Médal (commission des épidémies).

PRÉSENTATIONS

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente, au nom de M. le docteur Marc Sée, un mémoire intitulé : *Recherches sur l'anatomie et la physiologie du cœur, spécialement au point de vue du fonctionnement des valvules auriculo-ventriculaires.*

M. DEMARQUAY offre en hommage à l'Académie, au nom de M. le professeur Valette (de Lyon), un volume intitulé : *Clinique chirurgicale de l'hôtel-Dieu de Lyon.*

M. DEPAUL présente, au nom de M. le docteur Stanski, une brochure intitulé : *Les conclusions du congrès sanitaire international de Vienne.*

M. WOILLEZ présente, de la part de M. le docteur Ernest Besnier, le huitième fascicule des *Comptes rendus de la commission des maladies régnantes faites à la Société médicale des hôpitaux de Paris.*

M. BOUDET dépose sur le bureau le rapport de la commission chargée de proposer des mesures à prendre pour remédier à l'infection de la Seine aux abords de Paris.

M. JOLLY offre à l'Académie au nom de l'auteur, M. Gustave Lebon, un ouvrage qui a pour titre : *la Vie.* C'est un traité de physiologie humaine appliquée à l'hygiène et à la médecine.

RAPPORT

M. LE ROY DE MÉRICOURT, chargé de rendre compte à l'Académie de diverses notes adressées par M. le docteur Sirus Pirondi, correspondant de l'Académie, au nom du conseil sanitaire de Marseille, à l'occasion des paroles de blâme apportées à la tribune par M. Chauffard, sur l'organisation et la tenue du lazaret de Marseille, donne lecture de la deuxième note de M. Sirus Pirondi, conformément à la décision prise par la commission dont il est l'organe.

L'exposé de M. Sirus Pirondi se termine en ces termes :

« On doit à M. le docteur Fauvel l'avantage d'avoir solidement organisé les conseils sanitaires en bien délimitant leur intervention administrative et en accordant à leurs délibérations la prompte application que des circonstances graves exigent bien souvent.

« Grâce à ce double rouage et à la parfaite entente qui existe entre les conseils supérieurs d'hygiène, l'inspecteur général et les administrations locales, les côtes de France, et notamment celles du Midi, ont pu éviter la dangereuse conséquence que l'apparition de la fièvre jaune à Barcelone, celle de la peste en Barbarie et la persistance du choléra en Orient, pouvaient avoir pour notre pays. Que l'Académie veuille donc bien soutenir ce qui, en définitive, est son œuvre, et empêcher, autant que possible, que, sous prétexte de progrès, on se trouve en présence d'une de ces calamités qu'on ne tenterait alors d'éviter que lorsqu'il serait trop tard pour y parvenir avec succès. »

M. CHAUFFARD s'étonne de cette prétention d'un correspondant à indiquer à l'Académie ce qu'elle doit faire et à donner en quelque sorte une leçon à ses membres. Ne peut-on faire quelques observations critiques sur l'organisation des établissements sanitaires sans qu'on s'écrie de Marseille que nous voulons détruire ces établissements! Je proteste contre cette manière d'agir.

M. FAUVEL est d'avis que M. Sirus Pirondi n'est pas sorti de son droit et du rôle que lui assignent ses attributions, dans la note qui vient d'être lue. En sa qualité d'administrateur du lazaret de Marseille, il avait bien le droit de le défendre contre les critiques dont il a été l'objet. C'est ce qu'il a fait, bien ou mal, dans cette note.

— M. PASTEUR, désigné dans la dernière séance comme membre de la commission chargée d'examiner le travail sur la génération spontanée lu dans la dernière séance par M. Onimus, déclare ne pas accepter cette fonction. Il motive son refus sur ce que, ni dans les expériences ni dans les arguments de M. Onimus, il ne voit rien qui puisse devenir, à son avis, l'objet d'une discussion sérieuse.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fermentation.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FERMENTATION

M. MIALHE. A propos de l'exposition de M. Pasteur relative aux phénomènes de la fermentation du moût de raisin, M. Poggiale s'est exprimé en ces termes :

« Si la définition de M. Pasteur devait comprendre les cellules végétales et, ainsi qu'il nous l'a annoncé, les cellules animales, la vie dans les végétaux, comme dans les animaux, ne serait qu'une fermentation universelle. »

Eh bien, à notre avis, il en est réellement ainsi, et notre conviction à ce sujet est déjà ancienne.

M. Mialhe, rappelant ses divers travaux depuis 1845, ajoute :

Telles sont les raisons qui nous ont conduit à applaudir à cette définition : que la vie est le résultat d'une fermentation universelle..., et nous sommes heureux que cette manière d'expliquer l'accomplissement des phénomènes vitaux soit partagée par un grand nombre de physiologistes, et notamment par deux savants bien compétents en cette matière : MM. Cl. Bernard et Ch. Blondeau.

M. Mialhe rapporte ici les paroles mêmes de M. Cl. Bernard dans sa dernière leçon de physiologie générale au Muséum, et cite ensuite un extrait du travail de M. Ch. Blondeau dans le dernier numéro du *Moniteur scientifique*.

Que conclure de tout cela, ajoute-t-il : c'est que la digestion, c'est que la nutrition, c'est que la vie, en un mot, est la résultante d'une série de réactions chimiques, ainsi que les belles recherches de M. Pasteur le prouvent d'une manière irréfragable. Seulement nous croyons devoir faire observer que les réactions chimiques qui s'accomplissent dans les êtres organisés sont de deux ordres bien distincts, les unes sont identiques avec celles qui se produisent dans le règne inorganique : elles obéissent aux lois des proportions définies ; les autres, au contraire, empruntent un caractère spécifique à la présence d'agents particuliers, à des ferments, apanage exclusif des êtres organisés, agents capables de déterminer des transformations, pour ainsi dire instantanées, sur des masses considérables, par une quantité minime, ce qui constitue à ces réactions un caractère *sui generis*. Aussi croyons-nous qu'il conviendrait de désigner ce genre de réactions sous le nom de réactions chimico-physiologiques ou chimico-vitales.

M. PASTEUR. Lorsque, répondant à cette question de M. Poggiale : La vie, suivant vous, ne serait donc qu'une fermentation? — j'ai dit : Ce serait bien possible ; voici ce que j'avais dans la pensée. Je pensais que le ferment peut être considéré, en effet, comme une manifestation de la vie, en tant qu'indépendant de l'influence de l'oxygène libre. J'ai montré, en effet, que la cellule devient ferment en dehors de l'action de l'oxygène. Mais je ne prétends pas nier par là que l'air n'ait une influence considérable sur la fermentation. Ainsi, dans la fermentation de la levûre de bière, si l'on fait intervenir l'action de l'oxygène, les cellules prennent une activité, une jeunesse en quelque sorte nouvelle. Tout porte donc à croire que l'influence du gaz oxygène exerce une sorte d'action d'impulsion aux cellules; elle ne s'explique pas par le fait seul de la combustion; il semble que l'oxygène donne à la cellule une activité telle qu'elle peut, après qu'elle a reçu cette impression, se passer désormais de son action. Sans doute, l'oxygène agit surtout par les combustions qu'il détermine, mais, je le répète, il agit aussi en donnant aux cellules une jeunesse permanente.

Voilà comment je me suis permis de dire qu'il se passe probablement dans l'économie des phénomènes semblables à ceux qui se passent dans la levûre de bière, et qu'on ne doit pas considérer les phénomènes physiologiques comme les produits uniques de la combustion. Je suppose l'asphyxie, alors même qu'il n'y aurait plus trace d'oxygène, je suis convaincu qu'il y aurait encore néanmoins continuation des phénomènes qu'on est convenu d'attribuer à son influence, par le seul fait de l'impulsion donnée aux cellules par l'action précédente de l'oxygène. Il en est de même de ce qui se passe, par exemple, pour la fleur du vin qui brûle l'alcool, qui brûle le sucre à la surface du liquide. Si je la submerge, de manière qu'elle ne reçoive plus l'action de l'oxygène, elle n'en continuera pas moins à décomposer le sucre et l'alcool. Il y a poursuite de l'activité acquise.

M. BOUILLAUD trouve que la question, déjà singulièrement obscure, vient d'être obscurcie davantage encore par ce que vient de dire M. Mialhe. Ce serait le cas de rappeler ici ces mots de Bossuet : « Tout était Dieu, excepté Dieu lui-même », et de dire : « Tout est fermentation, excepté la fermentation elle-même. »

M. Pasteur a eu ce mérite insigne de limiter le champ des fermentations à un petit nombre, alors que d'autres les reconnaissent par centaines. Depuis que M. Pasteur a fait ses belles recherches, on peut dire que toutes les théories chimiatriques, y compris celle de M. Mialhe, sont ruinées de fond en comble. M. Pasteur répond aux chimistes : Ma théorie de la fermentation est une théorie physiologique. La théorie de M. Pasteur est effectivement physiologique et renverse toutes les théories chimiques.

J'en viens à la question que j'avais posée à notre savant collègue. Je m'étais dit : Voilà des ferments qui sont des êtres organisés, qui, à ce titre, meurent et doivent se décomposer à leur tour. Mais, pour cela, il faut le concours de nouveaux ferments. Or quels sont les ferments de ces ferments? Telle était ma question. M. Pasteur a cru que, dans ce qu'il a dit de la fermentation de l'acide lactique et du raisin, il y avait implicitement répondu. J'avoue que je n'ai pas été satisfait. Voici pourquoi j'ai demandé la parole.

M. Pasteur dit : Là où il y a fermentation, il y a vie sans air, et réciproquement partout où il y a vie sans air il y a fermentation. Il me semble qu'il y a dans cette formule une contradiction flagrante avec les notions physiologiques des plus élémentaires. Les choses se passeraient-elles autrement pour les êtres microscopiques que pour les autres ? Y a-t-il une vie qui peut se passer d'oxygène, tandis que il y a une autre vie qui ne peut s'en passer.

Pour échapper à ces difficultés, les contradicteurs de M. Pasteur disent : La génération, c'est un certain arrangement, une transformation qui se fait dans la matière. J'irai à cet égard beaucoup plus loin que M. Pasteur lui-même. Je ne me bornerai pas à dire comme lui que la génération spontanée est une chimère, je dirai plus que cela, je dirai qu'elle est une absurdité. Les termes mêmes impliquent contradiction.

M. PASTEUR. Je regrette de n'être pas de l'avis de M. Bouillaud. On ne peut pas dire que l'idée de la génération spontanée soit absurde en ce sens qu'elle impliquerait une impossibilité. L'absurdité est d'y croire uniquement parce qu'elle serait possible. Mais croire qu'elle est possible n'est pas une absurdité.

Si M. Bouillaud entend le mot génération comme exprimant une fonction spéciale, il a raison. Mais il n'en est pas ainsi. Employez le

mot créer, si vous voulez, cela rendra mieux l'idée. Or, de la matière arrangée d'une certaine façon peut-elle créer une cellule? Voilà la question. Alors il ne faut pas dire que c'est impossible. Dites seulement, comme moi, que cela n'a pas été démontré encore.

M. Bouillaud m'a reproché de n'avoir pas répondu à sa question. Je vais le faire. Je prends pour cela l'exemple de la levûre de bière. Comment se détruit-elle? De deux manières. Elle se détruit par des ferments aérobies et par des ferments anaërobies, les vibrions. Il se passe donc là deux ordres distincts de phénomènes, les uns qui ont lieu au contact de l'air; les autres qui ont lieu à l'abri de l'air. On voit donc que le premier ferment levûre est détruit lui-même dans tous ses éléments par un second ferment, le vibrion.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance. La parole est réservée à M. Colin.

A cinq heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Quelques plantes américaines employées contre les morsures des serpents venimeux.

Par le docteur Viaud-Grand-Marais,
Professeur à l'École de médecine de Nantes,
Membre du conseil d'hygiène et de salubrité de la Loire-Inférieure, etc.

Un grand nombre de plantes sont préconisées comme contre-venins dans les deux Amériques; nous n'avons point ici la prétention d'en donner la liste complète, mais seulement d'indiquer les principales d'entre elles.

Les sauvages du nord des États-Unis, d'après le docteur E.-W. Germer (*Wöchentlicher Leuchtthurm von Erie*, 23 juillet 1869), emploient contre la morsure des serpents une Composée de la tribu des Eupatoriées qui croît surtout en Virginie et en Caroline, le *Liatris spicata* Willd., vulgairement appelé *Gay feather* (plume joyeuse) à cause de ses aigrettes, et *Button snake root* (racine tubéreuse du serpent).

Sa racine a un goût amer, poivré et comme térébenthineux. Elle est très-diurétique, et c'est problablement là le secret de son action alexipharmaque. On la donne en tisane et sa pulpe est appliquée sur la morsure. Le docteur Brainard (de Chicago) a perdu tous les animaux qu'il a soignés à l'aide de ce spécifique et le considère comme sans valeur.

D'autres *Liatris* sont aussi utilisés dans l'Amérique du Nord comme contre-venins et comme diurétiques, entre autres le *L. squarrosa* Willd. et le *L. H. scariosa* Willd. L'odeur térébenthineuse de leurs racines leur fait donner au Canada le nom de *Pinetta de prairia*.

M. Germer cite encore parmi les plantes dont on se sert aux États-Unis contre les morsures des rattlesnakes ou serpents à sonnettes l'*Eryngium aquaticum* L., plusieurs espèces d'*Impatiens*, l'*Eupatorium perfoliatum* L., dont la décoction est émétique et sudorifique, divers *Scrophularia* et *Scutellaria*, le Plantain, etc.... Chez les Indiens Chérokées, une espèce d'Ortie est le remède préféré.

La racine parfumée du *Polygala Seneka* L. est aussi fort en honneur parmi les Peaux-Rouges contre les morsures des crotales, et ses propriétés antivenimeuses étaient admises par Linné dont on connaît l'aphorisme : IMPERANS BENEFICUS *homini dedit*, *Indis ichneumonem cum ophirrhiza*, *Americanis suem cum senega, Europeis ciconiam cum oleo et alcali.*

Le Polygala doit ses principales propriétés à deux acides odorants : l'*acide virginéique* et l'*acide polygalique.* Tonique et excitant-diurétique à faibles doses, il augmente le mouvement vers la peau et le poumon; à doses fortes, il purge et fait vomir. Il est donc parfaitement indiqué dans l'empoisonnement échidnique.

Les Indiens, en même temps qu'ils donnent à l'intérieur le Polygala, usent de la ligature d'après la méthode désignée par le professeur Holbroock et par le docteur Ogier (de Charleston) sous le nom de ligature intermittente.

Un lien est d'abord établi le plus près possible de la blessure, puis de temps à autre détaché et replacé plus loin pour éviter l'étranglement et ne laisser le venin envahir la circulation que par petites doses à la fois, ce qui permet à l'économie de lutter avec avantage et d'éliminer plus facilement l'échidnine. Le guérisseur, chaque fois qu'il relâche le lien, administre au blessé une forte dose de Polygala de façon à surexciter ses principales excrétions.

Au Mexique, dans l'Amérique centrale et sur la côte de la Nouvelle-Grenade, les racines des *Dorstenia* sont en grande faveur comme antidotes des venins et en particulier celles du *Dorstenia Contrayerva* L., à saveur chaude, piquante et aromatique.

Un *Dorstenia*, problablement le même, est employé sur la côte orientale du Mexique, en particulier à Tuxpan, dans la prétendue inoculation préservatrice que pratiquent les *curados de culebras* et que M. Jacolot a décrite avec grands détails dans les *Archives de médecine navale*, année 1867, t. VII, p. 390.

Ce *Dorstenia*, connu sous le nom vulgaire de *Mano de sapo* (main de crapaud) est administré à l'inoculé dans une forte dose d'eau-de-vie. Les tubercules doivent être recueillis le vendredi et, s'il se peut, le premier vendredi de mars. Ils sont donnés en nombre impair et en aussi grande quantité que le permet la tolérance du malade.

Sous leur influence, la température s'abaisse, le pouls se ralentit, et il survient des nausées; phénomènes pouvant tout aussi bien être attribués au venin qu'au remède.

M. le docteur Saffray, dans son remarquable *Voyage à la Nouvelle-Grenade* publié dans le *Tour du monde*, t. XXIV, page 98, cite parmi les alexipharmaques les plus efficaces employés par les naturels de ce pays, le *Coña de vivora* (*Kuntia montana* H. et B.) de la famille des Palmiers, *l'Ægiphila salutaris* Kunth, Verbanacée très-active (1), l'*amande de Pica-pica* (*Mucuna mutisiana* D. C.) nommée *Ojo de venado* (œil de cerf) (2), les cotylédons du *Simaba Cedron*, le *Malambo* (*Drimys granatensis* L.) connu sous les noms de *Bejuco de Guayaquil*, *Canelo de la costa*, grosse liane à écorce amère styptique et aromatique, le *Dorstenia Contrayerva* L., le *Guaco* et diverses Aristoloches.

Le Cédron est le fruit ou plus exactement les cotylédons d'une Simaroubée, le *Simaba Cedron* Planchon.

Le fruit du Cédron est une drupe de la grosseur d'un œuf d'oie, à endocarpe dur et ligneux, au milieu duquel se trouve, sous une enveloppe membraneuse insipide, deux cotylédons qu'on appelle vulgairement la *noix de Cédron*, *Pepa de Cedron*, et qui sont la partie active de la plante.

C'est M. Herran, chargé d'affaires de la république Costa-Rica, qui le premier fit connaître le Cédron en France.

En 1828, quelques Indiens munis de noix de Cédron s'exposèrent à Carthagène aux piqûres de divers serpents venimeux et en particulier du corail (3). La promptitude avec laquelle le poison fût, paraît-il, neutralisé, jeta un tel engouement dans la foule qu'on paya chaque noix de Cédron jusqu'à 83 francs pièce. M. Herran, témoin de ces faits, se procura le précieux antidote et l'employa huit fois heureusement. Le Cédron, râpé et délayé dans du tafia, s'administre à la dose de 25 à 30 centigrammes; on en saupoudre de plus un linge imbibé d'eau-de-vie qui est appliqué sur la piqûre. Donné sans mesure, il devient vénéneux. MM. Lewis et Dumas en ont isolé la *cédrine*, substance neutre et cristallisable et l'une des plus amères connues.

---

(1) Il porte au Brésil le nom de *Contracolevra* et a une odeur très-nauséabonde. Ce sont ces feuilles qui sont données en décoction contre les morsures de serpents.

(2) Les *Mucuna*, légumineuses voisines des *Dolichos*, s'appellent au Brésil *Mucuna Guaca*. Certaines espèces portent, dans les colonies françaises, le nom d'*Œil de bourrique* à cause de leurs graines, et aussi de *Poils à gratter*, nom dû aux poils roussâtres de leurs gousses, qui produisent sur la peau des démangeaisons insupportables. Telle est aussi l'origine du mot *Pica-pica*. D'après M. Al. Llenas, on évite de passer sous ces arbres, de peur de recevoir ces poils, qui tombent avec une grande facilité.

(3) Les prôneurs de remèdes secrets contre les morsures de serpents venimeux se font habituellement mordre par des serpents inoffensifs, qui n'ont de commun avec les élaps que la dispositions de leur pelage en anneaux diversement coloriés, en particulier par le tortrix scytale et les érythrocampes.

D'après les expériences du docteur Dumont, publiées par notre excellent maître Auguste Duméril, dans sa notice *sur la Ménagerie des Reptiles du Muséum*, le Cédron, administré, après la morsure, à des lapins, ne les préserve pas de l'empoisonnement échidnique; donné, au contraire, à ces animaux avant qu'ils soient mordus, il les empêcherait d'être envenimés.

M. Saffray dit avoir eu mainte occasion d'éprouver les vertus alexipharmaques du Cédron, après s'être assuré des crochets à venin chez les serpents qui avait produit la blessure. Aucune des personnes auxquelles il a administré à temps le remède n'a succombé, et la convalescence a été relativement courte.

Le Cédron est un excellent remède dans les affections paludéennes des pays chauds. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — La distribution des prix aux élèves internes en pharmacie qui ont concouru en 1875 aura lieu le mercredi, 31 mars, à une heure de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

Dans cette même séance, seront rendues publiques les nominations des élèves internes admis à la suite des concours de 1875.

— La Société française de tempérance a tenu sa séance solennelle le 21 mars sous la présidence de M. Dumas, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

Après avoir entendu une allocution magistrale du président, le rapport sur la situation de l'œuvre par M. Lunier et les rapports de MM. de Ranse et Decaisne sur les prix et sur les récompenses, la société a décerné : un encouragement de 200 fr. à M. Léon Missonnier, de Saint-Flour (Cantal); des médailles d'argent à MM. les docteurs Léon Thomeuf, de Lorient, Courties, de Gilly (Suisse), Camille Ricque, médecin-major de 1re classe au 5e régiment d'infanterie, M. l'abbé Richard, auteur de l'ouvrage *la Tempérance*, MM. Compain (Jean-Baptiste-Lazare), Estran (Jean), Gaudin (Jean) et Jacquin (Pierre) surveillants en chef des asiles de Charenton, Avignon, Blois et Saint-Dizier; l'émulation chrétienne de Rouen, le personnel de surveillance des musées nationaux; MM. Buissard (Antoine), surveillant aux mines d'Auchy-au-Bois, Grangier (Antoine), des Houillères de Saint-Chamond, Breton (Hildebert), contre-maître de la maison Chaix, Ertel (Charles,) brigadier de la compagnie des voitures de Paris, Zomyny (Charles), contrôleur de la compagnie des omnibus, Dangy (Auguste), de le manufacture d'armes de Châtellerault, et Hamard (Auguste), vaguemestre de l'hôtel-Dieu de Nantes. La société a décerné en outre 192 médailles de bronze, 4 livrets de caisse d'épargne de 50 et 39 de 25 francs. Le nombre de candidats était de 445.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Édouard Laroche, ancien professeur adjoint à l'École de médecine d'Angers, et médecin en chef honoraire des hôpitaux de cette ville.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 27 mars 1875, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° Symptômes anormaux sur un cas d'ataxie locomotrice, par M. le docteur Onimus. — 2° A propos de l'anesthésie par le chloroforme, par M. le docteur Camuset. — 3° Lectures de M. le docteur Horteloup (considérations sur quelques points de la syphilis), et de M. le docteur Boulinié (périodes et manifestations de la goutte) à l'appui de leur candidature au titre de membre titulaire. — 4° Rapport de M. le docteur Leudet sur le travail de M. Gimbert (de Cannes), et de M. Lunier sur celui de M. Simon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques des tissus et des organes du corps humain, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger. 2e édition entièrement refondue, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 551 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Les Bandages et les Appareils à fractures. Manuel de délégation chirurgicale, contenant la description d'un certain nombre de bandages nouveaux, par le docteur J. F. Guillemin, médecin des hôpitaux militaires. — 1 vol. in-18 de 500 pages et 155 figures (Collection diamant). Prix : 6 francs.— Paris, 1875, G. Masson.

Eléments d'urologie ou **Analyse des urines, des dépôts et calculs urinaires**, par le docteur A. Rabuteau. — 1 vol. in-18 avec 35 gravures dans le texte. Prix : 4 francs. — Paris, 1875, H. Lauwereyns.

Contribution à l'histoire des résections de l'omoplate, avec une observatton d'amputation sous-périostite en scapulum suivie de régénération osseuse, par le docteur Jules Bœckel, chirurgien adjoint de l'hôpital civil de Strasbourg. — In-8° de 24 pages. — Paris, 1875, G. Masson.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 36. — SAMEDI 27 MARS 1875. 48e ANNÉE. SAMEDI 27 MARS 1875. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La migraine.

« Ce n'est rien, ce n'est qu'une migraine. » Telle est, en général, la formule plus ou moins consolante par laquelle les médecins accueillent les plaintes des malheureux en proie à cet horrible malaise. Mais qu'est-ce que la migraine? où commence-t-elle? où finit-elle? Qu'est-ce qui la distingue de ce qui n'est pas elle? Telles sont, à peu près, les questions que posait devant nous, il y a quelques jours, M. le professeur Lasègue, à l'occasion d'un malade de son service de clinique de la Pitié, atteint d'accès de céphalée qui avaient plus d'un trait de ressemblance avec la migraine, mais qui en différaient par plusieurs caractères essentiels et notamment par des signes permanents non équivoques d'une lésion nerveuse centrale, une légère atrophie de toute la moitié droite du corps.

S'il n'y avait pas ici d'équivoque possible, s'il ne peut y en avoir non plus lorsqu'il s'agit de ces migraineux-types, comme les appelle M. Lasègue, à accès quasi-réguliers, habiles à reconnaître les moindres variantes de leurs crises, il n'en est plus de même lorsqu'on se trouve en présence de ces cas qui sont les plus fréquents, où la migraine revient par accès éloignés et irréguliers, et se présente sous des formes et avec une intensité diverses. A-t-on affaire alors à une vraie migraine, c'est-à-dire à une affection très-douloureuse sans doute, mais sans gravité réelle par elle-même; ou bien aux phénomènes prodromiques ou même aux symptômes d'une affection cérébrale en voie de formation? Il suffit de poser cette question pour en faire sentir toute l'importance au double point de vue du pronostic à porter et du traitement à instituer. La solution n'en est pas toujours aisée, et il est probable que plus d'une erreur à cet égard a été commise ou le sera encore.

Voici quelques-uns des caractères principaux que M. Lasègue considère, sinon comme des signes pathognomoniques d'une valeur absolue, du moins comme des indications propres à faire éviter bien des erreurs.

Le premier caractère de la migraine est d'être une maladie d'accès. Toute céphalalgie continue est, par ce seul fait, hors de cause.

Un second caractère est la périodicité, périodicité qui n'a rien de régulier, ni de bien déterminé sans doute, mais qui, dans ses écarts très-variables d'ailleurs, est telle que les accès ne sont jamais assez rapprochés pour qu'on puisse concevoir l'idée d'une simple rémission entre eux. M. Lasègue considère comme les plus rapprochées les crises hebdomadaires. Sans assigner de terme aux retours les plus éloignés, il regarde comme n'étant point des accès de migraine ceux qui ne reviendraient qu'une fois ou deux par an.

La durée de l'attaque donne des signes plus précis. Elle est le plus généralement de douze heures. Toute céphalalgie qui dure moins de six heures et plus de quarante-huit heures, dit M. Lasègue, ne rentre point dans la migraine.

Quant à l'attaque elle-même, rien de difficile à décrire, on le sait, comme des phénomènes tout subjectifs. Celui qui les a ressentis peut seul en donner une idée quelque peu nette. M. Lasègue ayant ce triste privilége joint à celui que tout le monde lui connaît de donner à ses descriptions tout le relief et les vives couleurs d'une véritable peinture, va nous en donner le tableau en quelque sorte vivant. Nous le tirons d'une notice sur la migraine, qu'il a insérée dans le cahier de novembre 1873 des *Archives générales de médecine*, à l'occasion d'une analyse de traité du docteur Liveing sur ce sujet.

L'attaque de migraine, dit M. Lasègue, est comme celle de la fièvre intermittente, un cycle qui se compose de phases successives et réglées. Elle se prépare par deux ordres de malaises : ou un certain degré d'atonie physique et morale avec diminution de l'appétit, pâleur du visage, aspect fatigué, ou une alacrité qui se traduit par un accroissement de l'appétit et une vivacité intellectuelle transitoire. La migraine, ainsi préparée, n'éclate pas subitement, il lui faut presque toujours l'incubation d'une nuit avec un sommeil ordinairement lourd ou plus prolongé que d'habitude.

C'est le matin qu'apparaît la migraine classique. Le malaise vrai commence tantôt par une sensation diffuse de tension crânienne, tantôt par une douleur à point fixe, distincte du point névralgique. Quelle qu'ait été la première impression, la douleur s'étale. Ses foyers maxima se déplacent ou plutôt ondulent sur les parties du crâne et de la face affectées, envahissant les surfaces plus ou moins étendues, mais ne se limitant jamais à un trajet nerveux.

Topographiquement, la migraine est hémicrânienne, occipitale, syncipitale ou diffuse; dans le premier cas, elle a son maximum d'intensité dans l'orbite, aux régions sus-orbitaire et temporale, sans se fixer jamais au-dessous de la ligne sous-orbitaire ; tout au plus survient-il une sensation vague de pe-

santeur et d'empâtement de la face et un peu d'agacement des dents. L'occipitale semble la plus douloureuse et n'est que rarement hémicrânienne; la syncipitale, jamais.

La migraine n'est qu'exceptionnellement diffuse d'emblée; partie d'un ou plusieurs points, elle se propage avec une rapidité variable à toute la surface crânienne, sans avoir partout une égale intensité.

Sous cette forme diffuse, au rapport des malades, la peau semble se détacher comme si elle était scalpée, elle semble se soulever, ou, au contraire, adhérer à la couche osseuse par une violente rétraction; ils se plaignent d'être torturés par une calotte de plomb, par un cercle de fer, par un étau qui changerait de place en appuyant sur des espaces limités. La douleur, si intolérable qu'elle soit, est plus contuse que lancinante et paraît aux malades plus extra qu'intra-crânienne.

C'est par là qu'elle se distingue surtout du mal de tête profond, accompagnant, comme élément secondaire, tant de maladies. Les personnes sujettes à la migraine réussissent très-bien, dans une migraine compliquée de mal de tête, à séparer les deux éléments.

M. Lasègue dit en avoir fait l'épreuve pendant des accès de fièvre paludéenne, où la douleur acquérait une suprême intensité.

A mesure que l'accès avance vers son stade d'*acme*, les souffrances deviennent ordinairement plus confuses, probablement à cause du malaise général qui s'accentue davantage, où elles changent de place en redoublant de vivacité.

C'est un fait très-commun que la migration brusque de la douleur pendant la crise. Ce déplacement imprévu, sans indices prémonitoires, est un élément essentiel de l'histoire clinique de la migraine. L'équivalent ne se retrouve dans aucune autre maladie du système nerveux.

Aux souffrances péricrâniennes viennent se joindre d'autres incommodités, telles que le malaise stomacal, l'état nauséeux, l'anorexie, la constipation, etc. Les incommodités stomacales réduites en général aux proportions de petits malaises, remplissent le second tiers de l'accès, puis ils le modèrent.

A la troisième période, la douleur violente s'est assourdie, l'état nauséeux est plus indécis; mais à ces symptômes succèdent des sensations plus incommodes encore. La tête devient lourde, la douleur oculaire s'accentue, gravative, sans troubles obligés de la vision. Les premières manifestations d'un état cérébral s'accusent par de la torpeur intellectuelle avec absence complète d'idées ou, au contraire, avec un subdélire analogue aux rêves. La condition encéphalique est à peu près celle de l'entame du sommeil, qui clôt la crise. La guérison n'est complète qu'après que l'on a mangé.

Tel est le tableau sommaire que M. Lasègue a tracé de l'accès de migraine, tableau auquel on peut ajouter quelques variantes, sans doute, mais qui représente, suivant l'expression du savant professeur, le *quod fieri solet*.

De la valeur diagnostique et pronostique de l'hémorrhagie intestinale dans la fièvre typhoïde.

Deux cas de fièvre typhoïde observés récemment par M. Peter, l'un en ville, l'autre dans son service à l'hôpital Saint-Antoine, lui ont donné l'occasion d'étudier un épiphénomène des plus variables dans sa signification et dans sa gravité, selon la période de la maladie où il se manifeste. Nous voulons parler de l'hémorrhagie intestinale.

Il y a quelque temps, M. Peter fut appelé en consultation auprès d'un jeune médecin russe, à l'humeur voyageuse, qui, après avoir parcouru l'Italie en dix jours, était arrivé surmené à Paris. Étant sous l'influence d'un malaise général, il prit un bain, à la suite duquel il se refroidit et fut obligé de s'aliter. Le premier médecin appelé, ancien interne très-distingué des hôpitaux, se trouve en présence d'un malade très-abattu et très-affecté de son état : car, étant médecin de la nouvelle école, il s'était introduit un thermomètre dans l'aisselle et l'avait vu, avec terreur, monter à 38° et 39°. — Préoccupé du froid primitif ressenti par le malade, le médecin traitant ausculta la poitrine. Rien du côté des poumons; mais, en examinant le cœur, il trouva un souffle au premier temps et à la pointe, ainsi qu'un claquement assez prononcé du second bruit à la base; il diagnostiqua une insuffisance mitrale avec léger rétrécissement de l'orifice aortique, et, se trouvant en face de symptômes généraux assez graves, il se demanda s'il n'avait pas affaire à une de ces endocardites ulcéreuses, point de départ d'une desquamation épithéliale et d'une bouillie athéromique qui, en circulant dans les vaisseaux, aurait déterminé les accidents typhoïdes. C'est à ce moment que M. Peter fut appelé en consultation. Il y avait alors du ballonnement du ventre et des taches rosées lenticulaires, datant de quelques jours. Il n'y avait pas, il est vrai, de diarrhée, pas de manifestatations thoraciques; mais on sait que ces symptômes manquent quelquefois dans certains cas de fièvre typhoïde. En revanche, du côté du système nerveux, il y avait de l'insomnie et, dans les rares instants de sommeil, d'affreux cauchemars, auxquels M. Peter attache une très-grande importance diagnostique. En présence de ses signes, il diagnostiqua : fièvre typhoïde. Les choses en étaient là : le diagnostic flottait entre endocardite ulcéreuse et fièvre typhoïde, lorsqu'il se déclara une hémorrhagie intestinale très-abondante qui vint établir le diagnostic d'une façon absolue. L'entourage du malade fut très-effrayé, mais M. Peter s'efforça de le rassurer en affirmant qu'une hémorrhagie, survenant à cette période de la maladie, établissait la légèreté même du cas. — En effet, dans l'après-midi, l'état général s'améliorait un peu. La température, qui de 39° avait monté à 40° et au delà, n'était plus que de 38°4. — Le lendemain matin, nouvelle hémorrhagie. — Le thermomètre descendit à 37°4 le matin, 37°6 le soir. Le 17 décembre, le thermomètre était un peu remonté, mais l'état général continuait à s'améliorer, et tout faisait alors présager la guérison.

Ainsi, voilà un cas où l'hémorrhagie a été non-seulement un agent thérapeutique incontestable, mais encore un élément puissant de diagnostic : ce qu'il y a de plus intéressant peut-être dans ce cas, c'est que M. Peter attribue l'hémorrhagie au léger purgatif qui fut prescrit. C'est, en effet, à la suite de la garde-robe provoquée par un demi-verre d'eau de Pulna que l'hémorrhagie a apparu. — On voit de combien d'embûches on est entouré dans la fièvre typhoïde; mais, si d'un côté il faut vider l'intestin, dont le contenu peut subir la décomposition putride et être ensuite résorbé, de l'autre, il faut craindre de faire dégénérer la congestion secrétoire en congestion hémorrhagique : c'est ce qui semble avoir eu lieu dans le cas présent.

Dans le second fait, il s'agit d'un malade âgé de vingt ans, entré le 10 décembre dernier dans la salle Saint-Antoine. Ce jeune homme était languissant depuis près d'un mois, et alité depuis quelques jours; mais il ne présentait aucun des symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde : — Pas de diarrhée, pas de ballonnements du ventre, pas de symptômes thoraciques. Le visage présentait un fond cyanique recouvert d'une surface pâle. Il y avait un peu de dyspnée et un certain degré d'abattement. Du reste, rien du côté des poumons;

Avait-on affaire à une tuberculisation aiguë? comme on le crut d'abord dans l'entourage de M. Peter? Le doute était permis. — Le 23, la température était de 40° le matin, 41°5 le soir. Le 24, matin 40°, le soir (ceci était à noter) 39°6. Pendant la nuit, le malade rendit, par les garde-robes, un litre de sang en nappe, violacé, à caillots étagés, indiquant une coagulation lente et successive à aspect caractéristique, car il ne présente jamais ces caractères dans la tuberculisation aiguë de l'intestin. Le diagnostic était établi d'une façon positive, on avait affaire à une fièvre typhoïde.

Le 25, 26, 27, le malade eut de nouvelles hémorraghies sans que le thermomètre remontât. Peu de jours après, il était en pleine convalescence. La nature s'était chargée de le traiter par cette méthode hémorrhagique à laquelle, dit M. Peter, notre génération semble avoir renoncé d'une manière absolue.

Ces deux faits présentent, comme on le voit, un intérêt tout particulier. Est-ce à dire pour cela que l'hémorrhagie intestinale ne soit jamais grave.

Pour M. Peter, cet incident a une signification inquiétante :

1° Par l'abondance du sang rendu.

2° Par la période où l'hémorrhagie se produit : c'est ainsi qu'arrivant vers la fin du second septennaire, c'est-à-dire à un moment où le malade est usé et sans ressources organiques, elle est très-grave.

3° Suivant les accidents concomitants : c'est ainsi que si elle coïncide avec des hémorraghies nasales, gengivales, cutanées, elle est le plus souvent mortelle.

Mais une hémorrhagie qui se présente au début de la maladie, c'est-à-dire à la période de congestion, n'est pas un phénomène grave : c'est, au contraire, un phénomène critique, un moyen naturel de révulsion qu'on ne doit combattre qu'avec discrétion et ménagement.

Quant au traitement à diriger contre les hémorrhagies intestinales, qui prennent des proportions inquiétantes, M. Peter le résume en ces termes. La première indication étant de fluxionner l'intestin, il supprime purgatifs et lavements. Comme méthode curatrice, il a recours à la vessie remplie de glace sur le ventre, mais séparée de la peau par un linge très-froid, afin d'éviter la gangrène de la partie sur laquelle on l'applique; à l'intérieur, boissons et toniques exclusivement froids. L'extrait de quiquina (4 gr.) associé au café noir, comme l'indique Trousseau, est une bonne préparation pour combattre la fluidité du sang et stimuler le système nerveux.

Action du sulfate de quinine sur l'utérus.

Voici un nouveau fait à l'appui de l'utilité du sulfate de quinine pendant la grossesse et de son action favorable sur les fonctions utérines, que nous communique M. le docteur Seure (de Saint-Germain en Laye).

Une dame X... étant allée passer l'été à Saint-Germain, était au septième mois et demi d'une seconde grossesse, qui jusque-là avait été très-heureuse, lorsque, au milieu de septembre, sans cause connue, elle éprouva tout à coup des douleurs utérines semblables aux premières douleurs d'enfantement, qui lui firent craindre un accouchement prématuré.

M. le docteur Seure, appelé, conseille le repos absolu au lit et des lavements laudanisés.

Les douleurs cessent dans l'après-midi, pour reparaître le lendemain, à peu près à la même heure.

Mme X... éprouve une certaine répulsion pour les lavements, qui ne sont pas pris régulièrement, et malgré le repos rigoureusement observé, les mêmes phénomènes se reproduisent plusieurs jours de suite. A différentes reprises, notre confrère constate, au moment des douleurs, des contractions utérines assez énergiques.

En présence de cette périodicité, il prescrit le sulfate de quinine. Mme X... en prend 40 centigrammes chaque soir. Dès la première dose, les douleurs sont moins vives le lendemain et durent moins longtemps, et après quelques jours de ce traitement, l'amélioration est telle que cette dame serait à l'abri de tout accident. Mais dès qu'elle veut suspendre le médicament, les douleurs reparaissent avec le même caractère de périodicité.

Enfin, après dix-huit à vingt jours de ce traitement, Mme X..., débarrassée de ses douleurs, put retourner à Paris, où elle accoucha quelque temps après d'une fille bien portante.

Dr Brochin.

DES FRACTURES DU CORPS DE LA CLAVICULE

PAR CONTRACTION MUSCULAIRE

par le docteur E. Delens, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Conclusions. — Les fractures du corps de la clavicule peuvent être, dans certains cas, produites par la contraction musculaire. — Elles se rencontrent surtout chez l'homme, de vingt-cinq à soixante-ans, et affectent principalement le côté droit. — L'influence des diathèses débilitantes, en particulier de la syphilis, et une altération locale de l'os (ostéite, tumeurs gommeuses), sont des causes prédisposantes de ces fractures. — Le mécanisme de ces fractures est difficile à déterminer, l'attitude du membre et l'intensité de l'effort variant beaucoup suivant les cas. — La fracture s'accompagne de douleurs avec sensation de craquement à la base du cou; elle est suivie d'une inertie plus ou moins complète des membres. La tuméfaction et la déformation de la région sont modérées; le déplacement des fragments est peu considérable; la mobilité et la crépitation existent, mais doivent être recherchées avec soin. — Le diagnostic de la cause présente seul quelques difficultés. Les détails circonstanciés fournis par le blessé permettent généralement de l'établir. — Le pronostic et le traitement, sauf complications, n'offrent rien de particulier. — (*Arch. de méd.*)

DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

DE L'ÉLECTRICITÉ (1).

Par le docteur Althaus (de Londres)
(traduction du docteur Darin).

II.

Couple au chlorure d'argent. — Appareils de Gaiffe et de Stöhrer. — Batterie de Foveaux modifiée par Smee.

Une autre batterie constante, qui a fortement attiré l'attention, dans ces derniers temps, est la pile au chlorure d'argent. Primitivement imaginée par M. Marié Davy, on la trouve déjà mentionnée dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences* en 1859. Elle tomba ensuite en oubli et en fut tirée simultanément (en 1868) par le docteur Warren de la Rue et M. Pineus (de Kœnigsberg). Une controverse animée s'engagea alors entre ces deux savants, dont chacun revendiquait honnêtement pour lui le mérite de la priorité, bien que ni l'un ni l'autre ne fussent les réels inventeurs.

Le couple au chlorure d'argent se compose essentiellement de zinc, auquel on donne la forme soit d'un bâton, soit d'une croix, soit d'une étoile et d'une cupule d'argent contenant du

(1) Suite. — Voir les numéros des 16 et 23 mars.

chlorure d'argent, qui est suspendue sur un bout de fil de même métal. Ce couple est plongé dans de l'acide sulfurique dilué ou dans une solution de sel ordinaire. Quand la batterie entre en action, la décomposition suivante a lieu : l'hydrogène mis en liberté se porte sur la lame d'argent et se combine avec le chlorure du sel d'argent pour former de l'acide chlorhydrique, tandis que de l'argent métallique se dépose à l'état de poudre fine dans la cupule d'argent.

M. Gaiffe a construit deux espèces de batteries au chlorure d'argent, qui diffèrent relativement aux dimensions des éléments et en quelques autres particularités. La plus petite des deux constitue la batterie constante la plus portative et la moins coûteuse que l'on ait encore établie. Elle se compose de 24, 36, 48 ou 60 couples et peut se porter dans la poche. A B C D (fig. 3), boîte contenant la batterie, de la dimension d'un volume in-8°. T, tablette sous laquelle sont fixés les couples; P N, pôles positif et négatif; G compartiment où se placent les réophores et accessoires. Le prix est de 40 francs pour une batterie de 24 couples; il s'élève de 15 francs pour chaque

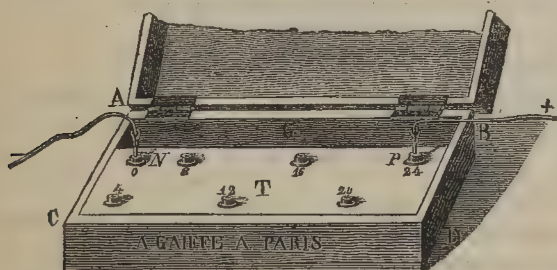


Fig. 3.

série de 12 couples, de sorte qu'un appareil composé de 60 éléments revient à 85 francs; ces batteries fonctionnent quatre-vingts heures sans avoir besoin d'être rechargées. Elles sont bien supérieures aux chaînes de Pulvermacher et coûtent beaucoup moins cher. Cependant l'expérience prouve qu'une plus grande surface de métaux est préférable, au point de vue thérapeutique, à une petite; nous ne recommanderions donc ces merveilles d'ingéniosité et de bon marché qu'à ceux qui ne peuvent se procurer des instruments plus grands et plus coûteux.

[Il y a une autre raison qui doit faire renoncer le praticien à l'acquisition de ce genre de batterie, c'est qu'on n'a pas pu empêcher, d'une manière absolue, l'usure des couples pendant le temps de repos, et que les éléments sont détruits au bout de cinq ou six mois, sans que la pile ait travaillé. Elle serait excellente pour le traitement d'une ou de plusieurs maladies ne dépassant pas quelques mois de durée, et le médecin pourrait, dans ces conditions, en conseiller l'achat à ses malades (1).]

Le même fabricant a construit une batterie au chlorure d'argent plus grande (fig. 4), et qui non seulement est capable de fournir un travail dix fois plus long que la précédente, mais lui est encore thérapeutiquement préférable; tout en étant plus volumineuse, elle est cependant très-portative. Elle se compose de 18 à 60 couples, réunis par 6 dans des casiers dont l'un est figuré devant la batterie (F F F F F F); N, tablette qui recouvre les couples; V V V V, vis-boulons qui assemblent le manipulateur et la boîte; I, interrupteur, qui donne les chocs voltaïques par interruption, sous la pression plus ou moins rapide du doigt; G, galvanomètre; BB', pièces qui livrent le courant et sur lesquelles s'attachent les réophores; O O, boutons communiquant avec le pôle négatif du premier couple de la batterie; 2-2, 4-4, 6-6, 8-8, etc., boutons en relation avec les pôles positifs des 2e, 4e, 6e, 8e couples, et ainsi de suite; M M', deux manettes qui font communiquer BB' avec le nombre d'éléments que l'on veut employer et qui permettent au praticien d'agir avec différentes

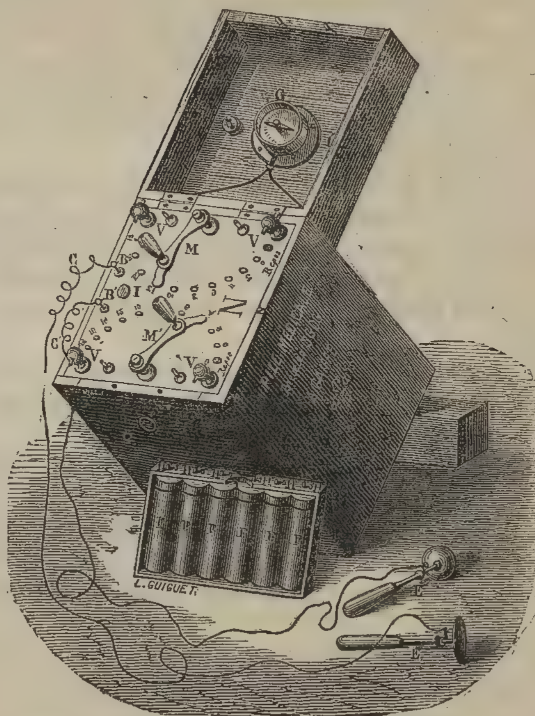


Fig. 4.

séries des couples de la batterie, de manière à diviser l'action chimique. Cet appareil est beaucoup plus cher que le précédent. Un de 18 couples coûte 200 francs; l'on peut l'augmenter moyennant 50 francs en plus, pour chaque série de 6 couples; de sorte qu'une batterie de 60 éléments revient à 550 francs. L'addition d'un renverseur de courant à chacun de ces instruments en augmente le prix de 10 francs. Ces machines fonctionnent de 7 à 800 heures sans être rechargées et n'exigent, dans les intervalles de repos, d'autre soin que celui de mettre le courant à zéro. Avec cette précaution, il ne se produit pas d'action chimique et, par conséquent, aucune usure des métaux.

Le docteur Stöhrer (de Dresde) a également construit une batterie au chlorure d'argent, qui se compose de 40, 50 et 60 couples. On met une petite quantité de chlorure d'argent au fond d'un tube cylindrique de verre, d'environ 15 centimètres de hauteur; l'élévation du tube permet à une lame d'argent de toucher le chlorure d'argent. Une croix de zinc s'insère dans la partie supérieure du tube, à environ 8 centimètres de distance du chlorure d'argent. La batterie se charge avec de l'acide sulfurique dilué au dixième, et, grâce à une disposition particulière, le couple peut être amené en contact avec le liquide ou en être éloigné.

Une certaine quantité de chlorure d'argent doit s'être décomposée avant que la batterie commence à agir. Le temps exigé pour cela varie, dans les différentes batteries, de cinq à dix minutes. L'action peut être accélérée en fermant le circuit, pendant quelques instants, au moyen d'un conducteur. L'appareil cesse de fonctionner dès que le chlorure d'argent est entièrement réduit. On s'en aperçoit au dégagement, dans l'eau acidulée, de bulles d'hydrogène qui ne peuvent plus se combiner avec le chlore. Ce phénomène n'a pas toujours lieu simultanément dans tous les couples, mais se présente généralement dans un, puis dans un autre couple; mais chaque fois qu'on le voit se produire, il faut ajouter aussitôt de nouveau

(1) Note du traducteur.

chlorure, sans quoi l'action de la batterie serait notablement entravée. Le prix de la batterie au chlorure d'argent de Stöhrer est de 155 francs à 260 francs.

En somme, on peut dire que la batterie au chlorure d'argent est encore à la période d'essai. Quant à nous, il y a trop peu de temps que nous nous en servons pour pouvoir nous prononcer personnellement sur le mérite des appareils décrits ci-dessus. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 mars 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

PRÉSENTATIONS

M. Verneuil dépose, au nom de M. Piéchaud, un travail sur les polypes utérins et certaines dégénérescences du col de la matrice; et au nom de M. Ripoll (de Toulouse), une note à propos de la chute tardive des ligatures.

M. Terrier dépose, au nom de M. Périquet, sa thèse intitulée : *Contribution à l'étude des maladies kystiques bénignes du testicule.*

RAPPORTS

M. Verneuil donne lecture d'un rapport sur une communication de M. Delens (voir le numéro du 27 février) relative à deux malformations de l'anus. La première était un anus double, ou plutôt une ouverture anormale du rectum séparée par une mince cloison d'un anus occupant la place normale, mais ne conduisant que dans un cul-de-sac.

La défécation n'en souffrait pas. M. Delens fit l'excision de la cloison avec des ciseaux, et les suites de l'opération furent très-simples. M. Verneuil rapproche de cette anomalie une autre qu'il a observée en 1870. Chez un petit enfant de cinq mois, un raphé se continuant sur la ligne médiane masquait l'entrée de l'anus qui s'ouvrait en dehors par un pertuis de chaque côté de ce raphé. Après l'excision, le rectum fut trouvé rétréci; on y introduisait difficilement le petit doigt.

La dilatation fut faite pendant longtemps tous les jours par le même procédé, en introduisant matin et soir le petit doigt dans l'anus, jusqu'à ce qu'il eût atteint une largeur suffisante. A trois ans et demi, on constatait l'existence de deux petits tubercules cicatriciels en avant et en arrière de l'anus. Cette anomalie est rare et difficile à expliquer d'après les lois connues de l'embryogénie.

La seconde observation de M. Delens a trait à une imperforation de l'anus. Le chirurgien réséqua le coccyx. L'enfant guérit, mais il survint au bout de trois mois un prolapsus anal qui semble aujourd'hui irréductible. M. Delens se demande si ce n'est pas la destruction des moyens de suspension du sphincter en arrière qui a causé cette infirmité. M. Verneuil pense que l'on peut attribuer à une prédisposition l'accident dont cet enfant a été atteint, car il porte, en outre, une hernie ombilicale et une hernie inguinale. Il a lui-même pratiqué trois fois la résection du coccyx chez des enfants sans jamais observer à la suite de cette opération le prolapsus anal.

M. Sée a vu ce petit malade. Le prolapsus est aujourd'hui énorme et difficile à réduire. L'enfant, élevé au biberon, est très-débilité et ne semble pas devoir vivre.

Des remercîments sont adressés à M. Delens, et son travail est renvoyé au comité de publication.

M. Verneuil donne lecture d'un second rapport sur un travail de M. Neveu, chef de laboratoire à la Pitié, sur les lésions vasculaires dans les fractures de la jambe. Ces lésions ne sont pas rares, mais n'ont pas été suffisamment recherchées. M. Nepveu n'a pu en réunir que 54 observations. Les artères tibiale antérieure, tibiale postérieure, péronière, sont le plus fréquemment blessées dans les fractures soit par déchirure, soit par éraillure, soit par arrachement à distance. Les documents manquent sur les blessures veineuses. Ces blessures artérielles peuvent être la cause d'épanchements sanguins circonscrits, d'hémorrhagies primitives ou secondaires, d'anévrysmes, de gangrènes, tous accidents redoutables contre lesquels le chirurgien doit intervenir rapidement.

Des remercîments sont adressés à M. Nepveu et son travail est renvoyé au comité de publication.

M. Verneuil donne lecture d'un troisième rapport sur une observation de M. Pozzi, aide d'anatomie, intitulée : *Ectasie anévrysmoïde interne de l'artère radiale consécutive à une brûlure.* Cette observation relate une lésion qui n'a pas encore été signalée, qui est même contraire à la théorie acceptée. Il s'agit d'une artère de quatrième ordre, qui, comprise dans une escarre suite de brûlure, s'est dilatée considérablement au lieu de se rétrécir comme il arrive ordinairement, et a donné lieu à une hémorrhagie qui a nécessité l'amputation. Il y avait là un anévrysme mixte interne, comme l'a prouvé la dissection faite avec soin.

Les tuniques externe et moyenne étaient rompues, tandis que la tunique interne avait persisté en se dilatant et recouvrait un caillot de 1 centimètre.

Des remercîments sont adressés à M. Pozzi, et son observation est renvoyée au comité de publication.

COMMUNICATION

Grossesse extra-utérine. — M. Polaillon donne lecture d'une observation intitulée : *Grossesse extra-utérine terminée par l'enkystement du produit de la conception*, et dont voici le résumé :

Une femme de trente-sept ans, ayant eu deux accouchements naturels, le dernier en 1864, suivi de péritonite, a eu, depuis cette époque, ses règles d'une manière très-normale jusqu'au 20 avril 1874. A la fin de mai, elle fut prise de vomissements qui persistèrent trois semaines. Peu après, des douleurs incessantes du bas-ventre la forcèrent à garder le lit. Le ventre se développait d'une manière bizarre. A son entrée à la Maternité, elle était très-anémiée. La grossesse datait de cinq mois, mais le ventre était plus saillant qu'il ne l'est habituellement à cette époque. Le col de l'utérus n'était pas plus volumineux qu'à l'état de vacuité. Il était repoussé en haut et en avant par une tumeur située en avant de l'utérus et appuyée sur le pubis, tumeur lisse, élastique, de la grosseur d'une tête d'enfant. Il y avait incontinence d'urine.

On entendait nettement les battements du cœur de l'enfant à 8 ou 9 centimètres au-dessus du pubis et à droite. Les mouvements fœtaux n'ont été sentis que par la mère.

Le séjour au lit et un régime fortifiant ayant amélioré son état, elle sort de l'hôpital, puis rentre le 7 octobre dans un état plus alarmant. Le volume du ventre est augmenté. La douleur, l'insomnie, la fièvre ont amené un amaigrissement considérable. Le 17 octobre, elle est prise de frissons et de douleurs excessives du ventre. Le cœur fœtal bat toujours. Les douleurs sont calmées par un emplâtre de Vigo avec extrait de belladone et de ciguë. Le cinquième jour, l'on n'entend plus de bruit fœtal.

Le 3 novembre, les seins sont gonflés.

Du 7 au 13, léger écoulement sanguinolent, sans caillots ni membrane. Le col est fermé. Le ventre s'est affaissé.

Il y a toujours incontinence d'urine. Vers le milieu de décembre, la tumeur avait diminué des trois quarts, mais l'état général était mauvais.

Janvier et février. Les forces reviennent; on sent encore la tumeur, mais elle n'est plus sensible que lorsqu'on la comprime. Le 3 mars, cathétérisme de l'utérus, dont la cavité est trouvée vide. Le 20, la tumeur explorée semble adhérente à l'utérus. Le col est petit, dur, atrophié. Les règles ne sont pas revenues.

Ainsi, pas de développement de l'utérus, absence de caduque, rétraction rapide du kyste fœtal réduit au volume d'une grosse orange, tels sont les caractères remarquables de cette observation.

DISCUSSION

M. GUÉNIOT est surpris qu'un fœtus de six mois et demi ait pu si rapidement se réduire à ce volume.

M. DEPAUL. Cette femme avait toutes prédispositions à une grossesse extra-utérine. C'est toujours chez une femme d'un certain âge, qui a eu plusieurs couches, la dernière depuis longtemps, et suivie de péritonite, que cet accident s'observe. De plus elle a présenté, dès le début, tous les éléments du diagnostic d'une grossesse extra-utérine. Développement anormal du ventre, douleurs violentes pendant presque toute la durée de la grossesse, due probablement à des péritonites partielles, enfin tumeur devenant rapidement assez volumineuse pour déplacer la matrice en sens inverse de ce qui arrive dans la grossesse normale, et col sans modifications.

M. Depaul vient d'observer un cas tout à fait semblable dans son service, chez une femme présentant les mêmes conditions d'âge, d'antécédents et de marche de la grossesse. La tumeur a diminué de moitié en six semaines.

Cette femme est sortie de son service il y a peu de jours et est allée mourir avant-hier dans un autre hôpital. L'autopsie a été faite; on a trouvé un kyste contenant un fœtus en putréfaction. Chez la malade de M. Polaillon, le cathétérisme fait avant la fin de la grossesse aurait éclairé le diagnostic. Il est certain que la caduque a été rejetée sinon en entier, au moins par parcelles avec l'écoulement séro-sanguinolent qui a été constaté.

M. POLAILLON n'a pas voulu pratiquer le cathétérisme plus tôt de peur de causer un avortement si l'utérus avait été le siége de la grossesse, et, après la mort du fœtus, de peur de déterminer l'inflammation du kyste qui le renfermait. Quant à la caduque, il n'en a pas trouvé de traces, malgré la grande attention qu'il a mise à la rechercher.

COMMUNICATIONS

Diagnostic du sarcome choroïdien. — M. PERRIN. Le diagnostic du sarcome choroïdien, à sa période de début, est utile au point de vue pratique pour indiquer le moment propice à l'ablation de l'œil avant le développement des accidents graves qui résultent de cette tumeur. Il peut être établi sûrement d'après quatre caractères :

1° Le reflet comparable à celui de l'œil du chat. Mais ce signe n'appartient pas en propre à cette affection et ne se produit que tard.

2° Le décollement de la rétine dans des conditions insolites d'étiologie (pas de traumatisme préalable) et de siége. On le suppose à tort toujours immobile, mais c'est là un caractère différentiel trop absolu, car il est flottant au début.

3° L'augmentation de la pression intra-oculaire. Ce signe est très-précieux, mais il est peu appréciable au commencement, et il faut une très-grande habitude pour le reconnaître.

Ces trois signes donnés par de Græfe ne permettent d'avoir que la probabilité et non la certitude qu'il existe une tumeur derrière la rétine qui la masque.

4° Il en est un quatrième, signalé par Otto Becker, et qui est d'une grande importance. C'est l'apparition et le développement au fond de l'œil d'un réseau vasculaire indépendant des réseaux choroïdien et rétinien, ayant l'aspect des réseaux capillaires des centres nerveux un peu hyperémiés. M. Perrin accorde aujourd'hui une grande confiance à ce signe qui permet d'affirmer absolument l'existence de la maladie dès son début. Cette opinion résulte de la constatation qu'il a eu l'occasion de faire récemment de deux gliômes naissants. Il présente à la société un dessin qu'il a fait faire l'année dernière d'après une malade, et un œil qu'il a énucléé avant-hier à un autre, et qui tous deux présentaient ces caractères.

M. PANAS en a vu également un exemple hier. La petite tumeur vascularisée occupait dans ces trois cas, le même point. N'est-ce pas là le siége de prédilection de ces tumeurs?

Corps étrangers de l'œsophage. — M. GUYON présente une pièce de cinq francs qu'il a extraite de l'œsophage d'un jeune homme de vingt-trois ans, où elle avait séjourné plus de quarante-huit heures. La déglutition était restée facile; la sonde œsophagienne était introduite sans obstacle. Des vomitifs et des boissons abondantes n'avaient produit aucun résultat. La palpation de la région du cou ne faisait rien sentir, quoique le malade accusât une douleur permanente vers le larynx, douleur exagérée par la déglutition. On ne voyait rien au laryngoscope. Ce n'est qu'au moyen d'un instrument *résonnateur* construit par M. Collin, il y a quelques mois, pour la fourchette dont on a tant parlé, et modifié par l'enveloppement de la tige métallique à l'aide d'un tube de caoutchouc, qu'il a été permis de constater sûrement la présence d'un corps étranger vers le milieu de la région cervicale. L'extraction a été faite facilement au moyen de la pince œsophagienne de Cusco, un peu modifiée, de préférence au panier de de Graëfe, qui peut faire basculer une pièce de monnaie et causer des accidents graves.

DISCUSSION

M. SÉE a vu dernièrement un enfant qui avait avalé une plume de fer. Ce corps étranger avait été rejeté à la suite de l'administration d'un vomitif. Mais il survint, quelques jours après, une douleur excessive du cou accompagnée de vomissements et difficulté de déglutition.

Au bout de quinze jours, l'enfant crachait du pus fétide en quantité. L'examen du cou, de la poitrine, du pharynx ne révélait rien ni à la vue ni au toucher. M. Sée songea à déterger ce foyer purulent, de siége inconnu, à l'aide d'une solution de chloral au centième, que l'on faisait boire à l'enfant le plus souvent possible. Aujourd'hui, le pus a diminué considérablement; il n'y a plus de douleur ; l'enfant mange et reprend des forces.

M. GIRALDÈS. Les inconvénients du panier de de Græfe disparaissent si l'on a soin de chloroformer le malade et de retirer l'instrument vivement.

M. PAULET. Les corps étrangers de l'œsophage sont de deux catégories : les uns, de dimensions petites, tombent dans l'estomac, à moins que des aspérités ne les retiennent, et l'on ne peut alors préciser le point où ils sont arrêtés que par la sensation de douleur accusée par le malade. Les autres, de volume plus grand, sont arrêtés même s'ils sont mousses, en un point précis, à la naissance de l'œsophage, derrière le cartilage cricoïde. S'ils peuvent le franchir, rien ne les empêche d'aller jusqu'à l'estomac.

M. MARJOLIN. Il y a une précaution indispensable à prendre chez les adultes comme chez les enfants lorsqu'on veut extraire un corps étranger de l'œsophage; c'est d'immobiliser les bras et les mâchoires. L'instrument de de Græfe a l'avantage de saisir les corps étrangers dans quelque sens qu'ils soient placés.

M. TILLAUX. L'observation de M. Guyon doit être intitulée : « Extraction d'un corps étranger *du pharynx* » et non *de l'œsophage*, puisque celui-ci ne commence qu'au point précis où la pièce de cinq francs était arrêtée.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 janvier 1875. — Présidence de M. GALLARD (1).

Greffe des tendons extenseurs de la main. — M. GILLETTE. Il s'agit d'un charpentier âgé d'une cinquantaine d'années. Cet homme eut la main droite embrochée par un crochet d'emballeur, qui traversa les tissus de la face dorsale entre le quatrième et le cinquième métacarpien. La plaie se cicatrisa très-vite et sans accident d'aucune sorte; après la guérison, le malade s'aperçut qu'il ne pouvait étendre ni le petit doigt ni l'annulaire. Plusieurs mois après, il entra à l'hôpital dans le service de M. Tillaux, pour une autre lésion.

Voici ce qu'on trouva à l'examen :

A l'endroit de la cicatrice, il existe une petite tumeur élastique, située entre les deux métacarpiens, et qu'on attribue à la rétraction

(1) Fin. — Voir les numéros des 9 et 16 mars.

du bout central des tendons. L'extension des deux doigts est tout à fait impossible.

On propose au malade de remédier à son infirmité par une opération; il consent et voici ce que fait M. Tillaux : sur la face dorsale de la main, entre les deux métacarpiens, il pratique une incision verticale de 5 à 6 centimètres; perpendiculairement à chacune des extrémités de cette incision, il fait une autre incision de 2 centimètres, de manière à former deux lambeaux rectangulaires, deux volets lui permettant de découvrir la petite tumeur et les parties environnantes. On trouve que la tuméfaction, sentie à travers la peau est formée de la réunion des bouts périphériques des deux tendons divisés; quant aux bouts centraux, on n'en aperçoit pas trace. Pour rétablir l'extension, M. Tillaux songe à greffer cette extrémité commune des deux tendons sur un tendon extenseur voisin, celui du médius. Pour cela, il avive les extrémités des deux tendons coupés et pratique sur le tendon du médius une boutonnière, dans laquelle il fait passer les extrémités avivées; il fixe ensuite les parties greffées avec des fils d'argent. La main est mise dans un pansement ouaté.

Le succès a couronné cette opération, le malade peut étendre très-bien l'annulaire, un peu moins l'auriculaire qui, du reste, était déjà impotent avant la blessure. C'est là une véritable greffe par approche. Cette opération, qui a été déjà appliquée aux nerfs, n'a pas, je crois, été pratiquée pour les tendons; j'ajouterai que, la méthode d'Esmarch a été mise en pratique ici, et a singulièrement facilité le travail; pas une goutte de sang n'est venue obscurcir le champ opératoire; on a pu saisir, dénuder et couper avec facilité les tendons, chose qu'on n'aurait pu faire aussi aisément au milieu d'une plaie sanglante. Une dernière observation, qui jette un jour nouveau sur un point de physiologie. Jobert, Velpeau, Boyer et d'autres, ont dit que les tendons, sensibles à l'état malade, étaient tout à fait insensibles quand ils étaient sains. Cette assertion n'est pas juste; le malade, qui n'était pas endormi, a beaucoup souffert de l'attouchement, de la dénudation et de la section des tendons.

DISCUSSION

M. DE SAINT-GERMAIN. La méthode d'Esmarch est d'une utilité incontestable, et cela surtout dans les opérations pratiquées chez les enfants. Il y a quelques jours, j'ai eu à enlever un pouce supplémentaire, qui tenait à la main non par la peau, mais par une phalange solidement articulée à une facette distincte du métacarpien; il a donc fallu scier cette phalange et non la désarticuler, afin de ne pas ouvrir l'articulation du pouce véritable.

L'opération était délicate, l'enfant étant tout petit, et j'avoue que la méthode d'Esmarch en arrêtant tout écoulement de sang, m'a beaucoup aidé.

M. PETER. Je suis heureux de voir la sensibilité des tendons démontrée directement. J'ai eu lieu de supposer qu'il en était ainsi dans le cours de recherches que j'ai faites à propos de rhumatismes confondus avec des synovites et des ténosites. On croyait jusqu'ici que le rhumatisme blennorrhagique avait la propriété exclusive de produire l'inflammation des tendons et des synoviales. Il n'en est pas ainsi. J'ai senti et fait sentir à mes élèves des tendons douloureux dans toute leur longueur, et ayant fait croire à des rhumatismes. Le tendon du biceps est souvent douloureux, surtout à son point de réflexion sur la tête humérale. Le tendon d'Achille douloureux, a fait croire à une arthrite tibio-tarsienne.

J'ai supposé, d'après ces observations, que les tendons étaient sensibles, non pas à cause des nerfs voisins, mais par eux-mêmes, et je suis heureux de voir ce point directement confirmé.

M. GILLETTE. M. le professeur Sappey a, du reste, démontré l'existence de filets nerveux dans l'épaisseur des tendons.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le secrétaire annuel : Dr LEMOISNE.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

18. Bories. Essai sur les intermittences du pouls.
19. Vallantin. Recherches sur les causes de l'hémiplégie chez les enfants.
20. Giraud. De quelques accidents survenant pendant la convalescence de la fièvre typhoïde et des abcès multiples en particulier.
21. Radouan. Étude théorique et pratique sur l'eczéma.
22. Leroy. Contribution à l'étude de l'appareil d'Esmarh (ischémie chirurgicale).
23. Lorey. Des vomissements de sang supplémentaires des règles, et pathogénie des hémorrhagies supplémentaires du flux menstruel, en général.
24. Villemus. Du café et de ses principales applications thérapeutiques.
25. Bourquard. Essai sur les récents travaux concernant l'anatomie et la physiologie normales et pathologiques du rein.
26. Dufour. De l'alimentation dans les maladies aiguës.
27. Roy. Traitement des fractures du col du fémur.
28. Milliot. Complications des tumeurs fibreuses de l'utérus.
29. Mary. De l'hémorrhagie après l'ablation des amygdales.
30. Vermullen. Des hémoptysies cardiaques.

Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur E. Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau à l'hôpital Saint-Louis, le mardi 6 avril 1875, à huit heures et demie du matin, et les continuera les lundis et mardis suivants, à la même heure; les leçons habituelles des lundis resteront consacrées aux maladies des femmes.

— *Erratum.* — Dans le compte rendu de la séance de l'Académie de médecine du 23 mars (au n° 2 de la *Correspondance manuscrite*), au lieu de : Une lettre de MM. Truchot et Fievet (de Clermont-Ferrand), etc., lire : Une lettre de MM. Truchot et Fredet.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU COEUR

JEU DES VALVULES AURICULO-VENTRICULAIRES

« L'anatomie ancienne est à la moderne, disait Voltaire, ce qu'étaient les cartes géographiques grossières du seizième siècle, qui ne représentaient que les lieux principaux, en comparaison des cartes topographiques de nos jours, où l'on trouve jusqu'au moindre buisson mis à sa place. » Quoi qu'en ait dit Voltaire, dont on n'a guère l'habitude, il est vrai, d'invoquer l'autorité en matière d'anatomie, il y a plus d'un buisson qui manque ou qui n'est pas encore à sa vraie place dans la carte topographique du corps humain. Si de l'anatomie on passe à la physiologie, les lacunes sont encore plus nombreuses, — soit dit sans méconnaître les immenses progrès de nos jours. Cette réflexion nous est venue à la vue seule du titre d'un très-beau mémoire — beau typographiquement autant que scientifiquement — que nous tenons aujourd'hui même de la main de son auteur (1).

A ne juger des choses que superficiellement, on serait tout d'abord assez disposé à croire que l'anatomie et la physiologie du cœur n'ont plus rien d'inconnu pour personne. Mais les discussions récentes de l'Académie sur ce sujet prouveraient déjà qu'il n'en est malheureusement pas ainsi. Et dans ce nouveau travail de M. Marc Sée, dont l'idée lui a été suggérée par les doutes que cette discussion elle-même a laissés dans les esprits sur quelques points essentiels de la physiologie du cœur, nous lisons, en tête, cette phrase qui n'est pas faite pour nous enorgueillir beaucoup sur nos connaissances à cet égard : « Parmi les problèmes si nombreux qne soulève la physiologie du cœur, il n'en est point qui ait suscité plus de recherches et de controverses que celui qui est relatif au jeu des valvules auriculo-ventriculaires. Néanmoins, malgré tant de travaux accumulés sur ce sujet, on constate avec regret, non-seulement que l'accord est loin d'être fait parmi les observateurs, mais encore qu'aucune des théories proposées n'est véritablement satisfaisante. »

(1) *Recherches sur l'anatomie et la physiologie du cœur, spécialement au point de vue du fonctionnement des valvules auriculo-ventriculaires*, par le docteur Marc Sée, chef des travaux anatomiques à la faculté de médecine de Paris. — Gr. in-4°. Paris, 1875 — G. Masson, éditeur.

Et cependant de Galien à Vésale, de Vésale à Harvey et d'Harvey à nos jours, tous les anatomistes et les physiologistes ont passé par là. Quelles sont donc les causes qui ont empêché jusqu'à présent de déterminer avec précision le mode de fonctionnement de parties qui jouent un rôle presque tout mécanique? C'est, d'une part, la difficulté d'observer les mouvements du cœur et de ses diverses parties sans s'éloigner plus ou moins notablement des conditions physiologiques, surtout pour les valvules auriculo-ventriculaires qui ne peuvent être rendues accessibles à la vue ou au toucher chez l'animal vivant, qu'au prix de mutilations qui en troublent le jeu. C'est, d'une autre part, le vice fondamental de la plupart des épreuves faites *post mortem* qui ne répondent jamais au jeu du cœur vivant, et où il est fait forcément abstraction de la contraction musculaire, qui est justement l'élément capital du problème que l'on cherche à résoudre. C'est, enfin, qu'il n'est pas toujours aisé de déduire logiquement et rigoureusement le mode de fonctionnement d'un organe du fait seul de sa texture et de sa conformation anatomique.

L'anatomie a-t-elle dit son dernier mot, d'ailleurs, sur tous les éléments et toutes les conditions de la texture du cœur?

M. Marc Sée a eu des doutes à ce sujet. Il lui a paru que l'inspection anatomique, à laquelle on doit des notions si précises et si certaines sur la physiologie des muscles en général, n'a fourni jusqu'ici que des résultats incomplets ou erronés en ce qui touche le cœur.

Tels sont les motifs qui l'ont déterminé à entreprendre les nouvelles recherches qui font le sujet de ce travail.

Un exposé historique et critique très-complet de la question lui en ayant montré les côtés faibles, défectueux ou insuffisants, il a voulu procéder à une nouvelle révision de cet important sujet.

Il se trouvait, pour accomplir cette tâche difficile, en présence de plusieurs méthodes : ou répéter l'expérience si connue et si souvent répétée déjà de Lower, consistant à faire passer un courant de liquide à travers les cavités du cœur, expérience susceptible d'être variée de diverses façons ; ou bien observer directement sur des animaux vivants, en portant le doigt dans le cœur, comme l'ont fait Sénac, Reid, le comité de Londres, MM. Colin et Chauveau ; ou bien, enfin, déduire le jeu normal de la connaissance exacte de la disposition anatomique des parties.

L'expérience de Lower lui a paru ne devoir donner qu'une idée inexacte du mode de fonctionnement des valvules.

Les vivisections, en déterminant un affaiblissement notable des contractions cardiaques, peuvent modifier sensiblement le jeu de ces valvules.

Il s'est déterminé, en conséquence, pour la dernière méthode, la méthode anatomique.

« Pour apprécier d'une manière rationnelle et aussi complétement que possible le jeu des valvules auriculo-ventriculaires, » dit-il, « il faut envisager ces valvules en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les autres parties du cœur. Il importe surtout d'examiner quelle doit être l'influence exercée sur les valvules par les muscles papillaires, dont les tendons ou cordages viennent se fixer sur elles. »

Dans l'examen du rôle dévolu aux muscles papillaires, trois questions principales ont attiré son attention :

1° A quel temps de la révolution cardiaque correspond la contraction des piliers ?

2° Cette contraction peut-elle produire un changement dans la position des valvules ?

3° Quel est ce changement ?

Sur la première question, M. Marc Sée, partant de cette considération anatomique, que les éléments musculaires des piliers sont la continuation non-interrompue des fibres pariétales, en déduit que la contraction des muscles papillaires et des colonnes charnues du cœur, en général, accompagne celle des parois ventriculaires, ce qui est conforme, d'ailleurs, aux observations directes de plusieurs physiologistes, notamment de Haller, Sénac, Reid, Thomson et des membres du comité de Londres.

Sur la seconde question, la contraction des piliers produisant nécessairement leur raccourcissement, il était logique d'admettre qu'elle devait déterminer la tension des cordages tendineux et l'abaissement des valvules. Mais il fallait, avant d'admettre cette déduction, résoudre préalablement la question encore controversée aujourd'hui, du raccourcissement ou de l'allongement du diamètre longitudinal du cœur pendant la systole.

D'une longue et minutieuse discussion des opinions contradictoires émises par les physiologistes sur ce point et de l'examen des faits et des expériences invoqués en faveur de l'une et de l'autre alternativement, et se fondant surtout sur une étude attentive de la texture du cœur dans laquelle il n'existerait point, suivant lui, de fibres musculaires à proprement parler, mais de simples réseaux musculaires constitués d'éléments courts, anastomosés les uns avec les autres, se continuant à travers toute l'épaisseur des parois du cœur et se prolongeant dans les colonnes charnues de la face interne et dans les muscles papillaires, M. Marc Sée est conduit à considérer comme établie la proposition suivante : Au moment de la systole ventriculaire, les cordages tendineux sont tendus et les valvules auriculo-ventriculaires fortement tirées en bas. Or cette traction, loin d'ouvrir la communication entre les oreillettes et les ventricules, comme l'ont avancé à tort plusieurs physiologistes, faute d'avoir suffisamment interrogé l'anatomie, aurait, au contraire, pour effet de produire une occlusion parfaite.

Suit une étude détaillée, d'abord commune, puis séparée pour les deux ventricules, de la disposition des différents ordres de cordages, les uns libres, les autres adhérents, des muscles papillaires ou piliers, et de leurs rapports avec les valves constitutives des valvules, etc. On comprendra qu'il nous soit impossible de suivre l'auteur dans tous ces détails minutieux, mais dont tout le monde comprendra l'utilité au point de vue de la connaissance précise de l'organe central de la circulation et de la solution des questions physiologiques si intéressantes qui se rattachent à l'histoire de son fonctionnement. Nous nous bornerons à reproduire ici les principales conclusions qui terminent et résument cet important travail.

..... « Les muscles papillaires des valvules se contractent en même temps que l'ensemble des parois ventriculaires.

« La contraction des muscles papillaires a pour effet la tension des cordages tendineux et l'abaissement des valvules. Cet effet se produit malgré le raccourcissement systolique du diamètre longitudinal des ventricules, admis par la plupart des auteurs.

« Les muscles papillaires du ventricule gauche sont disposés de façon à s'emboîter l'un dans l'autre et à combler la portion gauche de la cavité ventriculaire. En se contractant, ils attirent à gauche les deux valves de la mitrale, qu'ils appliquent l'une sur l'autre et contre la paroi du ventricule. La valve droite joue le rôle essentiel dans l'occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire ; mais la valve gauche n'est pas inutile, non plus que les deux languettes valvulaires accessoires.

« Le mode de resserrement du ventricule droit diffère notablement de celui du ventricule gauche, ce qui a nécessité des dispositions particulières de la valvule tricuspide.

« Les muscles papillaires du ventricule droit, en se contractant, appliquent et étalent les valves de la tricuspide à la surface de la cloison. La forme convexe de cette dernière rend compte de l'existence des trois valves dans le cœur droit.

« Il y a, dans la paroi ventriculaire droite, un gros faisceau musculaire dont l'action supplée celle de la pression sanguine, si considérable dans le ventricule gauche. Ce faisceau musculaire est l'analogue du demi-spincter qui remplace la valvule tricuspide dans le cœur des oiseaux. »

De magnifiques planches, gravées par M. Richer, aident à l'intelligence du texte et constituent en partie les pièces justificatives à l'appui des faits énoncés dans ce travail.

M. Marc Sée aura-t-il le dernier mot dans cette question ? Très-probablement non. Mais les descriptions qu'il y donne sont de nature à pouvoir être vérifiées par tous ceux qui voudront y regarder de près comme lui. Ses interprétations, par cela même qu'elles ne sont que la déduction immédiate des dispositions décrites, vaudront naturellement ce que valent ces descriptions elles-mêmes. Si ce travail provoque des contradictions, ce ne pourra être qu'à la condition d'avoir fait des observations encore plus rigoureuses, si c'est possible. Et de toute manière, que de nouveaux chercheurs confirment ou rectifient en quelques points les recherches de M. Marc Sée, la science y gagnera toujours quelque chose. C'est une pierre de plus apportée à l'édifice toujours montant, jamais achevé ; c'est un pas de plus fait dans la connaissance des voies par lesquelles la nature continue à faire contracter et dilater notre cœur, sans que nous puissions dire encore exactement et rigoureusement ni pourquoi, ni comment.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. le professeur Béhier.

Pneumonie bâtarde présentant des phénomènes généraux susceptibles d'induire en erreur. — Déductions pratiques.

(Leçon recueillie par M. Marcille, élève des hôpitaux.)

Messieurs, je tiens à vous donner aujourd'hui un exemple de pneumonie qui, par la forme anormale que la maladie a affectée au début et par la marche particulière qu'elle a suivie, pourra vous être d'une certaine utilité. Le 3 mars, au n° 23 de notre salle Saint-Jean, il nous est entré un homme de cinquante-huit ans, exerçant la profession de journalier. Quoi-

que depuis une quinzaine de jours, il se sentit mal à son aise et éprouvât déjà une sensation de courbature, il avait continué son travail jusqu'au 28 février, époque à laquelle il fut pris d'un point de côté à droite et d'une toux légère suivie d'une expectoration brunâtre. En même temps, il eut des petits frissons accompagnés de chaleur, de l'inappétence, de l'insomnie, et, le 3 mars, il se décida à entrer à l'hôpital.

Le 4 au matin, lorsque je le vis, il était couché dans le décubitus dorsal; la face était animée, le pouls calme la peau chaude. Il se plaignait d'un point de côté qui s'étendait à droite de la fosse sous-épineuse vers l'aisselle. La toux était peu fréquente, suivie d'une expectoration brun rougeâtre rappelant à peu près la coloration jus de pruneaux. Pas d'oppression, la respiration était calme.

La poitrine, à la percussion, présentait en avant sa sonorité normale; mais en arrière et à droite, il existait une certaine matité relative qui s'étendait depuis la fosse sous-épineuse jusqu'au tiers inférieur de la poitrine, se propageant vers l'aisselle. Elle était loin d'être franchement caractérisée.

A l'auscultation, et seulement dans les grandes inspirations, on percevait, au même niveau que la matité, du souffle tubaire, de même que des râles crépitants mêlés de râles sous-crépitants. En même temps, il avait du retentissement de la voix, mais n'allant pas jusqu'à constituer de la véritable bronchophonie.

Vers l'angle de l'omoplate seulement, on entendait un léger frottement. Les vibrations thoraciques n'étaient pas augmentées à la main. Enfin, du côté du cœur, il n'y avait rien d'anormal.

L'état général était assez satisfaisant: le malade n'était pas trop affaissé. La langue était bien un peu sèche, blanchâtre, mais l'appétit était conservé en partie.

Je fis appliquer un vésicatoire, et je prescrivis la potion de Todd à 80 grammes.

Vous voyez, messieurs, que le diagnostic pouvait être tout d'abord un peu douteux. Dans la pneumonie franche, la matité est nette, le souffle tubaire accusé, les râles crépitants parfaitement dessinés aux points de la région occupés par le souffle, et, de plus, il y a à ce niveau de la bronchophonie. Chez notre malade, au contraire, les signes locaux étaient mal caractérisés, le souffle était peu intense, les râles mal précisés, leur caractère crépitant peu marqué; le retentissement de la voix était médiocre et n'allait pas jusqu'à la bronchophonie. N'eût été la coloration des crachats, on aurait pu croire à l'existence d'une broncho-pneumonie.

Nous avions donc affaire à une pneumonie bâtarde et accompagnée de phénomènes généraux qui pouvaient induire en erreur. Cette dissemblance entre l'expression locale et l'expression générale était déjà d'un mauvais signe pour l'issue de la maladie.

A quelle cause fallait-il rattacher cette déviation de la forme normale de la pneumonie? L'âge du malade n'était pas assez avancé pour qu'on pût songer à indiquer son influence; ensuite, lorsqu'il y a une sénilité anticipée, vous savez que ce sont plutôt des phénomènes adynamiques qui se manifestent.

L'étude de la qualité des crachats pouvait peut-être nous éclairer. Dans la pneumonie franche, ils sont visqueux, agglutinés, adhérents au vase, semi-transparents, colorés par de l'hématine et offrent en quelque sorte une espèce d'individualité qui rappelle leur origine. Ils ne sont autre chose qu'un peu de l'exsudat intra-trabéculaire chassé par le poumon.

Chez notre malade, ils étaient diffluents, troubles, non adhérents au vase, approchant de la coloration jus de pruneaux, un peu spumeux. En un mot, ils offraient un mauvais aspect.

Ce caractère particulier des crachats pouvait-il nous faire croire à l'existence d'une pneumonie déjà arrivée au troisième degré? Nous n'étions encore qu'au quatrième jour de la maladie, et, quoique la chose fût possible, c'était bien tôt. Mais ce qui me fit surtout rejeter cette idée d'une pneumonie en voie de suppuration, c'était l'état général relativement bon: le malade ne présentait pas de symptômes adynamiques; il avait bien eu, nous avait-il dit, quelques petits frissons répétés pendant deux jours, mais ils ne correspondaient avec aucun autre symptôme.

L'aspect quasi hémoptoïque des crachats pouvait faire penser encore à quelque affection cardiaque avec congestion pulmonaire; mais, à l'auscultation, le cœur ne présentait ni souffle, ni intermittences, ni inégalités dans les pulsations. De plus, il n'y avait pas de dyspnée, et une lésion du cœur assez avancée pour provoquer une congestion pulmonaire en aurait infailliblement déterminé. Enfin des symptômes semblables se seraient manifestés dans l'autre côté de la poitrine, les maladies du cœur entraînant la congestion passive de toute la circulation pulmonaire.

J'invoquai alors une autre hypothèse: je pensai avoir affaire à une affection du poumon, développée chez un tuberculeux et imprimant à l'état du sujet une forme particulière qu'on observe souvent dans cette maladie. La profession du malade pouvait, jusqu'à un certain point, justifier cette opinion; mais il nous déclara n'avoir eu ni hémoptysie, ni fièvre, ni diarrhée. Il avait maigri, mais cet amaigrissement était de date toute récente. Le doute est resté dans mon esprit jusqu'au dernier moment.

Enfin je me demandai si la qualité diffluente et sanguinolente de l'expectoration n'était pas le fait d'un cancer développé dans les ganglions bronchiques et ayant envahi le poumon. Mais, dans ce cas, la matité eût été franche et n'eût pas été observée vers l'aisselle, mais bien vers le hile du poumon, au niveau de la racine des bronches, puisque c'est dans les ganglions bronchiques que siége le cancer de cet organe.

Je fis alors appel à cette dernière hypothèse que j'étais en présence de l'un de ces cas dans lesquels l'inflammation débute à la partie interne du poumon et chemine d'abord dans la profondeur de son tissu pour n'envahir que plus tard la partie superficielle. Dans ces cas où une portion plus ou moins considérable de poumon sain se trouve interposée entre l'oreille et le point où se produisent les bruits sthétoscopiques, on conçoit que ceux-ci ne soient pas très-accentués au début et ne se perçoivent que plus tard, lorsque l'inflammation a gagné la périphérie du parenchyme pulmonaire. Avions-nous donc affaire ici à l'un de ces cas dans lesquels la pneumonie était centripète d'abord pour devenir centrifuge plus tard?

Quoi qu'il en fût, je crus devoir commencer par opérer, au moyen du vésicatoire, une révulsion énergique. Je cherchai à exercer une dérivation violente, c'est-à-dire à déterminer en un point de l'économie proche du poumon, un travail excessivement vif, pour déplacer le processus inflammatoire. D'ailleurs le malade était faible, ce moyen me permettait de galvaniser pour ainsi dire le système nerveux par une médication périphérique. Je prescrivis, en outre, 80 grammes d'eau-de-vie pour soutenir la température.

Voyons maintenant quelle fut la marche de la maladie.

Le 5 mars, il n'y a que peu de fièvre, la respiration est régulière. Pas d'oppression. Mêmes signes physiques.

Le 6, la chaleur a augmenté pendant la nuit; le malade a eu

de l'insomnie et des rêvasseries. La température s'est élevée à 39°8; le pouls est à 128. La respiration est toujours calme. Le souffle s'est étendu : on entend des râles sous-crépitants dans la fosse sous-épineuse. Le malade a eu une selle diarrhéique.

Le 7, l'agitation et l'insomnie sont extrêmes. La toux est peu marquée, l'oppression très-grande. La face est altérée; le pouls petit, déprimé; la peau est chaude. La matité s'est étendue en avant jusque sous la clavicule droite; on entend du souffle tubaire et quelques râles sous-crépitants, fins, dans la même région. En arrière, la matité s'étend dans toute l'étendue de la fosse sous-épineuse, et dans les deux tiers supérieurs du poumon on perçoit des râles sous-crépitants. L'expectoration est constituée uniquement par du sang pur; elle est très-abondante. Les phlyctènes des vésicatoires sont remplies de sang.

En présence de ces symptômes alarmants, je fis appliquer un vésicatoire sous la clavicule droite, et j'élevai la dose de la potion de Todd à 130 grammes.

Enfin, le 8, la face est profondément altérée; l'intelligence s'obscurcit. Pas de mouvements ataxiques ni adynamiques. Température 38°5; pouls 130. La peau est couverte d'une sueur visqueuse, la respiration est courte. On perçoit déjà des râles trachéaux. L'expectoration est moins abondante, mais toujours sanglante. Même signes physiques que précédemment. Des râles sibilants occupent tout le côté gauche.

Ainsi, après être restée stationnaire le 5, nous avoir fait espérer une heureuse terminaison, la température se maintenant à un degré convenable, le 6, des symptômes graves, dus à l'extension de l'inflammation vers des régions du poumon encore intactes, légitimaient alors mes craintes du début à propos de cette forme bâtarde qu'affectait la pneumonie. De tous ces signes, le plus fâcheux, c'était sans contredit la présence du sang pur dans les phlyctènes et dans l'expectoration. Le poumon était tombé dès lors dans un tel collapsus que ses vaisseaux laissaient écouler non plus la matière colorante du sang, mais ce liquide lui-même en nature.

Les vaisseaux de la peau donnant également issue à travers leurs parois à du sang véritable, accusaient une dépression profonde de l'économie.

Pouvait-on invoquer l'alcoolisme comme cause de cette dépression? Non, car la maladie n'a pas suivi la marche qu'elle affecte en ce cas. Nous n'avons pas observé chez notre malade cette forme ataxique que l'alcoolisme imprime si fréquemment aux phénomènes généraux; il n'a eu ni délire loquace, ni hallucinacions, à peine quelques rêvasseries.

Je revins alors à l'idée d'une influence tuberculeuse : je l'abandonnai bientôt pour cette raison que, chez les tuberculeux, c'est par le sommet que commence la pneumonie, tandis qu'ici, c'était vers la partie moyenne du poumon que l'inflammation avait débuté.

Je repoussai donc cette pensée, et je me considérai simplement comme ayant affaire à une économie détruite, effondrée. Dans ce cas, messieurs, quel devait être le traitement? Celui que j'ai suivi. Ce n'était pas ici le lieu de recourir à cette médication née de l'idée qu'on avait autrefois de combattre dans la pneumonie un être malfaisant dont il fallait débarrasser l'économie. Les émissions sanguines, le tartre stibié à haute dose, le kermès, ce médicament inférieur, inutile le plus souvent, nuisible quelquefois par la diarrhée incoercible qu'il provoque, en un mot, tout traitement dépressif aurait tué le malade. Ce qu'il fallait, c'était tâcher d'amener l'économie à laisser évoluer la lésion. C'est pourquoi j'avais prescrit les vésicatoires, auxquels j'aurais peut-être joint les préparations d'acétate d'ammoniaque, si j'en avais eu le temps.

Le 8, le malade mourut par asphyxie, et ainsi se trouvait justifié par la marche de la maladie, mon pronostic fatal du début.

A l'autopsie, on trouva, dans le poumon, deux lésions de phase différente. Dans la partie moyenne, il y avait une zone de demi-putréfaction. Toute cette portion était noirâtre; la coupe n'en était pas granulée et ne retraçait pas l'existence d'une pneumonie véritable. Dans la région envahie la dernière, on trouvait l'indice d'une suppuration excessivement rapide d'une partie de l'organe.

Les parois du cœur lui-même étaient dans un état voisin de la dégénérescence graisseuse : les valvules étaient d'un rouge sombre, imprégnées de sang. Il s'était passé en ces points ce qui s'était produit à la surface des vésicatoires; il existait là de véritables petites ecchymoses.

Le grand cul-de-sac de l'estomac offrait également une surface sanguinolente et faisait supposer l'existence d'un certain degré d'alcoolisme.

Ainsi, messieurs, toutes les fois que vous verrez la pneumonie débuter d'une façon insidieuse, sans expression bien nette dans ses manifestations, c'est que le terrain sur lequel elle se développe est un terrain incapable de faire une bonne, une saine maladie; et, dans ce cas, on voit l'économie toute entière ou l'organe atteint fléchir sous le coup de la phlegmasie, incapable qu'il est de la mener à bien et d'accomplir les actes nécessaires pour le retour à l'état normal.

HERNIE DIAPHRAGMATIQUE IMMENSE

DANS LE CÔTÉ GAUCHE DE LA POITRINE, AYANT DURÉ PLUSIEURS ANNÉES.

(Par M. le docteur FOUCRAS (de Moyrazès.)

Baptiste B..., propriétaire-cultivateur à Nuces, commune de Moyrazès, garçon de trente-deux ans, intelligent et d'un savoir assez étendu, d'une santé habituelle assez bonne, vint me consulter, vers la fin du printemps dernier, pour un embarras gastrique en apparence assez insignifiant (purgatif salin, tisanes amères). Quelques semaines se passent; l'appétit reste bizarre, soumis à des intermittences; les digestions sont laborieuses, et B..., qui est maigre et d'une complexion médiocre, souffre fréquemment de l'estomac; ses forces diminuent; sa face pâlit, et son entourage remarque qu'il dépérit insensiblement.

Le 16 juin, B... vaque encore à ses affaires et travaille à certains moments; son appétit est irrégulier; il se plaint surtout de rapports acides, d'éructations plus ou moins fréquentes selon les jours et les repas; selles irrégulières sans rien de particulier, douleurs légères et très-mobiles vers l'épigastre et sous le sternum; point de fièvre; point de soif; il ne boit qu'aux repas, qu'il éloigne le plus possible, parce qu'ils augmentent ses douleurs durant quelques heures et provoquent des nausées.

Un peu embarrassé par cet état morbide qui manquait pour moi de netteté, je prescris : sirop de quinquina matin et soir; pastilles de pepsine avant et après le repas, et entre ces derniers un peu d'eau de Vals; aliments légers et repos absolu, etc.

Le 29 juin, B... me fait appeler. Je le trouve plus mal; langue rouge, pouls 75 à 80; face jaunâtre; il a encore maigri; ses douleurs post-sternales sont plus vives et plus fréquentes; il a vomi plusieurs fois des aliments, mais surtout des liquides glaireux; il ne vomit en général que lorsqu'il a pris pas mal d'aliments ou de boissons, et au bout de trois à quatre heures, et alors il se sent soulagé; il y a pourtant quelques selles, et des vents assez nombreux; urines limpides. Ventre aplati, souple et indolore. B... se plaignant aussi d'une petite toux sèche et rare, j'examine attentivement la poitrine; absolument rien à droite; mais à gauche, matité complète à la base sur tout le

pourtour, depuis le rachis jusqu'à la pointe du sternum ; la matité va diminuant d'intensité à mesure qu'on s'élève et finit au-dessus de la quatrième côte ; à l'auscultation le murmure respiratoire est normal partout où je l'entends, complet au sommet en avant et en arrière, mais va en diminuant à mesure que l'oreille descend, et finit par ne plus être perçu vers le milieu de la poitrine, là où la matité est encore complète. Pratiquant alors la succussion, j'entends un grand bruit de liquides agités sur tous les points où était tantôt la matité; point d'œgophonie, point de vibration thoracique. J'interroge sur les maladies antérieures; il n'y a jamais eu le moindre point de côté. Je fais part alors au malade de ma surprise de lui trouver la poitrine aux trois quarts pleine d'eau. —« Ce n'est rien, m'objecte-t-il aussitôt; depuis que je fus presque écrasé par un arbre, il y a plus de dix ans, j'entends souvent des eaux dans ma poitrine sans en être incommodé; je les entends assez souvent, pas tous les jours pourtant, debout ou couché, durant le repas ou pendant le travail, mais surtout lorsque je descends une côte et que j'ai bu un peu plus que de coutume. Alors et tout à coup je perçois un sorte de *glou-glou* qui commence là, descend ici, et se termine presque invariablement par l'expulsion de plusieurs vents. » (Et en même temps il posait le doigt sous la clavicule gauche, décrivait une ligne qui passait sous la pointe du sternum, allait à la fosse iliaque droite, puis faisait quelques tours dans l'hypogastre, et se terminait dans la fosse iliaque gauche.)

Si j'étais naguère embarrassé sur la nature des troubles digestifs qu'offrait B..., la lumière me parut alors tout à coup faite, et je crus posséder, sinon l'effet, du moins la cause. Bien que je n'eusse jamais observé de hernie diaphragmatique, je n'hésitai pas à croire que tout ou presque tout l'estomac, et peut-être d'autres organes, étaient accidentellement logés dans la cage thoracique gauche; les détails si précis et si affirmatifs que me donnait ce jeune homme ne me laissaient pas de doute. De là venaient sans aucun doute ses souffrances et ses troubles fonctionnels.

C'est ici le moment de raconter en peu de mots l'accident survenu à B... il y a environ dix ans. Il arrachait un grand arbre, quand tout à coup celui-ci s'abat et le renverse la face contre terre, pendant qu'il prenait la fausse ligne de retraite. Le gros tronc de l'arbre était en travers sur le dos de B... qui avait les deux bras sous lui, le membre inférieur gauche dans l'extension, et le membre inférieur droit fléchi, de telle sorte que le genou touchait au sternum et le talon au siége. Le malheureux fut très-violemment comprimé, et eût été écrasé si un rameau n'eût maintenu le tronc un peu soulevé de terre. B .. ne se rétablit qu'au bout de plusieurs mois, grâce aux soins intelligents de M. le docteur Lala (de Rodez); et s'il ne fut plus aussi fort, il reprit pourtant peu à peu tous les rudes travaux de la culture des champs.

Après ce long examen, voyant que le malade était sans fièvre et vaquait encore à quelques-unes de ses occupations, je fus un peu rassuré sur son état, exigeai un repos absolu, et employai tout ce que je pus faire tolérer contre les accidents dyspeptiques.

Mais rien ne produisit de meilleures digestions; les vomissements redoublèrent; B.... rendait parfois ce qu'il avait mangé deux jours plus tôt, sans rien de particulier d'ailleurs dans ses déjections alvines ou stomacales.

Le 11 juillet, M. le docteur Lala et moi fûmes appelés en consultation. Le malade vint lui-même au-devant de nous; son regard est troublé, et les traits de sa physionomie défaits; il est presque sans fièvre, pouls 84, 85; point de chaleur à la peau, qui est d'un jaune citron; langue assez belle; douleurs à l'épigastre, pas très-violentes mais presque continues; vomissements assez fréquents, survenant le plus souvent trois à quatre heures après qu'il a bu ou mangé; selles rares; quelques vents; ventre très-aplati, et cela existe depuis longues années; on sent aisément l'aorte au-dessous de l'épigastre; le tronc est comme étranglé au-dessus des hanches; les deux articulations sacro-iliaques nous offrent les restes d'une luxation incomplète produite il y a dix ans; le sacrum est projeté en avant, et le bord articulaire des deux os iliaques fait, de chaque côté, en arrière, une saillie prononcée de près de 2 centimètres; un peu plus haut les vertèbres lombaires décrivent un angle aigu à sommet en avant et ouvert en arrière; le sommet de cet angle répond à la troisième lombaire; et c'est à ce niveau qu'une masse intestinale très-mince sépare la paroi abdominale du corps des vertèbres. La poitrine est aplatie d'avant en arrière et comme élargie sur les côtés; elle est pourtant un peu bombée au milieu du sternum, à droite duquel nous trouvons le maximum d'intensité des bruits du cœur; sur le côté gauche une matité partout complète à la base, diminuant au-dessus du mamelon et cessant au-dessous de la deuxième côte. Le murmure vésiculaire normal au sommet de la poitrine en avant comme en arrière, mais diminuant d'intensité un peu plus bas et cessant tout à fait après la troisième côte. Vibration thoracique nulle; à la succussion, nous entendons une grande masse liquide qui produit un assez grand bruit; et le malade, pour mieux nous le faire entendre, descend du lit, et court en sautant dans sa chambre. On eût dit qu'on agitait dans sa poitrine une cruche aux trois quarts pleine d'eau. M. Lala fut alors convaincu, comme moi, qu'il y avait là une hernie diaphragmatique ancienne, qui datait presque sûrement de la chute de l'arbre sur B..., bien que, durant ses précédentes visites, il n'en eût point soupçonné l'existence.

Nous opinions alors que l'état de B... tient à une irritation stomacale et plutôt à quelque phénomène d'engouement, d'étranglement ou de compression qui s'oppose à la libre circulation du tube digestif; pronostic réservé, mais assez rassurant; repos absolu, tisanes rafraîchissantes, pastilles de Vichy, pastilles de pepsine; toniques, bouillons, aliments légers, bordeaux, etc., etc.

Nous quittons le malade à trois heures du soir, et le surlendemain matin à six heures je suis appelé en tout hâte; B... a vomi plusieurs fois, a eu trois selles liquides dans la nuit; tout ce qu'il a rejeté par en haut ou par en bas est noirâtre comme de la suie, sanguinolent. Je pars aussitôt et suis arrêté à mi-chemin; B... vient de mourir!

Cette mort rapide nous ayant tous frappés, je voulus vérifier les faits par la nécropsie; j'y procédai à dix heures du matin, par un soleil brûlant, vingt-sept heures après la mort de B... J'opérai dans la fosse même; après avoir relevé sur la poitrine la paroi abdominale; je trouvai : dans la cavité du ventre, qui est petite, une faible masse d'intestin; le foie, normal, est à sa place; le diaphragme intact à droite, mais tout à fait absent à gauche, où il est réduit à quelques vestiges; de sorte que les cavités abdominale et thoracique gauche ne forment plus qu'une même loge; j'attire les viscères contenus dans le thorax, et tout vient à la fois et facilement; il y avait quelques anses d'intestin grêle, presque tout le colon transverse, la rate, tout l'épiploon et tout l'estomac, sauf le pylore; l'estomac, très-dilaté et sans modification appréciable dans sa structure, était aux trois quarts rempli d'un liquide sanguinolent, très-noirâtre, semblable à celui qui était disséminé en petite quantité (200 grammes) au milieu des intestins, et en assez grande quantité (5 à 600 grammes) dans la partie déclive du thorax; l'estomac était en rapport : 1° avec le péricarde, refoulé à droite, le cœur, petit, vide de sang et exsangue comme d'ailleurs tous les autres tissus, et 2° avec le poumon gauche, refoulé dans le sommet du thorax, ridé, mollasse, peu crépitant et réduit au cinquième ou au sixième de son volume ordinaire. Pas le moindre étranglement sur tout le tube digestif; une lésion organique avait apparu aux premiers regards; elle se montrait sur la première portion du duodénum, tout voisine du pylore; le duodénum, retenu à droite par ses points d'attache fixes, était tiraillé en sens opposé par l'estomac logé dans le thorax, et *très-tendu;* la lésion était constituée par une plaque noirâtre, gangréneuse(?) de l'étendue d'une pièce de cinq francs en argent; elle comprenait toutes les couches de l'intestin qui était, sur ce point, épaissi, noir, mollasse et assez facile à rompre. Au milieu de cette plaque morbide existait un pertuis, gros comme une tête d'épingle, qui laissa échapper le liquide noirâtre de l'estomac quand je saisis ce dernier pour l'extraire de la poitrine. C'était sans nul doute ce point qui avait produit les accidents mortels, par une ulcération qui avait percé l'intestin et ouvert quelqu'un des vaisseaux pyloriques ou gastro-épiploïques droite, d'où l'hémorhagie gastro-intestinale et la prompte mort de B...; c'est du moins ma pensée. Car, dans ma précipitation (plongé dans une fosse, j'avais hâte d'en sortir), je laissai la pièce pathologique dans la bière, et ne pus ainsi la faire soumettre plus tard au microscope. J'examinai encore le diaphragme à gauche; je ne pus en trouver que des vestiges, réduits à des sortes de bourrelets implantés sur le pourtour de la base du thorax, correspondant aux insertions digitales de ce mus-

cle. Le centre phrénique existait, et, avec le pilier gauche, formait la limite gauche du diaphragme. Les deux piliers formaient toujours les deux anneaux ou ouvertures aortique et œsophagienne.

Voilà donc un large espace qui a dû longtemps donner passage aux viscères abdominaux qui logeaient, selon le moment ou selon le besoin, plus ou moins dans la poitrine; c'est la grandeur de ce passage qui peut, en apparence, expliquer pourquoi ce grave délabrement a été assez longtemps compatible avec la vie. Ce n'a été, dans les derniers temps que l'extrême distension de l'estomac ou son évacuation difficile qui ont amené les accidents et les dérangements du malade. Puis est-ce le tiraillement opéré sur le duodénum qui a produit sa désorganisation? ou bien est-ce une lésion organique spontanée? Je n'ai pas cru que ce fût du carcinome. Ne pouvant éclaircir ce point, je regrette aujourd'hui encore mon oubli; car le microscope eût éclairé cette question.

Le point capital à mes yeux dans cette observation, est de constater la disparition ancienne d'une aussi grande partie du diaphragme. Et que de conséquences physiologiques à déduire de cette absence! Que de questions sur le rôle de ce muscle si important! Comme cela touche à la respiration, à la circulation, à l'effort surtout, et même à la phonation, je me contenterai d'ajouter que B... était capable d'assez grands efforts; il portait de lourds fardeaux, se livrait à des travaux pénibles; il chantait à merveille et longtemps d'une voix assez forte et soutenue; il faisait de longues courses, *dansait* assez longtemps; assistait sans peine à de longs repas; ses camarades savaient bien qu'il n'était plus le même depuis son accident, mais il les étonnait encore tous par son habileté et par sa force en toutes choses. Enfin, depuis son autopsie, je me suis expliqué un peu pourquoi cet homme portait sans cesse une large ceinture de laine qui faisait plusieurs fois le tour du corps et maintenait spécialement son ventre très serré.

J'ajoute enfin que, dans ces dernières années, il n'avait rien fait ou éprouvé qui pût rompre son diaphragme, dont la déchirure ne saurait remonter qu'à à la chute de ce gros arbre.

Dans le recueil de la *Gazette des Hôpitaux*, que j'ai compulsé à cette occasion, je ne trouve que deux cas de hernie diaphragmatique (1862, p. 447; 1863, p. 139). Mais ils diffèrent à beaucoup d'égards du mien, pour lequel je ne trouve nulle part quelque chose d'analogue.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 février 1875. — Présidence de M. GALLARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. GALLARD dit que M. le secrétaire général donnera, dans une des séances prochaines, un compte rendu rapide des faits les plus remarquables contenus dans les recueils et journaux reçus par la société.

M. DUROZIEZ. Dans la dernière séance, on a parlé de syndactylie, et je viens demander à M. Gillette son avis sur le cas suivant : Il s'agit d'un nouveau-né atteint, à la main gauche, d'une syndactylie presque complète de l'annulaire et du médius; à la main droite la même infirmité existe, mais à un degré moindre, les deux doigts n'étant réunis que dans la moitié de leur longueur. Y a-t-il avantage à opérer immédiatement ou faut-il attendre?

J'ai lu que, dans les opérations pratiquées chez les jeunes enfants, le tissu cicatriciel ne croissant pas aussi rapidement que le tissu sain, il y avait production de cicatrices vicieuses.

M. GILLETTE. En considérant l'âge de l'enfant, il faut attendre avant de pratiquer une opération. Je ne sais pas par expérience comment se comporte le tissu cicatriciel en pareille circonstance.

M. GALLARD. Je crois, comme M. Gillette, qu'il est bon de remettre à quelques années toute tentative opératoire.

M. DUROZIEZ. J'ai déposé sur le bureau un travail intitulé : *Du délire et du coma digitaliques*. Parmi les observations recueillies, je ferai remarquer celle du malade atteint de cirrhose avec ascite. Cet homme a pris, pendant douze jours, 27 grammes de vin de Trousseau. Le délire apparut au bout de trois jours, et la mort survint.

Il y a évidemment là un effet dû à la digitale, et la chose est certaine, malgré la dose relativement petite du médicament.

M. GALLARD. La société adresse des remercîments à M. Duroziez, pour son travail, qui sera déposé dans les archives.

M. GILLETTE. A propos du procès-verbal, je crois que les exemples de traumatisme chez l'enfant, par le fait même du passage, sont moins rares qu'on ne le suppose. Je me rappelle avoir lu, dans le *Bordeaux médical* de 1874, un cas de *luxation traumatique de la clavicule* due à la compression des épaules produite pendant l'accouchement.

LECTURES

M. MAURIAC lit un travail intitulé : *Note sur les synovites tendineuses symptomatiques de la blennorrhagie et de la syphilis*.

Le mémoire à l'appui de la candidature de M. Mauriac est renvoyé à une commission composée de MM. de Beauvais, Aimé Martin, de Saint-Germain, rapporteur.

M. RELIQUET lit la note suivante :

Calcul en forme de double bouton, ayant occupé l'orifice vésical de l'uretère droit. — Dans mon *Traité des opérations des voies urinaires* (page 778), je cite un fait de guérison rapide, de dilatation forcée de l'urèthre de la femme, poussée jusqu'à près de 3 centimètres de diamètre, la malade étant anesthésiée. Ce que j'ai à dire ici est le complément de cette observation.

Après avoir extrait facilement un calcul gros comme un fort œuf de pigeon, son petit diamètre est de 2 centimètres et demi, j'explore la vessie avec les tenettes. Je trouve un calcul à droite et en bas. Je saisis ce calcul, mais, de suite, je sens qu'il tient à la vessie. Je porte l'indicateur gauche sur le calcul, je reconnais qu'il adhère à la vessie. Malgré cela, me servant de ce doigt comme d'un conducteur, je saisis le calcul avec de petites tenettes, et, après m'être assuré que je ne pinçais pas la vessie, je tire doucement. Mais rien ne vient : je déplace légèrement toute la paroi vésicale.

Maintenant l'indicateur gauche dans la vessie sur le calcul, je touche le vagin avec l'indicateur droit. Le calcul est pris entre mes deux doigts. Je reconnais qu'il est assez volumineux et qu'il remonte assez haut dans l'uretère.

Je fais constater ces faits à mes assistants.

L'idée de débrider l'orifice vésical de l'uretère me vient à l'esprit. Mais je recule bien vite devant une incision assez longue pour comprendre tout le travail de l'uretère dans la paroi vésicale, et pouvant très-bien comprendre toute l'épaisseur de cette paroi vésicale.

Je laisse les choses en cet état et m'empresse de prévenir la famille et M. le docteur Cazalas, médecin de la malade, de ce que je venais de constater. Insistant près d'eux sur la récidive de la pierre et sur la nécessité très-probable de faire, plus tard, une nouvelle opération.

La malade se rétablit très-vite. Après quinze jours, les efforts ne provoquent plus la sortie de l'urine.

Ce calcul, fixé dans l'orifice de l'uretère droit, ne lui cause aucune gêne, quoi qu'elle fasse. Les courses en voiture sur de gros pavés, les voyages en chemin de fer de dix à quinze heures ne provoquent rien.

Tout alla bien pendant huit mois, lorsque, tout à coup, elle est prise d'une douleur vive dans le côté droit, ayant tous les caractères d'une colique néphrétique qui dure une heure, pour cesser brusquement.

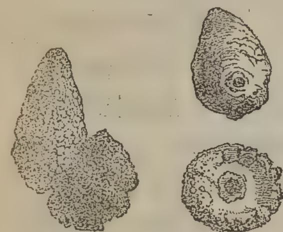
Aussitôt elle rend, en urinant une douzaine de graviers de la grosseur de forts petits pois. Malgré cette évacuation de graviers, les jours suivants il y a les signes de la pierre dans la vessie. Douleur en finissant d'uriner. Douleur à l'orifice du méat, surtout

étant debout et en marchant. La malade se plaint d'avoir une nouvelle pierre, lorsque, en urinant, elle rend spontanément le calcul que je vous montre. A partir de ce moment la malade ne souffre plus.

Ce fait m'a paru intéressant en raison de sa rareté. Il montre qu'un calcul peut occuper pendant longtemps l'orifice vésical d'un uretère, sans provoquer aucun symptôme douloureux. Il montre une fois de plus que, lorsqu'il y a eu dilitation d'un uretère ou des deux par les passages de graviers de plus en plus gros, un gros gravier, ou plutôt une petite pierre peut brusquement arriver dans la vessie et constituer une récidive de pierre.

Il est bien probable que, ici, ce calcul volumineux n'a été rendu spontanément que grâce à l'opération antérieure à la dilatation forcée de l'urèthre, la malade étant anesthésiée.

Les figures ci-jointes représentent ce calcul grandeur nature.



Il offre une tête arrondie, large de 15 millimètres, ayant la forme extérieure d'une cupule de gland, appliqué contre le bord de la base d'un cône. Cette portion conique, longue de 2 centimètres, a une base de 2 centimètres de diamètre.

Ces deux portions adhéraient l'une à l'autre sur un point de 2 millimètres de diamètre. C'est cette adhérence qui constituait le collet sans hauteur du double bouton.

En effet, la tête arrondie présente inférieurement une large concavité à surface lisse partout, sauf au centre, où est la cassure du collet. De même sur le bord de la base du cône se trouve la cassure correspondante.

Ainsi c'est l'orifice de l'uretère dans la vessie qui, seul, a déterminé ce collet du calcul.

LECTURE

M. CAMUSET lit un mémoire intitulé : *Représentation graphique des paralysies de l'œil.* (Voir le numéro du 20 mars).

(*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pathologie et Clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire de bandages et d'embaumement, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, A. Delahaye.

De la transmission de la syphilis entre nourrices et nourrissons et notamment par l'allaitement, avec ses considérations médico-légales.— In-8° de 125 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1875, Georges Masson.

Épidémie variolique de la commune d'Égreville en 1870. Rapport médical présenté à l'Académie de médecine et honoré d'une médaille d'argent, par le docteur Émile BESSIÈRES. — In-8° de 64 pages. — Paris, 1875, impr. A. Chaix.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la fermentation a continué, circonscrite cette fois entre M. Colin et M. Pasteur et un peu étranglée entre une élection et un comité secret. M. Colin n'avait pas tout dit dans sa première argumentation, il a tenu à exprimer tous les doutes qu'avaient soulevés dans son esprit et la fermentation des œufs et la fermentation ammoniacale et la ferment tation des fruits. Mais dans sa pensée, le problème soulevé et soumis par M. Pasteur à l'Académie est autrement vaste; il implique les plus grands problèmes de la physiologie. Aussi, désireux de répondre pour sa part à l'appel fait par M. Pasteur à ses collègues, il se propose d'entreprendre une série d'expériences propres à éclairer ses doutes, et de porter ainsi la discussion sur son véritable terrain. On voit qu'à ce compte elle n'est pas près de se terminer.

L'élection pour la place d'associé libre a eu le résultat que nous avions prévu. M. Dechambre a obtenu une majorité qui approche beaucoup de l'unanimité (62 voix sur 74 votes exprimés).

Mardi prochain, l'Académie aura à procéder à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale. Il est probable qu'ici le succès sera plus vivement disputé. Nous ne serions pas très-éloigné cependant de prévoir qui sera le vainqueur. Mais nous ne tenons pas absolument à passer pour prophète.

Dr Brochin.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac

Synovites tendineuses symptomatiques de la syphilis et de la blennorrhagie (1).

III

Quel rôle a joué, dans l'étiologie des synovites tendineuses de la main et de la patte d'oie, chacun des éléments qui composaient l'affection complexe des organes génitaux?

Faut-il rattacher ces synovites à la syphilis ou à la blennorrhagie?

Eh bien, la date des principaux incidents de la maladie, que je me suis efforcé de fixer aussi rigoureusement que cela m'a été possible, va nous aider à résoudre cette première question.

C'est dix-neuf jours seulement après l'apparition des accidents génitaux que la détermination morbide a commencé à se faire sur les synoviales tendineuses.

Or, entre le chancre infectant et l'explosion des accidents consécutifs les plus précoces, il s'écoule toujours un temps beaucoup plus considérable.

Dans la première observation, l'incubation de ces accidents et de la synovite syphilitique tendineuse a été de quarante-deux jours. Bien que je regarde la synovite comme une des manifestations les plus hâtives, et qu'elle appartienne presque toujours à la première poussée de la vérole, je crois qu'il y a peu d'exemple d'une précocité aussi grande,

La courte durée de l'intervalle entre l'accident génital et l'apparition de la synovite, quand elle est au-dessous de vingt, vingt-cinq et même trente jours, me semble une objection puissante contre la nature syphilitique de cette synovite.

Mais si elle n'est pas syphilitique, à quoi faut-il la rapporter? Évidemment à la blennorrhagie, ou à la diathèse rhumatismale, ou à ces deux affections combinées.

Je ne parlerai pas de la diathèse rhumatismale. Peut-être existait-elle chez notre malade; mais c'était à l'état virtuel, puisqu'elle ne s'était traduite jusque-là par aucune manifestation.

Reste donc la blennorrhagie. C'est bien ici la seule cause qu'on puisse invoquer pour expliquer ces synovites tendineuses.

Un écoulement purulent de l'urèthre a existé, cela n'est pas douteux. Mais de quelle nature était-il?

Qu'on veuille bien remarquer que, pendant les quinze jours ou les trois semaines qui se sont écoulés entre la contamination et le début de l'accident génital, le malade ne s'est aperçu d'aucun écoulement, ce qui aurait eu infailliblement lieu, si cet écoulement avait été contracté par contagion. L'incubation de la blennorrhagie est, en effet, très-courte.

L'écoulement uréthral ne s'est déclaré qu'après le chancre, et après le phimosis et la balano-posthite; je crois qu'il faut l'attribuer aux injections qui ont été faites dans la cavité glando-préputiale pour guérir la balano-posthite.

Il n'existait donc pas, selon moi, une vraie blennorrhagie, une *blennorrhagie purulente*, contractée par contagion, mais une *uréthrite purulente*, provoquée par des injections irritantes. Cette uréthrite a guéri très-vite, du moment qu'on a cessé les injections; n'est-ce pas une nouvelle preuve de sa nature non virulente?

Elle n'en a pas moins suffi pour produire, à distance, ces synovites tendineuses qu'on doit englober dans les expressions symptomatiques si multiples de ce qu'on appelle *le rhumatisme blennorrhagique*, lequel semble bien n'être que le résultat d'une prédisposition rhumatismale ou goutteuse, excitée et mise en activité par une irritation de l'urèthre, virulente ou simplement inflammatoire.

Mais ce n'est pas ici le lieu d'insister sur cette question. Revenons

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 mars.

à notre malade. Si je suis convaincu qu'il aura la syphilis, je suis convaincu aussi qu'elle n'a joué aucun rôle dans la production des synovites tendineuses (1).

Ces affections, ainsi que la douleur de l'épaule, ont été suscitées par un *écoulement purulent de l'urèthre non virulent* et survenu à la suite d'injections irritantes.

IV

Les déterminations hydrophlegmasiques sur les synoviales des tendons, qu'elles aient pour cause une irritation de l'urèthre ou la syphilis, présentent de grandes variétés, eu égard à l'intensité de leurs phénomènes.

Quelquefois, c'est l'élément *hydropique* qui domine, et alors elles sont indolentes; d'autres fois, c'est l'élément *phlegmasique;* mais ce dernier n'arrive jamais jusqu'à produire des *abcès*, et le liquide qui s'accumule dans l'intérieur des gaînes se résorbe toujours. Notre première observation de synovite syphilitique nous en fournit un exemple probant.

N'est-ce pas un phénomène pathologique singulier que cette rencontre, sur le même terrain et avec les mêmes résultats, de deux maladies aussi profondément distinctes que la syphilis et la blennorrhagie ?

A n'envisager ces deux espèces de synovites, syphilitique et blennorrhagique, que dans ce qu'elles ont de propre et d'intrinsèque, il serait difficile souvent, et même impossible quelquefois, de les rapporter à leur véritable cause. Toutefois les synovites d'origine uréthrale sont moins fixes, plus résolutives, plus mobiles, plus portées à la diffusion, plus névralgiformes, et pour tout dire, en un mot, plus rhumatismales que les synovites syphilitiques.

Mais à supposer que ce caractère différentiel, qui ne se révèle pas toujours du premier coup, fît défaut, on trouverait, en dehors de ces déterminations morbides, les éléments d'un diagnostic à peu près certain.

Sans entrer dans des détails pathologiques qui m'entraîneraient trop loin, je me bornerai à signaler une circonstance capitale, quoique inexpliquée. La voici :

Les synovites tendineuses syphilitiques sont excessivement rares chez l'homme (2). Sur plusieurs milliers de malades atteints de syphilis, que j'ai soignés depuis sept ans, à la consultation ou dans mon service de l'hôpital du Midi, je n'ai observé qu'un seul cas de synovite tendineuse, c'est celui dont je vous ai lu l'histoire.

(1) Je ne m'étais pas trompé dans mon diagnostic en rattachant la balanoposthite et le phimosis de cet homme à un ou plusieurs chancres infectants, ni dans mon pronostic en prédisant l'explosion prochaine des accidents consécutifs de la syphilis.

Je l'ai revu le 13 mars, et voici ce qu'il m'a raconté et ce que j'ai constaté :

Quinze jours après sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire vers le 12 février 1875 (soixante-deuxième jour de l'affection génitale), il survint sur toute la surface du corps des taches de *roséole érythémateuse;* peu de temps après, la gorge se prit. Le médecin qui lui donnait des soins, à la campagne, le soumit à un traitement hydrargyrique et cautérisa plusieurs fois les plaques muqueuses de l'isthme du gosier.

Le 13 mars, quand le malade est venu me consulter, j'ai trouvé des boutons de *roséole papuleuse* disséminés sur toute l'étendue de la peau. Il y avait, en outre, des croûtes dans les cheveux, de l'hypertrophie des amygdales et une rougeur érythémateuse de l'isthme. L'uréthrite n'était pas revenue, et les synovites n'avaient laissé aucune trace ni aucun trouble fonctionnel.

Cette première poussée d'accidents syphilitiques n'avait point altéré la santé générale et n'avait eu aucun retentissement sur les articulations ni sur les gaînes synoviales. N'est-ce pas une nouvelle preuve que les synovites tendineuses dont il avait été affecté, treize jours après le début de l'affection génitale, dépendaient, comme j'ai cherché à l'établir, non pas de la syphilis, mais bien de l'uréthrite purulente.

Quant au point douloureux de l'épine de l'omoplate, il faut le rattacher à une *périostite* circonscrite produite par la même cause. Ces sortes d'affections du périoste, qui restent toujours bénignes, s'observent assez souvent dans ce complexus pathologique que l'uréthrite suscite parfois sur les différentes parties constituantes de l'appareil locomoteur.

(2) La synovite du tendon des biceps n'est pas la cause la plus ordinaire, si même elle l'est, de cette curieuse affection syphilitique du biceps brachial, qui s'observe fréquemment chez l'homme, et qui empêche l'extension de l'avant-bras sur le bras. Cette affection a été fort bien décrite sous le nom de *contracture du biceps* par M. le docteur Notta (de Lisieux). Sa nature est encore très-obscure.

Les synovites tendineuses syphilitiques sont, au contraire, non pas communes, mais infiniment moins rares chez la femme.

Par contre, les synovites tendineuses d'origine uréthrale sont aussi communes chez l'homme qu'elles sont rares chez la femme.

De telle sorte qu'en présence d'une de ces affections, on pourrait presque dire *à priori* avec beaucoup de probabilité, que la synovite, chez une femme, est syphilitique; tandis que chez un homme, elle est uréthrale. Mais, au-dessus de ces deux causes prochaines plane toujours, du moins en ce qui concerne l'uréthrite blennorrhagique ou inflammatoire, une influence étiologique plus élevée, plus générale, je veux parler de la *prédisposition arthritique*, *rhumatismale ou goutteuse*.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY

Quelques réflexions sur le traitement des grosses hématocèles vaginales.

Recueillies par Ed. SCHWARTZ, interne.

Malgré tous les essais faits sur cette matière par les chirurgiens les plus éminents, le traitement des hématocèles volumineuses de la tunique vaginale est loin d'être fixé sur des bases précises. Chaque opérateur préconise le procédé qui lui a donné le moins de revers depuis la ponction jusqu'à la castration.

Un cas d'hématocèle très-volumineuse opérée et guérie par notre maître, M. Demarquay, nous a suggéré l'idée de nous arrêter un peu sur cette question.

Au point de vue du traitement de l'hématocèle non suppurée dont nous parlerons surtout, il faut en distinguer deux catégories; celles qui sont peu volumineuses, dont les parois sont flexibles et susceptibles de revenir sur elles-mêmes; celles, au contraire, qui sont volumineuses, à parois épaisses et rigides; entre ces deux extrêmes, nous trouvons évidemment tous les intermédiaires.

Le traitement des hématocèles peu volumineuses, du moment qu'elles augmentent et gênent les fonctions du malade a été très-bien discuté par M. Lannelongue dans son article du *Dictionnaire pratique de médecine et de chirurgie* (art. *Hématocèle*). Dans ce cas, quand les parois de la tumeur sont flexibles et facilement accolables, le traitement est subordonné à la nature du contenu; quand la poche contient un liquide séro-sanguin ou sanguin, injection de teinture d'iode, après avoir vidé le contenu; le sang est-il coagulé, incision de la tumeur, drainage et suppuration de la poche. C'est par ce dernier procédé et des lavages dans l'intérieur de la cavité avec de la teinture d'eucalyptus étendue, que nous avons vu guérir par M. Demarquay, une hématocèle qui commençait à prendre un développement assez rapide.

Mais ce sont là, en somme, des opérations relativement peu graves, quand on les compare à celles dont nous allons parler maintenant : la décortication et la castration.

Pour les grosses hématocèles, à parois épaisses et rigides, l'incision de la tumeur simple donne accès dans une poche dont les parois ne se rapprochent pas; il en résulte une cavité qui va suppurer et où le pus et l'air sont en contact incessant; de là des accidents généraux graves, que favorise encore la vascularisation abondante de l'intérieur de la tumeur. La suppuration dure très-longtemps, il se forme des cloaques où le pus se décompose, donne naissance à des gaz infects et à des produits putrides que le malade résorbe facilement; en outre, il peut se produire une inflammation des veines du testicule et de la vaginale, une phlébite du cordon qui peut amener l'infection purulente; M. Demarquay a perdu dernièrement un jeune

homme de vingt-cinq ans qui avait une hématocèle très-volumineuse dans les conditions que nous avons décrites, et auquel il n'avait pas voulu faire la castration: le malade fut pris de péritonite par propagation et emporté très-rapidement. Dans ce dernier cas on avait fait le drainage. En somme, l'incision simple pour les grosses hématocèles est le plus généralement rejetée par les chirurgiens. L'injection de teinture d'iode et le drainage sont encore plus dangereux dans la plupart de ces cas.

Restent donc la décortication et la castration. La décortication employée d'abord par M. Gosselin, consiste à détacher avec les doigts ou la spatule, la fausse membrane épaisse qui enkyste le sang en respectant le testicule.

Par la castration, on enlève tout, tunique vaginale et testicule.

Pour comparer les avantages des deux méthodes, plusieurs points doivent être examinés.

Si le testicule est sain, ce qui arrive le plus souvent dans les cas d'hématocèles datant de peu de temps, quoique ayant acquis un volume considérable, on peut faire la décortication comme la pratique M. Gosselin. On s'assurera de l'intégrité du testicule, après avoir fait l'incision de la poche et l'avoir vidée de son contenu. Mais souvent, dans les cas d'hématocèles très-volumineuses datant de longtemps, la glande séminale a été comprimée par la tumeur, son volume a diminué, son tissu est devenu dur, comme squirrheux la castration est alors plus indiquée, car pourquoi laisser dans la cavité des bourses un organe qui ne sert plus qu'à augmenter la suppuration et à la faire durer plus longtemps. La décortication ne se fait pas sans tirailler et contondre les bourses; elle met à nu une surface considérable, très-vasculaire, et la suppuration qui la suit est très-abondante, de très-longue durée, ce qui n'est pas de peu de poids quand il s'agit d'un malade âgé ou à constitution affaiblie; elle a été suivie deux fois d'infection purulente parmi les cas opérés par M. Demarquay.

La castration, pratiquée de tout temps, expose moins que la décortication aux hémorrhagies consécutives à l'inflammation des réseaux veineux du cordon, jamais notre maître ne l'a vu se terminer par l'infection purulente. C'est en se basant sur ces considérations que M. Demarquay a préféré la castration dans le cas que nous allons rapporter; cas remarquable et par le volume de l'hématocèle et par l'épaisseur de la fausse-membrane kystique.

Hématocèle de la tunique vaginale. — Le nommé F..., brasseur, âgé de quarante-huit ans, d'une obésité considérable, a eu il y a vingt-six ans, un choc sur les bourses. Il s'est aperçu alors que le scrotum du côté droit avait augmenté de volume et présentait une couleur violacée; la tumeur s'accrut depuis et par poussées successives, surtout depuis ces dernières années. En ce moment elle présente le volume d'une tête de fœtus de sept mois, elle est dure superficiellement, fluctuante sous une forte pression; des réseaux veineux abondants se dessinent superficiellement sous la peau; pas de transparence, elle gêne considérablement le malade dans les divers mouvements qu'il veut exécuter et lui cause des tiraillements très-douloureux dans les aines et la région lombaire; c'est ce qui le décide à se faire opérer.

M. Demarquay procède à l'opération le 30 mai; avec un trois quart très-gros il fait une ponction; il s'écoule une certaine quantité d'un liquide très-épais, ressemblant à de la crème au chocolat; il fait alors une incision au bistouri de 10 centimètres au moins d'étendue, il s'écoule une demi-cuvette du même liquide que celui extrait de la ponction, et quelques caillots plus solides. La coque qui contient ce liquide, présentant une épaisseur et une rigidité considérable, M. Demarquay va à la recherche du testicule, qu'il sent au fond de la poche diminuée de volume et très-dure; il se décide à faire sur-le-champ la castration, qui est pratiquée; pas de perte de sang.

Suture des deux bords de la plaie avec des fils d'argent; ils en ressortent par les deux extrémités de l'incision; linge glycériné, charpie, compression.

Pendant le premier jour pas d'accidents; presque pas de fièvre, de suppuration; le troisième jour, il se déclare un peu de dyspnée, de l'abattement, de l'insomnie; langue pâteuse; angine; fièvre. Les liquides qui s'écoulent sont fétides et mélangés à des gaz infectes, malgré les injections et lavages faits deux fois par jour avec de la teinture d'eucalyptus étendue.

En présence de ces accidents, M. Demarquay défait les sutures, enlève le drain, ouvre largement la plaie de façon à procurer une large issue au pus, aux caillots sanguins qui se putréfient. Lavages à grande eau; pansement aux bourdonnets de charpie trempés dans de la teinture d'eucalyptus.

Depuis ce jour, le malade se relève, la plaie bourgeonne et se remplit.

Le 9 juin, F... est pris d'une douleur névralgique subite dans la cuisse droite, qui le tourmente au moindre mouvement; malgré cela l'appétit est bon, les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement.

Le 13 juin, les fils à ligature tombent.

Le 15 juin, le malade commence à se lever.

Pansement au vin aromatique, suspensoir.

Cette grande plaie est complétement comblée le 3 juillet.

Il reste à la place de l'hématocèle une induration fibreuse du côté droit.

Examen de la pièce. — La tumeur enlevée est formée d'une poche volumineuse, contenant près de 800 grammes de liquide, les parois de cette poche à peu près sphérique sont constituées par une fausse membrane gris blanchâtre, très-résistante, d'une épaisseur de 1 millimètre environ; elle est formée de couches superposées.

La fausse membrane adhère extérieurement aux enveloppes des bourses, on y voit de grosses veines, les deux points opposés de la cavité ne se rapprochent que difficilement, tellement les parois en sont rigides. Le testicule est situé dans la paroi postéro-inférieure de la tumeur; on le sent par la palpation sous forme d'un ovalaire petit et très-dûr.

A la coupe, son tissu est fibreux, jaunâtre, l'épididyme est complétement atrophié, si bien qu'on ne le retrouve que difficilement, le canal déférent est normal.

Les veines du cordon sont augmentées de volume, ainsi que les artères.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 mars 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet une demande en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, une source d'eau minérale trouvée au village de Chambon, commune de Vesse (Allier).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend:

1° Une lettre de M. Vleminck, président de l'Académie royale de Belgique, invitant l'Académie à se faire représenter à la quatrième session du congrès périodique international des sciences médicales, qui doit s'ouvrir à Bruxelles le 19 septembre prochain, comme nous l'avons annoncé il y a quelques semaines.

2° Une note de M. le docteur Nicaise sur un cas de fistule vésico-vaginale avec oblitération du vagin dans sa partie moyenne. (Commissaires : MM. Giraldès et Verneuil.)

3° Une lettre de M. le docteur Duplouy, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine navale, qui se porte comme candidat au titre de membre correspondant.

4° Une étude statistique sur la question de la mortalité des nouveau-nés, par M. Héraud, inspecteur des enfants-Assistés et des établissements de bienfaisance de l'Isère. (Comm. de l'hygiène de l'enfance.)

5° Une brochure de M. Pasteur (discours prononcé à la distribution des prix du collége d'Arbois, le 8 août 1874).

PRÉSENTATIONS D'INSTRUMENTS

M. GIRAUD-TEULON présente, de la part de M. Panas, un ophthalmoscope à double face.

M. Mathieu présente à l'Académie un nouveau crochet-pince destiné à faciliter l'avancement des muscles de l'œil.

Cet instrument, qu'il a construit sur les indications de M. le docteur de Wecker, consiste en deux branches: l'une, fixée au centre du manche, est courbée à angle droit; l'autre, qui a la même courbure à son extrémité, forme dans sa longueur un tube qui glisse autour de la branche fixe à l'aide d'un coulant placé sur le manche; les branches se rejoignent à leur courbure comme le bec d'un brise-pierre.

Les deux branches étant écartées, l'opérateur glisse la branche fixe sous le tendon; puis, à l'aide d'un coulant, fait descendre la branche mobile sur ledit tendon, de façon à le maintenir fortement entre les deux branches de l'instrument.

Le tendon une fois solidement maintenu, l'opérateur peut alors le détacher sans crainte de le voir se rétracter, et peut faire passer très-facilement les sutures nécessaires à son avancement.

COMMUNICATIONS

M. DEPAUL fait connaître le résultat de la dissection du monstre acéphalien qu'il a présenté dans la séance du 16 de ce mois.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Filhol, membre associé national, assiste à la séance.

Sur la proposition de M. Boudet, M. Béclard est élu à l'unanimité pour représenter l'Académie au comité supérieur de l'hygiène de l'enfance.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre associé libre.

La liste de présentation portait :

En première ligne : M. Dechambre.

En deuxième ligne *ex æquo* : MM. Bertillon et Chéreau.

Sur 74 votants; majorité 38 :

M. Dechambre obtient. . .	62 suffrages.	
M. Chéreau — . . .	9	—
M. Bertillon — . . .	1	—
Bulletins blancs	2	

En conséquence, M. Dechambre est proclamé élu.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FERMENTATION

M. COLIN. Le moment est venu de nous demander sérieusement quel rôle les fermentations peuvent jouer dans l'organisme, à l'état normal et dans les conditions pathologiques. Il est temps que les vagues idées que nous nous faisons de ces actes soient remplacées par des formules précises. Nous n'avons pas seulement besoin de savoir si les fermentations constituent presque toute la physiologie des êtres microscopiques, et si la vie serait bien définie une fermentation biologique; il est surtout utile que nous sachions s'il y a ou non des fermentations dans les actes si complexes de la digestion, dans ceux de la nutrition et des sécrétions, dans les mutations normales ou morbides que subissent le sang et d'autres liquides animaux.

M. Colin se propose de payer son tribut en expériences qui lui sont suggérées par des doutes de plus d'une sorte. En attendant, il demande la permission de revenir sur les points non encore fixés et d'ajouter à sa première communication ses remarques :

1° Sur les conditions de la fermentation putride dans l'œuf;

2° Sur le point de savoir s'il y a réellement une fermentation ammoniacale de l'urine dans la vessie.

3° Sur le côté physiologique de la fermentation des fruits.

Ses observations sur ces divers points l'amènent à rechercher : d'une part, si en ce qui concerne la putréfaction dans l'organisme et au dehors de l'organisme, les vues de M. Pasteur sont scientifiquement démontrées; si, d'autre part, les lois générales de la fermentation formulées par l'éminent observateur ne se trouvent pas en défaut dans des cas déterminés.

M. Colin commence par la fermentation dans l'œuf. Il examine d'abord cette question, savoir si tous les œufs sont aptes à éprouver la fermentation putride ou toute autre fermentation.

Puis il passe à l'étude de ce second point : des organismes inférieurs, les ferments organisés, les vibrions ou prétendus vibrionniens peuvent-ils pénétrer dans l'œuf, soit avant, soit après la ponte?

Voici en quels termes il résume l'étude de ces deux questions :

En me bornant aujourd'hui à l'altération putride de l'œuf, je dirai :

1° Que, d'après mes observations, la putréfaction paraît commencer et marcher longtemps dans l'œuf sans qu'on y voie autre chose que des granules vitellins et albumineux agités de mouvements browniens.

2° Que si, à un certain moment, comme M. Gayon l'a constaté, des vibrions se montrent à l'extérieur de la membrane, entre elle et la coque, il reste à prouver qu'ils sont la cause de l'altération des matériaux à l'intérieur de cette membrane.

Il importe de montrer que ces points ne sont pas suffisamment éclaircis pour qu'on ne sente la nécessité de les soumettre à de nouvelles études. Il abordera plus tard la question de savoir si, dans le reste de l'économie, l'évolution de ce qu'on appelle vibrions coïncide réellement avec le début, avec les premières phases de la putréfaction, ou si cela s'observe seulement lorsque la décomposition est déjà avancée, question capitale d'où se dégagera peut-être le rôle à attribuer aux proto-organismes.

M. Colin passe à quelques observations relatives à la fermentation ammoniacale de l'urine.

M. Gosselin a constaté la présence du carbonate d'ammoniaque dans l'urine, sortant de la vessie, et à l'exemple de Lavoisier, de M. Bernard, il a admis la formation sur place du produit constaté, soit une fermentation ammoniacale dans la vessie. Il faut, dit M. Colin, y regarder de bien près pour acquérir la certitude que cette interprétation est la plus rationnelle. Demandons-nous d'abord où se produisent l'ammoniaque, le carbonate d'ammoniaque. — Ici M. Colin s'appuie principalement sur des analyses chimiques.

Ce qui le porte à croire que les produits ammoniacaux ne prennent pas sûrement naissance dans la vessie, c'est qu'en plaçant les animaux dans des conditions favorables au développement de la fermentation ammoniacale, on ne réussit pas à la faire naître. M. Colin rapporte qu'il a injecté dernièrement, dans la vessie d'une vache, 25 centimètres cubes d'une urine putréfiée au plus haut degré, au contact du mucus vésical. Cette vache a dû conserver un certain temps la totalité du liquide putréfié, néanmoins elle a continué à rendre une urine normale.

De tous ces faits on est conduit, dit-il, à penser que les sels ammonianaux peuvent se former dans divers points de l'économie, qu'ensuite ils doivent passer dans la circulation générale, puis s'éliminer par les reins et d'autres organes sécréteurs, à titre de produits inutiles, tels que le sont l'urée, les divers matériaux de l'urine, ceux des exhalations cutanée et pulmonaire. Cela évidemment n'exclut ni la possibilité d'un simple dédoublement de l'urée, en un point quelconque de l'appareil urinaire, ni celle d'une fermentation dans la vessie. Le même produit peut naître dans des conditions diverses.

Dans l'hypothèse où le carbonate d'ammoniaque serait apporté à l'appareil urinaire pour y être éliminé avec les autres produits de dépuration, on comprendrait très-bien aussi comment l'urine chargée

de ce sel acquiert des propriétés irritantes capables de modifier l'état du mucus et de la muqueuse vésicale.

Donc il n'était pas inutile de se demander si la présence du carbonate d'ammoniaque dans l'urine, au moment de son émission, implique nécessairement une fermentation dans la vessie. C'est en signalant les difficultés des questions à résoudre qu'on prépare leur solution.

M. Colin termine par un mot sur la fermentation des fruits, et il se résume en ces termes :

Si, dans les fruits, la fermentation s'opère sans le concours de ferments extérieurs, d'organismes vivants, que devient la grande loi de M. Pasteur?

Il faut, si l'on veut la conserver, y apporter quelque amendement.

Dès lors, puisqu'il est bien établi que les cellules dans les tissus des plantes jouent le rôle de ferments, dans une des plus remarquables fermentations, pourquoi ces mêmes cellules dans les tissus et les liquides animaux ne rempliraient-elles pas cet office?

Qu'est-il besoin, par conséquent, de s'évertuer à faire entrer des organismes ou prétendus organismes inférieurs, des bactéries, des vibrionniens quelconques dans les organes profonds? Est-ce qu'il n'y a pas là assez de granules, de globules, de cellules de toute sortes? Et ces éléments ne pourraient-ils, dans un organisme animal, jouer le rôle qu'ils jouent dans un fruit?

En somme, ne nous hâtons pas de conclure ni d'accepter des solutions absolues et définitives, le doute, les objections provoquent des recherches qui mènent à la découverte de nouveaux faits et de nouvelles lois. L'étude des fermentations dans l'organisme vivant et dans le cadavre n'est pas faite. Nous pouvons la commencer en nous souvenant que des corps très-divers : êtres vivants, cellules, tissus, produits de sécrétions, matières constitutives des solides et des liquides, paraissent pouvoir se suppléer en jouant le rôle de ferment.

M. PASTEUR fait observer que ce n'est encore là qu'une dissertation sans faits à l'appui. M. Colin, dit-il, n'admet pas la fermentation ammoniacale dans la vessie. Je ne puis répondre à cela qu'une chose: l'urine, dans certains cas pathologiques, devient ammoniacale. M. Bouley, en 1872, a présenté à l'Académie des sciences, au nom de M. Gosselin, un travail sur ce sujet. A ce propos, je demandai aussitôt qu'on recherchât si, dans ces cas, l'urine ne contenait pas le petit ferment ammoniacal que j'avais figuré le premier. Chaque fois que l'urine devient ammoniacale en dehors de l'économie, on y trouve ce petit ferment ammoniacal. C'est là un fait. Il reste à prouver que les choses ne se passent pas de même lorsque l'urine devient ammoniacale dans l'intérieur de la vessie; car il y a là, suivant moi, une relation de cause à effet.

Lorsqu'en 1872 je posai cette question de savoir si l'urine ammoniacale ne contenait pas toujours ce petit ferment spécial, M. Dumas prétendit que j'allais trop loin. Qu'est-il arrivé? M. Gosselin de son côté, moi du mien, nous nous sommes mis à étudier cette question, et chaque fois, dans les urines ammoniacales, nous avons trouvé ce petit ferment. Les faits m'ont donc donné raison. Tant pis si M. Colin a de la peine à comprendre comment cela se passe, mais il est certain que cela est; le reste ne me regarde pas.

Quant à la putréfaction des œufs, c'est encore là une question de fait. Suivant M. Colin, tous les œufs se putréfieraient. Je crois avoir démontré, au contraire, que tous les œufs ne se putréfient pas. Qu'après un an ou deux d'expérience un œuf, que je considère comme non putréfié, ne soit pas aussi frais qu'un œuf qui vient d'être pondu, cela n'est vraiment pas étonnant. Mais il n'en est pas moins vrai que ces œufs ne sont pas putréfiés, qu'ils n'exhalent pas de mauvaise odeur. Quoi qu'il en soit, je répéterai, à ce sujet, à M. Colin ce que j'ai dit, en 1872, à propos de l'urine ammoniacale. Étudions la question sans parti pris, et j'affirme que, plus tard, je pourrai rappeler à M. Colin ce que je dis aujourd'hui et lui prouver que j'ai encore raison.

Quant à la présence d'organismes dans les œufs putréfiés, c'est encore là un fait que j'affirme et que nie M. Colin, parce qu'il ne les y a pas vus. Et cependant il y en a toujours. Il s'agit de les trouver; on peut y arriver de plusieurs manières. Quant à moi, voici comment je les trouve : je prends une parcelle infiniment petite de ces organismes, et je la dépose en certain lieu où, quelque temps après, j'en retrouve un nombre infini. Ces organismes se sont multipliés, donc ils existent.

J'ajoute qu'on peut arriver qu'il ne les trouve pas toujours, ces organismes, parce que, pour examiner au microscope toutes les parties d'un œuf, il faudrait la vie de plusieurs hommes.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Trélat sur les candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

VARIÉTÉS

Quelques plantes américaines employées contre les morsures des serpents venimeux (1).

Par le docteur VIAUD-GRAND-MARAIS,
Professeur à l'École de médecine de Nantes,
Membre du conseil d'hygiène et de salubrité de la Loire-Inférieure, etc.

Le nom de *Guaco* ou de *Huaco* est donné à diverses plantes de la famille des Composées, tribu des Eupatoriées, à fleurs blanches et à aigrettes d'un brun violet. D'après le docteur Posada-Arango (*El Pabellon medical de Madrid*, 1871), le véritable Guaco (*Mikania Guaco* H. et B.) est une composée volubile très-rameuse, à feuilles opposées, ovales, acuminées, rétrécies à la base, et à fleurs en grand nombre, disposées en corymbes axillaires, blanches et odorantes. C'est, d'après lui, le véritable *Bejuco de Guayaquil* du père Gumillo, qui indiquait, dès 1741, le moyen d'innoculer le suc de cette précieuse plante.

M. Posada-Arango dit qu'une partie des erreurs sur le Guaco tiennent à ce qu'on a confondu avec lui le *Spilanthes ciliata* H. et B., connu des Hispano-Américains sous le nom de *Guaca* et nom de *Guaco*, et que Richard n'a pas peu contribué à amener cette confusion, en décrivant le *Spilanthes* comme le véritable Guaco.

Le *Mikania Guaco* est originaire des régions chaudes (*tierras calientes*) du Mexique, de l'Amérique centrale et de la Colombie (2). Dans ces différents pays, on a tellement confiance dans ses vertus, qu'il est cultivé presque partout au voisinage des habitations. Les feuilles fraîches présentent, quand on les froisse, une odeur assez agréable qu'elles perdent en séchant. Leur saveur est extrêmement amère, caractère qu'elles ont de commun avec le Cédron et qu'elles doivent à un principe neutre appelé *guacine*, découvert par Fauré. La guacine est solide, cristallisable, de couleur blonde, très-amère, inodore, de nature résineuse, soluble dans l'alcool, l'éther et l'eau bouillante. Trente-deux grammes de feuilles, dit toujours le savant médecin de Medellin, renferment quatre-vingt-dix centigrammes de substance active.

D'après M. Torrès Caicedo (*Bulletin de la Société d'acclimatation* 1873), c'est au savant botaniste Mutis que le Guaco, depuis longtemps utilisé dans la médecine des nègres et des Indiens, doit son introduction dans la thérapeutique. Un peintre attaché à son expédition des bords du Magdalena, F. X. Martis se fit inoculer le guaco par un nègre appelé Pio Armero, et cela devant un grand nombre de personnes, puis il s'exposa à la morsure d'un des serpents les plus redoutables du pays, du nom de Taya Échis, et cela sans accident. Il est mort quarante-trois ans plus tard, ne s'étant jamais ressenti de cette morsure. Ce qui diminue considérablement la valeur du guaco dans cette expérience, c'est que le nègre Pio comprima les petites plaies pour en exprimer le venin et pratiqua la succion.

La véritable manière de se servir du Guaco est la suivante : on

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 mars.

(2) D'après M. Al. Llenas, le Guaco est connu dans la partie française de Saint-Domingue sous le nom de *Liane françoise*, et dans la partie espagnole sous celui de *Cepù*. Ce *Mikania*, commun dans les haies de *Bromelia pinguis*, n'est pas le véritable Guaco, mais le *Mikania suaveolens* H. et B. Sa teinture alcoolique est employée comme tonique amer contre les dyspepsies, et ses feuilles comme topiques sur les plaies ulcéreuses qu'elles modifient d'une façon remarquable.

Au Brésil, un autre *Mikania*, le *M. opifera* Mart. est utilisé comme alexipharmaque sous le nom d'*Erba de Cobre*.

fait des incisions longues, superficielles, aux mains et à la poitrine, et l'on frotte les petites plaies avec du suc de plante fraîche, dont on prend une ou deux cuillerées, à jeun, trois matins de suite. Ceux auxquels répugne ce moyen radical de se garantir des morsures de serpents avalent, chaque matin, une cuillerée de jus de Guaco avant d'aller au travail. Agit-il comme véritable préservatif ou simplement comme moyen moral, à la manière de la solution d'Hahnemann dans la prophylaxie de la scarlatine? Loin de nous la pensée de nous mettre sans raison en opposition avec les médecins vivant dans les pays chauds et en particulier avec un observateur aussi distingué que M. Posada-Arango.

M. Posada croit, en effet, aux vertus prophylactiques du Guaco et considère comme une vérité établie :

1° Que les serpents ont de l'aversion à mordre un individu récemment imprégné de cette substance;

2° Que si la morsure a lieu quelquefois, elle est toujours moins grave que chez les sujets qui n'ont pas pris de Guaco. Il cite cependant un fait de mort dû au venin d'un crotale, chez un homme inoculé au Guaco, fait observé par James de Curaçao.

Il croit moins à l'effet curatif de ce remède et cite divers cas de morsures de serpents terminées d'une façon fatale, malgré le Guaco administré aussitôt la blessure.

Le docteur Andrieux (*Journ. des conn. méd. et pharm.*, 1849) dit avoir donné, en France, le Guaco avec succès chez des chiens mordus par des vipères.

M. Rufz, à la Martinique, n'a obtenu au contraire, que des effets négatifs de son emploi contre le venin du fer de lance. N'aurait-il pas employé le *Mikania suaveolens* au lieu du véritable *Mikania Guaco* (1).

Les Aristoloches fournissent dans tous les pays des remèdes réputés très-puissants contre les venins des serpents, de là les qualificatifs de *serpentaria, anguicida* et autres que portent plusieurs d'entre elles.

D'après le docteur Saffray (*loc. cit.*), on n'a guère, à la Nouvelle-Grenade, que l'embarras du choix entre l'*Aristolochia cordiflora* Mutis (vulg. *Flor de Alcatras de Monpox, Contracapitan de Monpox*), aux énormes fleurs campanulées et dont on emploie la racine, l'*A. flagrantissima* Ruiz, dont l'écorce aromatique, camphrée et antirhumatismale, est appelée en espagnol *Bejuco de la estralla*, parce que la section de sa tige présente l'image d'une étoile, l'*A. geminiflora* ou *Bejuco carare*, l'*A. anguicida* L. ou *Contra-capitan* et *Capitana de Corazon* et surtout l'*A. cymbifera* Mart et Z. (*A. ringens* Mart, *Howardia Brasiliensis* Kl.), désignée sous les noms vulgaires de *Buche*, de *Chumbique* de *Larragoza*, de *Gallo de monte*; ce dernier lui venant de la forme de sa fleur.

C'est la racine de l'*Aristolochia cymbifera*, qui porte, surtout au Brésil, le nom de *Mil homens* (mille hommes), pour indiquer sa puissance. Elle vient, dans le commerce de la droguerie, sous forme de souches tubéreuses, portant des jets de 30 à 60 centimètres de longueur, souches noirâtres en dehors, blanches en dedans, à saveur amère et aromatique et à odeur rutacée.

Nous avons reçu cette plante de M. J. Costa, du Para, nous la signalant comme un excellent spécifique contre les blessures envenimées (2).

Une autre Aristoloche a été introduite depuis quelques années dans la droguerie, sous le nom de *Guaco*, ce qui l'a fait confondre par quelques-uns avec le véritable *Guaco*.

Elle porte à la Guyane française celui de *Liane contre-poison* sous lequel nous l'avons reçue de M. Dom. Houget qui la tenait lui-même de M. Leprieur, pharmacien à Cayenne ; c'est l'*Aristolochia odoratissima* L., ainsi nommée à cause de son odeur suave.

Ses tiges volubiles, à couches subéreuses très-prononcées, ont une odeur et un goût fortement aromatiques. Son principe actif est soluble dans l'eau bouillante et dans les excipients alcooliques et en particulier le tafia. Elle jouit d'un grand renom à la Guyane, où elle est employée comme fébrifuge, antimiasmatique et alexipharmaque. Elle est aussi administrée contre l'épilepsie.

Nous l'avons conseillée sous forme d'infusion dans cette dernière maladie et toujours avec des résultats remarquables. Elle éloigne considérablement les crises, mais là se borne malheureusement son action.

Au Brésil, elle n'est pas moins en honneur d'après M. Enrique Onffroy (*Amér. mérid.*) sous le nom de *Bejuco Guaco* (1).

M. E. Onffroy cite, dans les pays arrosés par l'Amazone, un autre préservatif des morsures de serpents, doué de propriétés merveilleuses et qu'il appelle *Bejuco* ou *Bejuquillo de vivora*.

Nous ignorons qu'elle est cette liane, mais c'est problablement une autre Aristoloche.

La Liane contre-poison nous a très-bien réussi dans le traitement des accidents produits par la morsure de la vipère, sous forme du vin médicamenteux suivant :

Porto alcoolisé	800	grammes.
Liane contre-poison (Aristoloche odorante)	30	—
Quinquina calysaya	20	—

à prendre par verre à liqueur jusqu'à stimulation, aussitôt après la blessure, et en continuer l'usage pendant quelques jours, à la dose de 15 à 25 grammes, matin et soir.

L'*Aristolochia anguicida* L. porte vulgairement aux Antilles le le nom de *Mort aux serpents*, parce que, paraît-il, le jus de sa racine versé dans la gueule d'un serpent venimeux le fait tomber en stupeur et permet de le manier impunément. Si même le jus est avalé, le serpent, d'après Jacquin, meurt rapidement et avec des convulsions.

La racine de cette plante s'administre par la bouche sous forme de décoction, et le marc, ou mieux encore la plante écrasée, s'applique sur la partie mordue.

L'*Aristolochia macroura* Gomez (le *Jarrinha* des Brésiliens) a des propriétés analogues à celles de l'*Aristolochia cymbifera*, et sa racine, administrée aussi contre les morsures de serpent, a une forte odeur de Rue. Elle est du nombre des racines vendues sous le nom de *Mil homens*, et a une couleur fauve et un goût aromatique.

L'*Aristolochia Serpentaria* L. doit ses noms de *Serpentaire de Virginie*, de *Couleuvrine*, de *Snake root*, etc. (2), à ses propriétés. Elle est très-commune dans les forêts vierges des États-Unis et notamment de la Floride. Elle présente diverses variétés et a une odeur très-aromatique rappelant celle du camphre.

Le Serpentaire accélère le pouls, augmente la chaleur de la peau et excite les sécrétions, puis agit comme excitant du cerveau. Son emploi est donc parfaitement indiqué dans le cas d'envenimation, et, d'après Dale, elle serait utile, non-seulement contre la morsure des serpents à sonnettes, mais encore contre la rage.

Elle s'administre en infusion vineuse ou alcoolique ; 8 à 16 grammes de racine concassée pour un litre de liquide.

Les diverses Aristoloches que nous venons d'étudier renferment

(1) M. Torrès-Caicedo dit que le docteur Valenzuela, élève de Mutis, et qui, par lui-même, doit bien connaître le véritable Guaco, n'a jamais retiré un effet alexipharmaque sérieux de cette plante à Bucaramanga, pays infesté de serpents venimeux.

(2) M. Costa fils nous indique, comme autres remèdes en usage au Para, contre les morsures des serpents :

1° La poudre d'une sorte de noix qui est probablement le Cédron ;

2° Le suc d'une plante appelée par les naturels *Paracari*, et dont nous ignorons l'espèce botanique.

Les Aristoloches grimpantes portent, d'une façon générale, au Brésil, le nom de *Cipo*.

(1) Le mot *Bejuco* est synonyme de liane, celui de *Guaco* vient, aux diverses plantes auxquelles il est attribué, d'un oiseau, ennemi des serpents, appelé *Guaco* ou *Huaco*, à cause de son cri. Cet oiseau, mordu par un serpent, irait se frotter sur ces plantes et aurait ainsi fait découvrir aux hommes leurs propriétés. Il est curieux de rapprocher cette croyance américaine de la phrase suivante, de Pline : « *Testudo cunilæ, quam bubulam vocant, pastu, vires contra serpentes refovet : mustela rutæ, in murium venatu, cum iis dimicatione conserta : ...* » (Hist. nat. Livre VIII, chap. XLI, 27.)

Et c'est d'autant plus curieux que les Aristoloches se rapprochent beaucoup de la Rue, tant au point de vue de leurs principes constitutifs et en particulier de leur huile essentielle, qui a souvent une odeur fortement rutacée, qu'au point de vue de leur action spéciale sur l'appareil utérin.

(2) Une autre plante à propriétés analogues, l'*Aristolochia pseudo-Serpentaria* Guibourt, est souvent confondue avec elle dans le commerce de la droguerie.

une huile volatile à laquelle elles doivent leur odeur et en partie leur goût, des résines jaunes ou verdâtres, et une matière extractive plus ou moins amère.

Quelques Aristoloches de l'ancien monde ont aussi été administrées contre les morsures de serpent. L'une d'elles était prônée par Dioscoride, sous le nom d'Aristoloche longue, comme souverain remède contre les morsures de serpent, à la dose d'un drachme dans du vin.

L'*Aristolochia sempervivens* L. (*Pistolochia cretica* Bauch.) passe, en Egypte, au dire de Forskal, pour guérir les plaies envenimées. Ses feuilles sont mâchées ou administrées dans du lait. C'est surtout contre les accidents consécutifs de la morsure que cette plante est employée.

En résumé, des divers végétaux étudiés ici, les deux plus remarquables sont : Le *Simaba Cedron* (Cotylédons) et le *Mikania Guaco* (feuilles).

Ces végétaux, d'après les recherches de MM. Herran, Dumont, Mutis, Posada-Arango et autres, paraissent être d'assez bons préservatifs des venins. Il est beaucoup moins démontré qu'ils soient de bons moyens curatifs, car l'effet du venin sur l'économie est plus prompt que le leur.

Ils doivent leurs vertus à des principes extrêmement amers et nullement innocents, dès qu'il sont donnés à forte dose.

Pour les autres contre-venins, ce sont, avant tout, des diurétiques, des sudorifiques et même des éméto-cathartiques. Ils agissent dans le sens des excrétions, en favorisant l'élimination des échidnines, et, d'autre part, excitent le cerveau déprimé par l'effet du venin.

On peut donc en tirer de véritables avantages, surtout si on les associe aux alcooliques qui sont eux-mêmes d'excellents antidotes de venins ; mais il faut avoir soin de ne pas forcer les doses de ces substances, de peur d'obtenir, pour un certain nombre d'entre elles, des effets vénéneux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours d'agrégation en médecine vient de se terminer. Sont nommés : 1° pour Paris, MM. Dieulafoy, Grancher, Liouville, Lépine, et Legroux ; 2° pour Montpellier, MM. Grasset et Balestre.

— Le jury pour le concours d'agrégation en chirurgie, dont les épreuves doivent commencer le 1er avril, se compose de : MM. Richet, président ; Le Fort, Verneuil, Trélat, Depaul, Cruveilhier, Demarquay, Rigaud (de Nancy) et Boyer (de Montpellier).

— D'après les bruits qui courent, M. Wurtz serait nommé professeur de chimie organique à la Faculté des sciences. (*Sous toutes réserves.*)

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Mazé, médecin en chef des établissements français dans l'Inde, décédé à Pondichéry le 27 janvier 1875.

— La société médicale d'Amiens, dans sa séance du 6 janvier 1875, a décidé de mettre au concours pour les années 1875 et 1876 les questions suivantes :

Année 1875. — 1° De la valeur des résections osseuses dans les cas de lésions traumatiques des os et des articulations. — (Médailles) d'or de la valeur de 200 francs.)

2° Une médaille d'or de la valeur de 200 francs sera décernée au au médecin du département de la Somme qui aura présenté le meilleur travail, sur un sujet quelconque, ayant trait aux sciences médicales.

Les mémoires doivent être inédits et manuscrits, ils doivent être envoyés dans les formes académiques, au secrétaire de la société, avant le 1er mai 1876.

Année 1876. — 1° Des rapports qui existent entre le pouls et la température du corps, dans les maladies aiguës, et des indications qui en résultent pour le diagnostic, le pronostic, et le traitement. (Médaille d'or de la valeur de 300 francs.)

2° Une médaille d'or de la valeur de 200 francs sera décernée au médecin du département de la Somme qui aura présenté le meilleur travail, sur un sujet quelconque, ayant trait aux sciences médicales.

Les mémoires doivent être inédits et manuscrits ; ils doivent être envoyés dans les formes académiques, au secrétaire de la société, M. le docteur F. Genty, 10, rue du Cloître Notre-Dame, à Amiens, avant le 1er janvier 1877.

— M. le docteur Ball reprendra ses lecons sur les maladies mentales et nerveuses le jeudi, 1er avril, à huit heures du soir dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine. Il traitera des lésions anatomiques de l'aliénation mentale.

— M. le docteur Laskowski, professeur libre, commencera son cours de médecine opératoire le lundi 5 avril à une heure dans le pavillon n° 7 de l'École pratique. Ce cours essentiellement pratique sera terminé à la fin de mai et comprendra toutes les opérations réglées et la plupart des opérations spéciales. On s'inscrit pour ce cours, 78, rue des Saints-Pères.

Notes d'un journaliste sur la médecine et la chirurgie contemporaines, par le docteur B. J. LAPEYRÈRE. — *Première série* : NOS CHIRURGIENS. MM. Péan : gastrotomie généralisée. — Ollier (de Lyon) : résections sous-périostées. — A. Guérin : pansement ouaté, communauté de circulation. — Amussat : galvano-caustique thermique. — Dolbeau : lithotritie périnéale. — Jules Guérin : méthode sous-cutanée. — Maisonneuve : cathétérisme sur conducteur, cautérisation en flèches, compression élastique appliquée à la réduction des hernies. — Chassaignac : écrasement linéaire et drainage chirurgical. — G. Dieulafoy : méthode aspiratrice, avec analyses sommaires des travaux accessoires, index bibliographiques, notices biographiques et 40 figures intercalées dans le texte. — Prix : 4 francs, port en sus pour les départements et pour l'étranger. — Paris, 1875. Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

SAINT-RAPHAËL

VIN TANNIQUE DE BAGNOLS, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. Pasteur, membre de l'Institut.

Le vin de Saint-Raphaël est le plus riche en principes tanniques, qui soit connu; c'est un vin de *quinquina naturel* fort agréable à boire.

Il n'en est pas qui contiennent plus de fer et de matières colorantes toniques.

Le vin de Bagnols est prescrit dans les hôpitaux de Paris lorsqu'il s'agit de relever le niveau des fonctions de nutrition, dans les cas d'anémie, d'appauvrissement général de l'économie avec alanguissement des fonctions digestives.

Magendie, Rostan, Chomel, Velpeau, Requin, Monneret, Trousseau, Grisolle, etc., le prescrivaient à la dose d'un petit verre après chaque repas.

Le vin de Saint-Raphaël se trouve dans les principales pharmacies.

PRODUITS de L'EUCALYPTUS par DELPECH et ARDISSON

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (**Eucalyptol**), L'ALCOOLATURE, le SIROP, le VIN, le LINIMENT réussissent contre : **Affections du poumon et du larynx, névralgies, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.**

La Ph. DELPECH, r. du Bac, 23, Paris, prépare les CAPSULES A L'EXT. ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

MALADIES DE POITRINE, RHUMES, ETC.

SIROP ANTIPHLOGISTIQUE DE BRIANT

Pharmacien, 150, rue de Rivoli, Paris.

Un rapport *officiel* constate : « *Que cette préparation, composée d'extraits de plantes adoucis-* « *santes et calmantes, est propre à l'usage auquel elle est destinée, et qu'elle ne contient rien de* « *nuisible ni de dangereux.* »

TRAITEMENT

DES MALADIES CONSOMPTIVES

par la **Musculine Guichon** et les **Potions alcooliques** graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la TRAPPE DES DOMBES (Ain).

S'adresser *au F. Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain)*, et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

TAMAR INDIEN

GRILLON

Fruit laxatif rafraichissant

contre **CONSTIPATION**, **Hémorrhagies**, la **Migraine**, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.

Ph. GRILLON, 25, r. Grammont. Paris. Bte 2 fr. 50.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO. PHTHISIES, *Anémie*, **Rachitisme**, DIABÈTE, *Diarrhée*, **Cachexies**, *Albuminurie*, *la* **Convalescence**, *l'épuisement*. (Gros), 8, r. *Neuve-Saint-Augustin*, Paris.

VIN MARIANI

à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques.

5 francs la bouteille.

MARIANI, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

CONTREXÉVILLE

(SOURCE DU PAVILLON)

CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT

DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minerales et spécialement celles étrangères.

Pilules de Pepsine de Hogg.

La forme pilulaire est à la fois le mode le plus facile et le plus sûr d'administrer la pepsine; ce précieux médicament est, sous cette forme spéciale, mis à l'abri du contact de l'air et ne peut s'altérer ni perdre de ses propriétés, son efficacité est alors certaine.

Ces pilules sont de trois préparations différentes :

1° *Pilules de Hogg* à la pepsine pure;

2° *Pilules de Hogg* à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène;

3° *Pilules de Hogg* à la pepsine unie à l'iodure de fer inaltérable.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

Liqueur de Carrié au tartrate

ferrico-potassico-ammoniaque.

La LIQUEUR DE CARRIÉ est la meilleure des préparations ferrugineuses pour combattre la **chlorose**, les migraines, les gastralgies. Toutes les fois que le sang a besoin de fer, cette liqueur doit avoir la préférence sur les autres ferrugineux, elle réussit mieux, l'estomac la supporte plus facilement et elle ne provoque **jamais de constipation**. — Le flacon, 3 francs, 38, rue de Bondy, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

A la même pharmacie, le **carton anti-asthmatique** de *Carrié*, la meilleure préparation connue jusqu'à ce jour. La preuve la plus frappante de son efficacité, c'est qu'elle a été admise à la page 653 du Codex de 1866, publié par ordre du gouvernement. — La boite : 5 francs.

Granules antimoniaux du

docteur PAPILLAUD.

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.

Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, r. Montmartre.

VIN ET SIROP DE CHENNEVIÈRE

au chlorhydro-phosphate de chaux

PHTHISIE, NÉVROSE, GASTRALGIE, av. Wagram, 50.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Eau anti-hémorrhagique de

TISSERANT

Expérimentée avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur BOUCHARDAT, MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies*, etc.), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc. — Se trouve à la pharmacie SAVOYE boulevard Poissonnière, 4, Paris, et dans toutes les pharmacies.

Vin de Roussy, toni-nutritif,

au jus de viande concentré.

Ce **Vin inaltérable** contient, sous une forme **condensée, digestible** et **assimilable, tous les éléments organiques et minéraux qui se trouvent dans l'organisme. — Médicament-aliment** d'un goût fort **agréable. — Aliment complémentaire** excellent pour les enfants, les vieillards, les convalescents, dont il relève et régularise les fonctions digestives. On peut en continuer indéfiniment l'usage sans inconvénients. — **Fortifiant et reconstituant** général remplaçant avantageusement la viande crue, les ferrugineux, le quinquina, etc. Employé avec succès dans toutes les maladies où la nutrition est en souffrance, spécialement dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **phthisie**, le **diabète**, l'**albuminurie**, les **divers états cachectiques**, le **rachitisme**, la **scrofule**, les **longues convalescences** succédant aux **maladies aiguës** et aux **fièvres typhoïdes**.

Dépôt central, à la pharmacie rue Hoche, 9, à Versailles. — Dépôt à Paris (vente en gros), Marchand, 220, r. Saint-Martin. — Se trouve dans toutes les pharmacies. — Prix : 4 francs la bouteille.

Élixir Chantrel, préparé au

Phosphate acide de chaux.

Le seul approuvé par le docteur H. FREMINEAU, docteur ès sciences.

Cet élixir est spécialement recommandé dans le traitement de toutes les affections des voies respiratoires, telles que : *Toux, catharrhes, bronchites aiguës* ou *chroniques, laryngites*, et surtout les différentes formes de *phthisie*. Son action, très-favorable aux fonctions de l'estomac, vient aider aux effets de toute médication rationnelle, sans jamais la contrarier. DOSE : Deux fois par jour dans le premier verre d'eau rougie aux repas. ADULTES : Une cuillère à bouche. ENFANTS : Deux cuillerées à café. — Dépôt général : chez DESNOIX et Ce, 22, rue du Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies pour le détail. — Prix : 3 fr. 50 le flacon.

Hypersécrétions, pertes, hémorrhagies de causes internes.

Eau de Léchelle vivifiante,

Pectorale, la seule **Eau hémostatique** assimilable à haute dose, *sans fatiguer l'estomac*. Ordonnée contre les pertes, maladies de la poitrine et du sang. — **Se trouve partout.** Paris, 12, rue des Petites-Écuries; 35, rue Lamartine.

Sirop Lagnoux

Au valérianate de caféïne,

expérimenté dans les hôpitaux; spécial contre la coqueluche et l'asthme nerveux.

Pharmacie **LAGNOUX** 57, rue du Cherche-Midi, Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies.

PRIX : 5 FRANCS LE FLACON

NÉVRALGIES calmées à l'instant même par les pilules antinévralgiques du Dr CRONIER. — Dépôt, M. LEVASSEUR, pharm., rue de la Monnaie, 23, Paris, 3 fr. la boîte.

N° 39. — SAMEDI 3 AVRIL 1875. 48e ANNÉE. SAMEDI 3 AVRIL 1875. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

STATISTIQUE MÉDICALE

La statistique des services de médecine des hôpitaux de Lyon (1).

En signalant, dans notre compte rendu de l'une des dernières séances de l'Académie de médecine, la présentation que M. Bergeron a faite de la première partie de la statistique des services de médecine des hôpitaux de Lyon, par M. le docteur Mayet, nous avons pris l'engagement de revenir sur l'objet de cette présentation, parce que nous connaissions déjà toute l'importance de cette œuvre, et qu'un coup d'œil jeté sur les principales parties qui la composent nous avait mis à même d'en apprécier la valeur.

Disons en deux mots son objet et les circonstances qui l'ont fait naître. Ceci remplacera, pour le moment, notre Revue clinique hebdomadaire, qui peut chômer sans inconvénient pendant cette semaine de vacances scolaires.

Chargé, il y a quelques années, par la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Lyon, de coordonner et d'interpréter les matériaux statistiques recueillis dans les services de médecine, tandis qu'une mission semblable était donnée à un chirurgien pour les services de chirurgie, M. Mayet, au milieu des innombrables difficultés créées par les cruels événements de 1870 et 1871, n'a pu commencer la coordination des éléments de ce grand travail qu'à la fin de 1873, et c'est de l'année 1872 seulement qu'il date. C'est avec le concours de M. Duchamp, interne des hôpitaux de Lyon, pour les tableaux statistiques et les tracés graphiques, et l'aide de deux savants de cette ville, M. Lafont, professeur à la Faculté des sciences, et M. Maxime Benoit, son secrétaire, pour les observations météorologiques, qu'il a dressé sa statistique médicale des hôpitaux de Lyon pour l'année 1872.

On ne s'attend pas à ce que nous présentions ici les résultats du dépouillement des nombreux tableaux que renferme ce premier fascicule. Mais nous avons pensé qu'au point de vue même de l'histoire de la méthode numérique appliquée aux choses de la médecine et pour répondre, à la fois, à quelques-unes des critiques générales de la méthode elle-même, auxquelles nous faisions allusion récemment et aux observations plus fondées qu'on a pu faire à l'égard de quelques-unes de ses applications particulières, il ne serait pas sans intérêt de dire comment M. Mayet a compris son rôle de statisticien, dans quel esprit il a conçu et réalisé son plan, et dans quelles limites il a su renfermer et circonscrire le langage absolu des chiffres en présence de la valeur si souvent relative et contingente des faits auxquels il avait à les appliquer. Nous allons essayer, en un mot, d'analyser ici la savante introduction de sa statistique.

I.

Dans une exposition préliminaire des principes de la statistique considérée comme méthode de recherche de la vérité dans les sciences en général, M. Mayet part de la définition du but et de l'objet de la statistique et des lois sur lesquelles elle repose, pour montrer la multitude d'obstacles qui en rendent l'emploi difficile. C'est l'impossibilité de rencontrer, par l'observation, des phénomènes absolument identiques; le défaut de similitude indiquant que ces phénomènes ne sont pas dus à une même cause, une et simple et toujours absolument semblable à elle-même, mais qu'ils résultent de phénomènes variables, s'unissant souvent à une cause principale et constante, mais altérant la physionomie de ses effets et rendant sa détermination difficile. C'est la difficulté de constater d'une manière absolue, même par des observations aussi réitérées qu'on puisse le supposer, la constance de relation entre un fait donné et un autre fait antécédent; difficulté d'abstraire un phénomène donné de l'enchaînement des faits secondaires qui le précèdent ou le suivent, intermédiaires nécessaires entre l'action de la cause principale et le fait considéré ou conséquences de ce dernier. C'est enfin la multiplicité des causes elles-mêmes, qu'elles soient simplement simultanées, sans lien entre elles, ou qu'elles soient dépendantes les unes des autres.

M. Mayet, comme bien l'on pense, ne s'est pas borné à constater ces difficultés, il a cherché le moyen de les vaincre. Ce moyen consiste à se contenter de probabilités, au lieu d'exiger la certitude, mais en s'efforçant toutefois de leur donner le caractère le plus rapproché de la certitude.

Appliquant cette méthode des probabilités à la solution des difficultés qui viennent d'être énoncées, M. Mayet s'appuiera, pour résoudre la première difficulté, sur des observations aussi répétées et aussi nombreuses que possible, et rapprochera les faits qui ont entre eux des similitudes non-seulement très-grandes, mais encore constantes.

(1) Première année 1872. — 1 vol. gr.-8° 1874. — Lyon, Henri Georg, et Paris, J. B. Baillière.

Il remédiera à l'impossibilité, pour le statisticien, d'observer la relation de deux faits donnés dans tous les cas où elle peut exister, en admettant comme suffisamment démontrée la constance de cette relation quand elle a été constatée un très-grand nombre de fois.

Il obviera à la possibilité de la neutralisation d'une cause donnée par des circonstances antagonistes, en admettant la relation de causalité comme réelle quand le nombre des cas qui la démontre est suffisant, et alors même que l'effet ne le suivrait pas constamment.

Il constatera, par de nombreuses observations antérieures, que les phénomènes multiples qui s'offrent à l'étude sont très-probablement liés indissolublement les uns aux autres; la numération s'exerçant ainsi sur des séries de faits enchaînés ensemble par une relation réciproque de cause à effet et considérés comme des unités simples.

Pour triompher de la dernière difficulté dans l'interprétation rationnelle de la statistique, la détermination, au milieu de phénomènes antécédents multiples et concomitants, de ceux qui dominent réellement un fait donné, M. Mayet propose de commencer par constater rigoureusement tous les phénomènes qui se trouvent dans une relation déterminée d'antériosité avec le fait à étudier; d'établir ensuite avec soin le nombre de fois qu'ils se reproduisent. C'est ce qu'il appelle la détermination précise des circonstances où se produit le fait en question. Puis il le considérera aussi simple que possible, ou à défaut de simplicité, aussi homogène dans sa complexité, aussi semblable à lui-même que possible dans ses reproductions.

« Si nous observons, dit-il, que ce phénomène est d'autant plus fréquent que certains faits antécédents augmentent eux-mêmes de nombre ou d'intensité, s'il est avec eux dans une relation déterminée de temps, constatée assez fréquemment pour être considérée comme constante; si, mettant de côté les points dissemblables accessoires, nous le voyons se reproduire variable dans ses particularités peu importantes, mais fixe dans ses traits caractéristiques, à mesure que les nombres qui proclameront cette relation réciproque seront plus considérables, nous pourrons affirmer comme de plus en plus probable la subordination d'effet à cause entre le fait étudié et les circonstances où il se produit. »

Il faudrait, pour qu'il en fût autrement, qu'il y eût dans tous les cas observés coïncidence fortuite entre d'autres causes réelles; ce qui est au moins peu probable.

Il y a, d'ailleurs, des moyens de résoudre ces difficultés nouvelles, ils consistent principalement dans une étude spéciale de la nature des circonstances antécédentes, permettant de déterminer si réellement elles peuvent jouer un rôle causal.

La question est enfin compliquée par ce fait que les circonstances causales peuvent, comme les effets, se dominer les unes les autres et constituer des ensembles de phénomènes subordonnés, et que, parmi les causes les unes jouent un rôle principal et primordial, les autres un rôle accessoire ou intercurrent.

La difficulté de l'enchaînement des circonstances causales cessera d'en être une si l'on a bien constaté leur liaison.

Pour déterminer exactement le rôle respectif des causes et leur importance relative, il faudra soumettre séparément chacune d'elles à l'épreuve de la méthode numérique, rapprochant les nombres qui expriment sa fréquence ou son intensité de ceux qui représentent la fréquence du phénomène étudié.

Examinant ensuite les principales erreurs de raisonnement qu'on pourrait commettre dans l'emploi de la méthode statistique et qui consisteraient à réunir et compter ensemble, comme de même nature, des faits dissemblables et ne pouvant résulter d'une cause identique, ni être modifiés de la même manière par son intensité ou sa fréquence; ou à négliger, dans l'étude des causes multiples qui peuvent régir un phénomène, une partie d'entre elles et attribuer à une seule ce qui appartient à plusieurs; ou bien, enfin, à se tromper par ignorance des circonstances causales et en vertu d'une coïncidence résultant de ce fait que deux ou trois circonstances précédant le phénomène étudié peuvent coexister constamment, alors que l'une domine, en effet, ce phénomène, tandis que l'autre n'a sur lui aucune influence réelle, M. Mayet montre que dans le premier cas, le vice de raisonnement ne tarderait pas à être révélé par la méthode numérique elle-même; que, dans le deuxième cas, la recherche exacte et préalable de toutes les circonstances pouvant être causales, obviera à la conclusion incomplète que l'on aurait pu tirer; que, dans le troisième cas, l'observation du phénomène en question répétée un très-grand nombre de fois, dans toutes les conditions possibles, fera justice de l'erreur qui aurait pu résulter de la réunion de circonstances coexistantes, etc.

II

Dans l'application des données précédentes à la statistique médicale, M. Mayet montre qu'elles rentrent exactement dans la définition qu'il vient de donner de la statistique en général. Compter des phénomènes morbides ou des maladies identiques ou analogues, telle ou telle variété, tel ou tel symptôme d'une maladie, ou rechercher le nombre des cas terminés par guérison ou par décès, revient en réalité à compter un certain nombre de faits ou de modalités semblables et réunis par une opération de l'esprit comme des unités de même ordre et à les comparer entre eux pour obtenir leur rapport.

C'est ainsi qu'on pourra obtenir l'âge moyen des décès par diverses maladies; que sachant, par exemple, le chiffre total des malades entrés dans une année dans les services de médecine et le chiffre des phthisiques, on pourra savoir le rapport du nombre de ces derniers au nombre total des malades.

Mais la prétention de la statistique médicale va plus loin, elle entend aller jusqu'à la recherche des causes de telle ou telle maladie ou de telle modalité morbide. M. Mayet voit au-delà des colonnes de chiffres de vastes horizons où il espère que les observateurs découvriront un monde nouveau. — Ceci, soit dit en passant, est la part de l'enthousiasme bien naturel chez tous ceux qui consacrent leur intelligence et leurs veilles à l'étude d'une méthode ou d'un ordre particulier de faits. — « Derrière ces phénomènes, réduits par une opération de la pensée, dit-il, à n'être que de simples unités, devront apparaître vivantes et réelles les causes qui les dominent, et ces collections de nombres seront pour le médecin et l'hygiéniste des guides sûrs qui ne l'égareront jamais, s'ils ne leur demandent que ce qu'ils peuvent leur donner, qui les conduiront à la recherche de la cause des actes morbides, qui débrouilleront pour leur intelligence leur intrication, qui simplifieront leur multiplicité et qui leur permettront de leur assigner leur place exacte, de déterminer leur rôle et de mesurer leur importance. »

N'est-ce pas aller un peu loin que d'attendre de la statistique qu'elle nous conduise directement à l'étiologie, et de lui demander autre chose que des éléments n'ayant, en réalité, d'autre valeur que celle de la connaissance empirique de la succession des phénomènes? Dans toute détermination étiolo-

gique, la logique ne doit-elle pas reprendre son rang de supériorité sur la statistique, qui n'en est que l'adjuvant? « Il y a une multitude de choses, a dit un grand logicien, auxquelles le calcul est complétement inapplicable. Ces choses sont beaucoup plus nombreuses qu'on ne le croit communément. Le premier pas à faire dans la science de la probabilité est de savoir les discerner. » Ce sage conseil ne doit pas être perdu de vue par les statisticiens.

Nous devons le dire, cependant, M. Mayet ne s'est pas dissimulé les difficultés réelles de l'application de la statistique aux problèmes médicaux, celles surtout que crée l'impossibilité de réunir des faits simples et identiques; difficultés plus grandes que dans les autres sciences, à cause de la multiplicité des phénomènes qui peuvent jouer le rôle de causes et de la coexistence d'une multitude de circonstances qui peuvent être l'objet d'une interprétation erronée.

C'est ce sentiment même des difficultés du sujet, joint à une étude préliminaire sérieuse de la méthode et de ses ressources, qui nous inspire de la confiance dans l'accomplissement de l'œuvre considérable entreprise par notre savant confrère de Lyon. Cette confiance nous paraît d'autant plus justifiée que M. Mayet, au mérite déjà grand de bien faire, joint le mérite plus rare de reconnaître lui-même les imperfections inséparables d'une œuvre qui commence et les *desiderata* qu'il aura à combler dans la suite.

L'examen seul des tableaux qu'il a dressés pour l'année 1872 demanderait un temps et une place dont nous ne disposons pas en ce moment. Le relevé d'une seule année serait insuffisant, d'ailleurs, pour conduire à des conclusions quelconques de quelque valeur. Aussi est-ce pour l'avenir plus que pour le présent que nous recommandons l'œuvre de M. Mayet, en nous bornant pour le moment à prendre acte de ses engagements.

Dr Brochin.

THÉRAPEUTIQUE

Note sur une nouvelle préparation de phosphate de chaux. Le glycéro-phosphate de chaux. — Sel défini soluble

Par M. Colomer.

Un excellent travail du docteur Lestage (1) fait sous la direction du professeur Armand Gautier, dans le laboratoire de chimie biologique de la faculté de Paris, m'a donné la première idée de la préparation de phosphate de chaux, que je viens soumettre au corps médical.

Des expériences du docteur Lestage, que je développerai tout à l'heure, découlent les propositions suivantes :

Le *phosphate de chaux sec ou hydraté* (*gélatineux*) n'est pas absorbé.

Le *phosphate acide* (*biphosphate* ou *phosphate monocalcique*) n'est pas absorbé non plus.

Le *lacto-phosphate* est absorbé, mais il fait dépérir rapidement les animaux auxquels on l'administre.

Le *chlorhydro-phosphate* est absorbé, et il a produit de bons résultats, mais il ne répond peut-être pas à toutes les indications. Et en tous cas, il y a encore près de lui une place honorable pour la préparation dont je veux parler.

En effet : l'acide *glycéro-phosphorique* est le produit de décomposition de la substance nerveuse; c'est donc l'un des plus puissants éléments de reconstitution de l'économie, et le plus puissant, si joint au phosphate de chaux, on le considère à l'état de glycéro-phosphate.

Mais ces diverses énonciations, que j'ai voulu tout d'abord énumérer, appellent des preuves, et les voici, d'après les expériences dont j'ai parlé :

(1) *Thèses de Paris.*

Le docteur Lestage a dosé tout d'abord la quantité de phosphate de chaux contenue dans les diverses préparations citées plus haut. Et prenant lui-même, ou administrant à d'autres, successivement sous ces diverses formes, la même quantité de sel, il a pu constater, par des analyses d'urine très-minutieuses, que le *phosphate ordinaire* (*sec ou hydraté*) et le *phosphate acide* (*biphosphate, phosphate monocalcique*) n'étaient pas absorbés. Ceci d'ailleurs ne faisait que confirmer l'opinion émise sur le même sujet par un chimiste et physiologiste éminent, M. Mialhe.

Le chlorhydro-phosphate, — le lacto-phosphate et le glycéro-phosphate, au contraire, étaient retrouvés en quantité très-notable dans les urines.

Donnant alors ces trois derniers produits à des cochons d'Inde, — ceux qui prirent du lacto-phosphate de chaux moururent ou dépérirent rapidement. — C'était encore une confirmation des expériences de Heitzman qui, ayant administré de l'acide lactique à un grand nombre de carnivores, les vit tous dépérir promptement.

Enfin, les animaux soumis au chlorhydro-phosphate et au glycéro-phosphate de chaux, acquirent à peu près le même développement.

L'idée d'expérimenter le glycéro-phosphate de chaux qui n'existait pas encore dans l'arsenal thérapeutique, vint au docteur Lestage en lisant les lignes suivantes du professeur Armand Gautier (1):

« L'activité cérébrale augmente la dépense des matières protéiques, et, d'après certains auteurs, elle accélère en même temps l'excrétion de l'acide phosphorique. (Byasson, *Thèses de Paris*, 1868.) Le cerveau est riche en lécithine susceptible de se dédoubler en névrine, acides gras et acide glycéro-phosphorique; et il est démontré que cette lécithine disparaît sous l'influence d'un travail forcé, de la peur ou de la douleur (Liebreich). On est donc amené à penser que la combustion de cette substance est la source ou l'une des principales sources de l'excès de la sécrétion phosphorique pendant le travail nerveux. La supersécrétion d'urée qui l'accompagne est, en outre, une preuve que la combustion du phosphore est corrélative de celle d'une matière albuminoïde. Par conséquent, *toute substance où existera le phosphore dans un état comparable à celui sous lequel nous le trouvons dans la lécithine* (légumineuses par exemple) *ou qui contiendra, comme le jaune d'œuf, la chair et le frai du poisson, cette lécithine elle-même pourra être réputée plus éminemment propre à réparer les pertes de l'organisme faites sous l'influence du travail nerveux.* La valeur innervante de l'aliment serait donc approximativement proportionnelle à la quantité de phosphore contenue dans la molécule de ses matières azotées. »

Le glycéro-phosphate de chaux, qui réalise les conditions auxquelles fait allusion M. Gautier, est donc le sel de chaux et de phosphore qui réunit au plus haut degré les avantages que l'expérience a reconnu dans l'emploi de ces sels comme reconstituants dans un grand nombre d'états divers — anémies, cachexies, scrofules, rachitisme, phthisie, etc., et tout particulièrement l'épuisement nerveux et les affections qui en dérivent.

Le glycéro-phosphate de chaux a pour formule atomique ($^{3}H^{7}CaPHO^{6}$) C'est un sel parfaitement défini, cristallisable en lames micacées, soluble à froid dans l'eau, assimilable par conséquent sans aucune addition. — Son goût, légèrement sucré, est agréable et en permet l'administration pendant longtemps sans aucune répugnance de la part des malades; il est d'ailleurs parfaitement toléré, et ne donne jamais lieu à aucun inconvénient. — On peut le donner à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme avant les deux principaux repas.

Ajoutons que sa préparation dont nous avons fait connaître la formule dans une note adressée à la Société de thérapeutique (séance du 24 mars), est longue et fort laborieuse. Si l'on s'arrête toutefois, au moment où l'on a le glycéro-phosphate de chaux en solution titrée ou à l'état sirupeux et qu'on ne poursuive pas l'opération pour l'obtenir à l'état de sel cristallisé, on réalise une économie considérable. — Aussi, pour l'usage, me suis-je borné à la forme pilulaire et à la solution. — Ce sont d'ailleurs les deux modes d'administration les plus commodes.

Mais le prix en est encore relativement élevé, l'acide phospho-

(1) *La Chimie appliquée à la physiologie, à la pathologie et à l'hygiène* (Armand Gautier), 1874, tome Ier, page 357.

rique anhydre dont on est obligé de se servir, valant 50 francs le kilo, et ne produisant que 350 grammes environ de phospho-glycérate. Aussi pourrait-on peut-être remplacer ce sel par le phosphovinate de chaux dont la préparation est moins coûteuse, et dont la composition a la plus grande analogie avec la première. Mais il ne m'appartient pas de préjuger cette question. Si des médecins veulent faire des expériences comparatives, je tiens également à leur disposition du phospho-vinate de chaux. C'est à eux de déterminer le bien fondé de ces idées théoriques.

DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'ÉLECTRICITÉ (1).

Par le docteur Althaus (de Londres)
(traduction du docteur Darin).

Une batterie portative, que ses excellentes qualités ont rendue très-populaire depuis trois ou quatre ans, est celle de Foveaux modifiée par Smec (fig. 5). La gravure ci-jointe en montre une

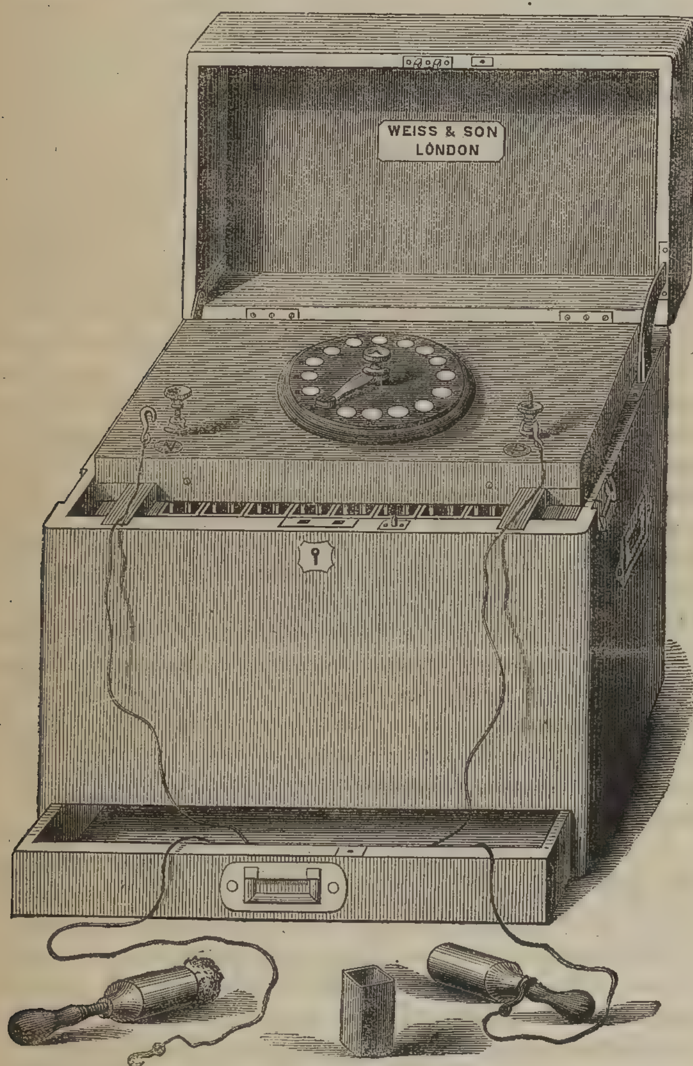


Fig. 5.

composée de 50 couples, et une force semblable suffit pour la plupart des cas qui s'offrent dans la pratique. Cependant MM. Weiss construisent également des batteries contenant un moindre nombre d'éléments, c'est-à-dire 20 ou 30, et qui sont assez fortes pour les cas où l'on emploie le courant constant sur les régions du cou et de la face. La figure 6 représente les plaques d'argent platinisé et de zinc attachées à une tablette portant un manipulateur pour choisir le pouvoir dont on a besoin ; la figure 7 montre la caisse à compartiments dans lesquels plongent les couples. Cette batterie se charge avec de l'acide sulfurique dilué au 1/20 ou au 1/30. Au début de son action, il suffit d'une solution au 1/30 ; mais quand l'appareil a fonctionné quelque temps et que, par les effets électrolytiques du courant, il s'est perdu une partie de l'acide sulfurique dans le sulfate de zinc qui s'est produit, on peut de nouveau en augmenter considérablement l'action en ajoutant quelques gouttes d'acide sulfurique fort au liquide de chaque cellule. C'est une manière plus simple de rafraîchir la batterie que de vider tout le liquide pour le remplacer par une charge entièrement neuve.

Les cellules où plongent les plaques sont faites soit de vulcanite, soit de porcelaine ; la première est plus légère, mais la porcelaine est plus durable. Une mesure de vulcanite contenant exactement la quantité de liquide suffisante pour la charge de chaque cellule est livrée avec l'instrument. N et P indiquent les pôles négatif et positif, et la force du courant se règle en tournant la manette du cadran. Les chiffres placés en face de chaque bouton du cadran indiquent le nombre d'éléments amenés en action.

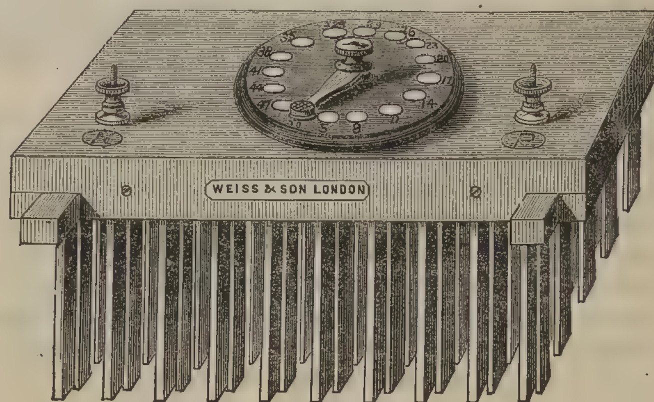


Fig. 6.

Une fois la batterie chargée, il suffit de fermer le couvercle pour en arrêter le fonctionnement et de l'ouvrir pour voir se rétablir l'effet galvanique. Ce résultat s'obtient en maintenant les plaques suspendues dans la boîte, tandis que les cellules

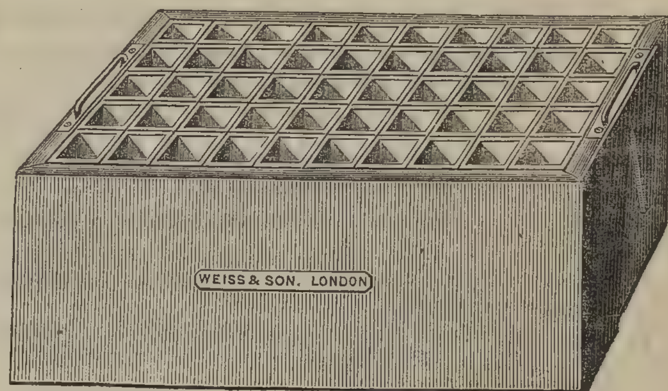


Fig. 7.

s'élèvent ou s'abaissent en masse par une disposition en forme de levier. Rien de plus simple ne saurait être imaginé ; et pour prévenir toute dépense inutile, il suffit donc de fermer la batterie et de la remettre en place.

La batterie de Foveaux fournit un courant constant sur lequel on peut compter ; mais elle est, naturellement, sujette à polarisation ; aussi diminue-t-elle d'activité après un certain temps d'usage. Quand elle n'est pas chargée fraîchement, parfois le courant perd sensiblement de son intensité durant une seule ap-

(1) Suite. — Voir les numéros des 16, 23 et 27 mars.

plication galvanique. Pour obvier à l'inconvénient qui en résulte, nous recommandons aux médecins qui ont l'habitude de se servir de cet instrument de fermer le couvercle pour le réouvrir immédiatement. Cette simple précaution suffira pour voir le courant reprendre sa force primitive. Ce phénomène s'explique par une raison purement mécanique : en retirant les plaques du liquide pour les y replonger de nouveau, les bulles d'hydrogène qui polarisent le platine sont chassées, et l'on fait disparaître ainsi momentanément la polarisation. Si l'on ne réussit plus, en fermant et réouvrant ainsi le couvercle, à rendre la force du courant plus uniforme, c'est que la batterie demande à être rechargée. On reconnaît encore le besoin de renouveler la charge de la pile à ce fait que, lorsqu'elle est affaiblie, les extrémités métalliques des conducteurs, mises en contact, ne déterminent plus le sifflement particulier, dû à un dégagement abondant d'hydrogène, qui a lieu quand on réunit ces deux bouts des conducteurs, alors que la batterie vient d'être chargée. S'il se produit dans la batterie un sifflement perceptible, sans que le circuit soit fermé par un fil conducteur, c'est l'indice que le zinc demande à être réamalgamé.

La batterie de Foveaux a l'avantage de pouvoir être rafraîchie facilement par son possesseur, ce qui évite à celui-ci l'embarras de la retourner au fabricant, à moins qu'elle ait été sérieusement endommagée. Pour rafraîchir la batterie, on dévisse la tablette supérieure, ainsi que les boulons qui fixent les plaques au manipulateur et ceux des couples eux-mêmes. On commence alors par réamalgamer les lames de zinc, si elles paraissent en avoir besoin, après avoir enlevé le sulfate de zinc, qui pourrait y adhérer, avec une vieille brosse à dents, trempée dans de l'acide sulfurique dilué (au 1/10). Quand le métal est bien décapé, on y applique le mercure, qui adhère bien à la condition que les zincs soient parfaitement propres et humides. Il faut toutefois avoir soin de ne mettre aucune parcelle de mercure sur les plaques d'argent platinisé, pour éviter de détruire l'hétérogénéité des électro-moteurs. Lorsque l'excès de mercure s'est écoulé, on n'a plus qu'à revisser les parties dans l'ordre suivant lequel on les avait enlevées.

Les fabricants revendiquent pour cette batterie les avantages d'être portative, simple et durable ; à ces mérites, si essentiels, nous devons ajouter celui de la solidité de construction. La batterie de Foveaux peut supporter des chocs assez forts sans en être endommagée. Nous l'avons transportée, à différentes reprises, en province, sans nous préoccuper outre mesure des soins à lui donner dans le parcours (il s'agissait une fois d'un voyage de deux cents lieues, avec traversée en mer) ; en aucune circonstance, elle ne nous a mis dans l'embarras, mais nous l'avons toujours trouvée, à l'arrivée, parfaitement prête à fonctionner. C'est une considération importante, car il est des batteries si fragiles qu'elles tiennent leurs propriétaires dans un état d'excitation nerveuse et d'appréhension, chaque fois qu'il faut les éloigner de leur emplacement habituel.

La batterie de 50 couples se vend 315 francs ; celle de 30, 212 francs ; celle de 25, 180 francs ; celle de 20, 150 francs, y compris les conducteurs et les porte-éponge. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 mars 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Cathétérisme œsophagien. Modification des olives du cathéter. — M. Chassagny donne lecture d'une note sur le cathétérisme œsophagien et sur une modification à apporter à la forme des olives employées jusqu'à ce jour. D'après ses expériences, une olive aplatie d'un diamètre beaucoup plus considérable qu'une olive cylindrique peut franchir des rétrécissements où celle-ci n'a pu passer. (Commissaires : MM. Tillaux, Polaillon et Desprès.)

COMMUNICATION

Régénération du maxillaire supérieur. — M. Pamard (d'Avignon) a adressé à la société, en août 1873, une observation d'ablation de polype naso-pharyngien qu'il y avait pratiquée le 9 juin 1873, en enlevant le maxillaire supérieur. Il y a eu récidive rapide, et, en procédant à une nouvelle opération, M. Pamard a constaté la régénération assez avancée de l'apophyse montante du maxillaire et d'une partie de la voûte palatine. Aujourd'hui (mars 1875), le malade, opéré depuis deux ans, semble définitivement guéri, mais il n'y a plus trace de l'ossification de la voûte palatine.

DISCUSSION

M. Trélat. Les expériences faites à ce sujet sur les animaux ont démontré que, si l'on a cru quelquefois constater la régénération osseuse du maxillaire, c'était une illusion, car il était impossible de la trouver en la recherchant avec le scalpel. Ce n'est pas un os qui se forme, mais un tissu fibreux qui peut être très-dur et qui s'assouplit à la longue.

M. Verneuil admet, au contraire, la possibilité des régressions osseuses. On a observé, par expérience directe, qu'un lambeau de périoste greffé hors d'une sphère osseuse, dans l'aine, par exemple, produit une lamelle d'os qui se résorbe et disparaît en cinq ou six mois.

M. Perrin appuie cette opinion. Les expériences faites sur la production du cal et les effets des irritations sur cette production démontrent également ce fait. D'ailleurs un fait analogue se passe dans l'évolution du cal régulier, où l'on observe la résorption d'un cal provisoire.

M. Trélat. Les expériences de Sédillot ont prouvé que la voûte palatine ne se reproduit pas, et qu'elle est remplacée par une plaque fibreuse résistante.

M. Pamard a constaté directement la reproduction de l'apophyse montante du maxillaire, puisqu'il l'a sectionnée avec des cisailles lors de sa seconde opération. Quant à l'ossification de la voûte palatine, il ne l'a sentie que par le toucher, et c'est avec le doigt également qu'il en a constaté la disparition.

ÉLECTION

On procède à l'élection d'une commission chargée d'examiner les titres des candidats à trois places de membres associés étrangers et à trois places de membres correspondants étrangers.

Sont élus : MM. Giraud-Teulon, Giraldès, Trélat, Larrey et Duplay.

COMMUNICATION

Déviation de l'urèthre simulant une oblitération de ce canal chez les femmes affectées de fistule vésico-vaginale. — M. Verneuil. On a signalé depuis longtemps l'oblitération de l'extrémité postérieure de l'urèthre comme complication des fistules vésico-vaginales.

Il en existe de nombreux exemples. Mais le chirurgien peut être quelquefois induit en erreur, comme le prouve le fait souvent. Une malade portant une fistule qui occupait le bas-fond de la vessie, tout près du col, vint se faire opérer dans le service de M. Verneuil. Lorsqu'il voulut introduire la sonde, un obstacle se présenta à 3 centimètres du méat, et il fut impossible de la faire pénétrer, malgré les mouvements en tous sens que lui imprimait le chirurgien. La fistule permettait de sentir par l'intérieur de la vessie le bout de la sonde, qui venait buter contre la paroi vésicale.

Avant de tenter la restauration de cet urèthre, M. Verneuil fit un

dernier essai au moyen d'une petite bougie flexible, et la vit avec étonnement pénétrer dans la vessie.

Le doigt placé dans cet organe permettait de sentir manifestement la flexion *à angle droit* subie par la bougie. Le redressement fut obtenu en huit ou dix jours par l'introduction d'une sonde de caoutchouc dont les deux extrémités, ramenées au dehors, l'une par l'urèthre, l'autre par le vagin, étaient maintenues accolées. L'oblitération de la fistule fut faite ensuite dans les conditions ordinaires.

M. DEPAUL. On ne peut nier les oblitérations de l'urèthre produites par la cicatrisation des grands délabrements qui succèdent à certains accouchements laborieux.

M. Duboué (de Pau), qui a opéré un certain nombre de ces fistules, a dû refaire plusieurs fois ce canal obstrué. Ses observations se trouvent dans les publications de la Société de chirurgie.

M. VERNEUIL n'a pas voulu dire que cette oblitération n'existe pas, mais seulement qu'il y a là une erreur possible, dans laquelle il est tombé et peut-être d'autres avant lui.

M. LE FORT a vu, à l'hôpital Cochin, un exemple d'oblitération de la partie supérieure de l'urèthre à la suite d'une escarre de la cloison vésico-vaginale produite par l'accouchement.

M. GUYON a observé également ce fait, en 1868, dans le service d'accouchement de la Clinique. Il y avait eu destruction d'une grande partie de la paroi antérieure du vagin, et l'urèthre avait été compris dans le tissu cicatriciel. Il a reconstitué l'urèthre, et le col de la vessie s'est rétabli. Il a revu cette malade cette année, atteinte d'une cystite accidentelle.

M. VERNEUIL. Il y a toujours incontinence d'urine à la suite du rétablissement du canal de l'urèthre. Il est difficile de concevoir la reconstition du col de la vessie.

Il faudrait admettre que les fibres musculaires de la vessie s'épaississent au niveau de l'ouverture de l'urèthre de nouvelle formation. L'autopsie seule, si l'occasion s'en présentait, pourrait donner l'explication de ce fait curieux.

M. DEPAUL cite l'exemple d'une malade atteinte d'une fistule vésico-vaginale considérable avec incontinence d'urine complète, chez laquelle cette incontinence a diminué peu à peu, au point de lui permettre de marcher sans perdre d'urine. Elle a refusé de se soumettre à l'opération de la fistule, et aujourd'hui son vagin est devenu un véritable réservoir d'urine. Le sphincter vaginal s'est froncé et resserré à tel point qu'il remplit les fonctions d'un sphincter vésical.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 mars 1875. — Présidence de M. WOILLEZ.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Myélite aiguë. — M. GÉRIN-ROZE a observé à l'hôpital Beaujon un cas de myélite aiguë analogue à celui qu'a présenté M. Dumontpallier dans l'une des dernières séances (voir *Gaz. des Hôp.*, numéro du 18 février 1875) : paralysie ascendante, paralysie des quatre membres, mort en quatre jours. A l'autopsie on trouve un ramollissement apoplectique de la moelle, une congestion encéphalo-rachidienne.

Sarcome fasciculé du rein. — M. MARTINEAU a eu récemment l'occasion d'observer à l'hôpital Sainte-Eugénie, où il remplace actuellement M. Bergeron, un cas de cancer du rein chez une petite fille de deux ans et demi.

Cette enfant est arrivée le 3 février 1875, dans le service de M. Bergeron. Depuis un mois elle était amaigrie, pâle, ne mangeait plus et avait tous les soirs un peu de fièvre; on crut tout d'abord à une fièvre intermittente. Mais, en même temps, son abdomen augmentait de volume, ce qui décida sa mère à l'amener à la consultation de l'hôpital Sainte-Eugénie. On constate alors l'existence d'une tumeur volumineuse, régulière, située dans l'hypochondre gauche. On crut avoir affaire à une cachexie paludéenne avec une hypertrophie de la rate, et l'on donna du sulfate de quinine. Mais la tumeur augmentant de jour en jour et l'état général de l'enfant s'affaiblissant de plus en plus, la mère la fit entrer à l'hôpital. La tumeur, qui avait considérablement augmenté depuis deux mois, était lisse, égale, régulière, sauf en un point, sous l'hypochondre gauche où il existait une sorte de tumeur pâteuse, surajoutée à la première, et que l'autopsie démontra plus tard être la rate. En avant passait une anse intestinale dont on percevait très-bien les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques. Les veines sous-cutanées abdominales étaient très-développées. L'enfant offrait à peu près tous les symptômes extérieurs d'une cachexie paludéenne. Elle s'affaiblit de plus en plus, le ventre augmenta rapidement de volume, la diarrhée survint, et elle succomba sans jamais avoir présenté d'œdème local ou généralisé.

A l'autopsie on trouve dans l'abdomen une tumeur volumineuse (30 centimètres de long sur 25 centimètres de large) du poids de 1980 grammes, arrondie, régulière, occupant tout le côté gauche et la partie moyenne de l'abdomen et proéminant jusque dans l'hypochondre droit. Cette tumeur a refoulé dans la fosse iliaque droite tout le paquet de l'intestin grêle; elle a soulevé en avant et à droite le pancréas, le mésocôlon avec le côlon transverse et descendant; en avant elle a contracté des adhérences avec la paroi abdominale antérieure; elle repose en arrière sur la colonne vertébrale. En haut, le foie repose immédiatement sur elle; la rate est située tout à fait sur sa face antérieure; le diaphragme est fortement refoulé en haut; en bas la tumeur arrive jusque dans le petit bassin. Sauf les adhérences qu'elle a contractées avec la paroi abdominale antérieure, elle est libre de tous côtés et n'adhère à aucun des organes voisins. Cette tumeur est recouverte d'une enveloppe luisante, blanc brillant, comme nacrée par places, un peu injectée à sa surface et paraissant formée de plusieurs feuillets. Le contenu est en majeure partie composé de caillots sanguins à divers états. A la partie supérieure seulement on a trouvé une collection d'environ 100 grammes d'un liquide noir, épais, de couleur chocolat. Profondément, à mesure que l'on approche de la région rénale, la tumeur est formée de noyaux volumineux d'une substance blanc jaunâtre, friable, non résistante et donnant au raclage un suc abondant. Ces masses encéphaloïdes sont divisées en deux départements séparés par de la fibrine ancienne; l'un est informe, l'autre situé tout à fait à la partie postérieure de la tumeur, offre grossièrement l'aspect d'un rein. Le foie, la rate, le pancréas, les organes génitaux et le rein droit sont sans altération; il ne reste aucune trace du rein gauche. Rien au cœur; congestion pulmonaire intense.

L'examen microscopique fait par M. Hirne, l'interne du service et l'auteur de l'observation, a permis de reconnaître l'existence d'un sarcome fasciculé.

M. CORNIL, en faisant connaître la structure histologique de cette tumeur, fait observer qu'il s'agit là d'un sarcome fasciculé tout à fait semblable à celui qu'a présenté M. Féréol dans l'une des dernières séances. (Voir *Gaz. des Hôp.*, numéro du 2 mars 1875.)

Kyste hydatique du foie, ponction, mort subite. — M. MARTINEAU a observé récemment à l'hôpital Lariboisière un homme d'une quarantaine d'années atteint d'un kyste hydatique du foie. Il jugea utile de pratiquer une ponction, celle-ci donna lieu à l'écoulement de quelques gouttes d'un liquide d'abord séreux, puis séro-sanguinolent; cet écoulement s'arrêta brusquement, et aussitôt le malade fut pris d'un malaise subit, de dyspnée, de nausées, de vomissements, d'une expuition abondante de mucosités mousseuses, et malgré l'emploi des révulsifs, du marteau de Mayor, de la respiration artificielle, de l'électrisation du diaphragme, ce malade succomba dans l'espace de vingt minutes.

A l'autopsie, on trouva les lésions caractéristiques d'une pneumonie caséeuse, d'un emphysème récent, d'une péricardite ancienne; dans le foie se trouvaient deux kystes hydatiques, l'un sur le lobe gauche, l'autre sur le lobe droit. La mort dans ce cas doit être attribuée à une paralysie du pneumo-gastrique, probablement d'origine réflexe par suite d'irritation des fibres qui se dirigent du côté du foie.

M. GÉRIN-ROZE rappelle, à cette occasion, deux cas de kystes hyda-

tiques du foie, qui ont été ponctionnés et qui se sont terminés heureusement par la guérison. Il cite un troisième fait, dans lequel le malade n'a pas subi moins de sept ponctions successives; après la septième ponction, une canule fut laissée à demeure; à un certain moment, le liquide cessa de s'écouler par cette canule, on la retira, et trois jours après le malade se promenait dans la salle, complétement guéri.

M. DUMONTPALLIER demande à M. Martineau si, dans le cas qu'il vient de rapporter, il n'y a pas eu un arrêt subit du cœur, comme l'a observé M. Cl. Bernard dans ses expériences sur la mort subite consécutive à la paralysie du pneumo-gastrique par action réflexe.

M. MARTINEAU répond qu'en effet le cœur s'est arrêté brusquement, puisqu'il a fait saigner la malade, et que le sang n'a pas coulé. Ce fait se rapproche donc des expériences de M. Cl. Bernard.

M. Martineau a été d'autant plus douloureusement frappé de ce cas que souvent il avait ponctionné des kystes hydatiques du foie sans jamais avoir eu à déplorer aucun accident.

M. J. SIMON fait observer qu'en Islande, où ces affections du foie sont très-fréquentes, on pratique, dans ces cas, un grand nombre de petites ponctions sans jamais observer d'accidents. Il existe donc un très-grand nombre de faits prouvant l'innocuité de ces piqûres multipliées.

M. GUYOT ne partage pas l'opinion de M. J. Simon sur l'innocuité de ces piqûres. Au contraire, il se méfie beaucoup, quant à lui, des ponctions du foie qu'il n'oserait pas multiplier comme l'a fait M. Gérin-Roze. Il préfère de beaucoup l'ancienne méthode, l'ouverture par les caustiques, qui n'offre pas les mêmes dangers que les ponctions répétées.

M. WOILLEZ rapporte à ce sujet l'histoire d'un malade qui est entré dans son service, à la Charité, portant une tumeur dans l'hypochondre droit, qu'il ne tarda pas à reconnaître pour un kyste hydatique du foie. Il avait projeté de pratiquer une ponction dans ce kyste, lorsque le lendemain, le malade lui fit observer que sa tumeur avait diminué de volume. M. Woillez se félicite de n'avoir pas pratiqué la ponction, car cette tumeur continua à diminuer, et trois semaines après, le malade sortait de l'hôpital n'ayant presque plus rien d'appréciable et sans pourtant qu'aucune évacuation insolite se fût produite. C'est la première fois que M. Woillez observe un cas de ce genre.

La séance est levée à cinq heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

31. Lourties. Quelques considérations sur les abcès ossifluents et sur la résection de la clavicule.
32. Corté. Des paraplégies puerpérales.
33. Gendron. Contribution à l'étude des fistules vésico-vaginales et de leur traitement. — Exposé de quelques modifications instrumentales.
34. Percheron. Étude sur la dermatite exfoliatrice généralisée.
35. Corvin. De l'urémie à forme dyspnéique.
36. Cappa. Considérations cliniques sur les cas de hernies compliquées d'accidents.
37. Fauque. Études sur la pathogénie du zona et sur son traitement par les courants induits.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Bouchut commencera son cours d'été *sur les maladies des enfants*, à l'hôpital des Enfants, le mardi 6 avril 1875, et la veille aura lieu une *séance d'ophthalmoscopie médicale*.

— Le docteur Reliquet commencera son cours sur *les opérations des voies urinaires* le mercredi 7 avril, à cinq heures, dans l'amphithéâtre nº 2 de l'École pratique, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Mallez commencera son cours de *médecine opératoire des voies urinaires* (semestre d'été), le mardi 6 avril, à quatre heures dans l'amphithéâtre nº 2 de l'École pratique, pour le continuer les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Messieurs les élèves seront exercés à toutes les opérations.

— M. le docteur Tripier reprendra, au dispensaire du docteur Mallez, 3, rue Christine, ses conférences sur les applications de l'électricité aux affections des appareils génital et urinaire, le lundi 5 avril, à midi et demi, et les continuera les lundis suivants.

Il sera traité, durant ce semestre, du *matériel instrumental* et des *procédés généraux d'application*.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

MÉDICATION SUDORIFIQUE ET SIALAGOGUE.

Véritable Jaborandi du docteur COUTINHO.

Sous trois formes :

1° **Jaborandi concassé**, chaque paquet contient la dose nécessaire à une infusion;
2° **Sirop de Jaborandi** } deux cuillerées à bouche pour une sudation.
3° **Élixir de Jaborandi** }

DÉPÔT : PHARMACIE YVON, 7, *rue de la Feuillade, près la Banque.*
Vente en gros : maison GRIMAULT et Cie, 8, rue Vivienne.

N° 40. — MARDI 6 AVRIL 1875. 48e ANNÉE. MARDI 6 AVRIL 1875. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — HôPITAL DES ENFANTS-MALADES. Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants : de la laryngotomie. — CLINIQUE DE LA VILLE. Colique de plomb chez un lapidaire guérie rapidement à l'aide de l'appareil vaporifère du docteur Lefèvre. — Contribution à l'étude de la nécrose de cause phosphorée. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — Nouvelles.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES.

M. DE SAINT-GERMAIN

Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants (1).

(Recueillies par MM. CHENET et TAPRET, internes du service.)

DE LA LARYNGOTOMIE

Messieurs, dans la dernière séance, je me suis attaché à vous montrer les inconvénients et les difficultés des procédés classiques de la trachéotomie. Ces *desiderata* sont cependant peu de chose si on les compare aux dangers qui résultent de l'emploi des instruments spéciaux, si ingénieux qu'ils puissent être ou paraître. Sans compter la nécessité de les avoir, de les entretenir en bon état, de les manier aussi habilement que ceux qui les ont imaginés, ils ne peuvent pas répondre à toutes les nécessités, à tous les cas.

Messieurs, sachez-le bien, la trachéotomie est essentiellement une opération d'urgence. Il faut la simplifier assez, tant au point de vue des instruments à employer que du manuel opératoire à suivre; il faut, dis-je, la rendre assez simple pour qu'elle puisse être pratiquée par tous les médecins et dans toutes les circonstances.

Certains auteurs se sont préoccupés d'aller vite, ainsi que vous venez de le voir, et ils ont inventé dans ce but des appareils spéciaux. Ce seul fait nous engage à repousser tous ces procédés. D'autres auteurs ont voulu aller lentement pour aller sûrement; nous repoussons également cette méthode, qui offre de nombreux inconvénients. D'abord, elle exige trois aides, et l'on n'a pas toujours trois personnes sûres sous la main; elle dure longtemps et elle expose le malade à mourir suffoqué pendant l'opération; elle laisse une plaie cutanée très-vaste et très-exposée à toutes les complications (phlegmons, érysipèle, diphthérie, etc.). Enfin elle peut être la cause d'une hémorrhagie considérable, qui aggrave d'autant la situation du malade.

(1) Suite. — Voir les numéros des 10, 17 décembre 1874, 11 et 23 mars 1875.

N'est-il pas possible de réunir les avantages de ces deux méthodes et d'écarter leurs inconvénients?

Depuis près d'un demi-siècle, la trachéotomie est devenue une opération presque journalière dans les hôpitaux d'enfants, où elle incombe à l'interne de garde. Je l'ai pratiquée pendant mon internat, je l'ai vu pratiquer bon nombre de fois alors et depuis; et il m'a paru que, par le fait de la tradition et de l'expérience, on avait reconnu la nécessité d'aller vite, et qu'on avait abandonné à peu près complétement le procédé de Trousseau. Le manuel opératoire que l'on emploie dans les salles de garde est mixte : c'est celui de Bourdillat.

La peau et les parties molles jusqu'à la trachée sont divisées dans le premier temps; l'incision de la trachée constitue le second.

C'est là un très-bon procédé; il est rapide, il est sûr, il n'exige point l'emploi d'instruments spéciaux, il est applicable chez tous les sujets et dans toutes les circonstances. Je n'ai pas d'objection capitale à lui adresser. Pourtant je crois qu'on peut encore éloigner les petits inconvénients qu'il présente, l'hémorrhagie entre autres, en faisant la trachéotomie en un seul temps.

C'est ce procédé que je vais maintenant vous exposer. Pardonnez-moi les détails dans lesquels je serai obligé de descendre, les minuties que je vous détaillerai. J'estime que pour une opération aussi importante et aussi urgente, il n'y a point de petite manœuvre, de petit tour de main qui n'ait sa valeur.

Je vous ai promis, dans le commencement de ces leçons, de vous conduire par la main depuis le prologue jusqu'à l'épilogue. Je vais tenir aujourd'hui ma promesse et vous exposer la trachéotomie comme je la comprends.

La nuit est froide. Votre chambre est tiède, et depuis deux heures vous vous livrez à un sommeil réparateur des fatigues de la journée. On sonne. Vous vous réveillez en sursaut. On vient vous chercher pour un croup.

Premier conseil. — Messieurs, n'hésitez pas à vous déranger et sur-le-champ. Que vous soyez appelé directement par les parents de l'enfant malade, ou que vous soyez mandé par un confrère. Dans le dernier cas, c'est un devoir rigoureux auquel vous ne pouvez vous soustraire. Dans le premier, vous ferez souvent buisson creux, et vous vous bornerez plus d'une fois à constater une laryngite striduleuse, mais enfin vous aurez rassuré la famille et vous pourrez vous rendormir avec la quiétude qui suit toujours le devoir accompli. Ce principe est de la plus haute importance, et vous la sentirez quand vous aurez quelques années de plus. Vous aurez des enfants, du moins je vous en souhaite; ils seront malades — vous n'oserez

les soigner vous-mêmes; vous aurez recours aux lumières d'un ami, d'un confrère, et quand vous serez plus d'une fois impatienté pour un petit retard, souvent de quelques moments, vous sentirez alors que la gratitude des parents qui vous voient accourir près de leur enfant malade ne peut être égalée que par l'antipathie profonde qu'ils conserveront pour le médecin qui sera resté sourd à leur appel et les aura remis à la première sortie du lendemain.

C'est donc convenu, vous vous habillez et vous partez. N'oubliez jamais d'emporter avez vous les instruments nécessaires à la trachéotomie; une boîte si vous en avez une, ou à défaut de celle-ci un petit paquet, que vous ferez sagement d'avoir toujours en double, serré dans un coin bien accessible et bien en vue, et dont je vous recommande la composition : un bistouri droit dit *à trachéotomie,* neuf ou fraîchement *repassé au poli;* un bistouri boutonné, un dilatateur, une petite et une moyenne canule, enfin deux mètres de ruban de fil, le tout enveloppé soigneusement dans un morceau de taffetas gommé et maintenu à l'aide d'un caoutchouc. Avec cela vous pouvez aller au bout du monde.

Vous voilà parti. La route se fait d'habitude en compagnie du père de l'enfant. Ce qu'il vous fera chemin faisant de questions relatives à la nécessité de l'opération, aux chances de succès, à votre statistique, etc., est chose inouïe.— Répondez lui doucement, mais brièvement, et d'une manière quelque peu réservée. Ne *vous livrez* pas, ne vous *usez* pas. Vous aurez tout à l'heure un moment pénible à passer à tous les points de vue. Réservez vos forces et votre éloquence. Vous voilà arrivé, et comme je vous suppose chirurgien, vous trouvez ordinairement près de l'enfant le médecin ordinaire, avec lequel vous vous concertez.

Le plus souvent, il faut bien le dire, vous avez affaire à un praticien instruit, qui a suivi la marche de l'affection depuis son début et qui vous a fait demander pour l'opération, soit qu'il n'ait pas l'habitude de la trachéotomie, soit que, considérant les chances défavorables du résultat, il tienne à ce que vous endossiez la responsabilité de l'opération. Vous êtes par conséquent le plus souvent dispensé de peser les indications et les contre-indications, de même que l'opportunité stricte de la trachéotomie.

Cela est vrai, je le répète, dans la plupart des cas. Il faut cependant se garder d'agir à l'aveuglette, et il est nécessaire de se réserver, fût-ce *in petto,* le droit de contrôle. J'ai été appelé une fois pour faire la trachéotomie à une jeune fille, qui était en proie à une violente attaque d'hystérie et qui, disait-on, avait une suffocation mortelle. Une autre fois, pour opérer de la même façon une vieille femme de quatre-vingt-deux ans, qui venait d'être frappée d'apoplexie et dont la respiration bruyante et stertoreuse avait inspiré à son voisinage l'idée de la nécessité de l'opérer.

Si vous êtes à la fois médecin et chirurgien, faites pour le mieux; mais à moins que vous ne soyez seul, absolument seul, faites demander un confrère qui partage avec vous la responsabilité de la résolution que vous allez prendre.

Votre consultation est terminée, votre décision prise, la trachéotomie est reconnue chose nécessaire et urgente. C'est en général à vous de prendre la parole et de soumettre à la famille de l'enfant cette décision. J'ai assisté plusieurs fois à l'énoncé de cet arrêt, et j'ai presque constamment vu les mêmes accidents se produire, tels que la résistance et l'opposition immédiate à toute intervention chirurgicale, et les mêmes arguments avoir raison de cette résistance.

Exposez aussi nettement que possible, avec fermeté, mais sans brusquerie, la position absolument désespérée de l'enfant si l'on ne l'opère pas; et faites luire aux yeux des parents un certain espoir, si on l'opère. Citez la statistique, vous en avez le droit, je dirai plus, le devoir. Promettez une chance sur cinq, et vous vaincrez assez facilement l'opposition que l'on vous aura faite tout d'abord. Glissez cependant, dans votre plaidoyer que l'opération est chose grave et que, exceptionnellement il est vrai, quelquefois on a vu la mort survenir pendant l'opération même. C'est une bonne précaution; il faut tout prévoir.

Après une série de pourparlers, les parents consentent. Occupez-vous immédiatement des aides. A ce propos, il faut tâter les assistants. Éloignez avec soin ceux qui sont capables de se trouver mal, et choisissez autant que possible des étrangers. Cette règle est loin d'être absolue. Je me rappelle, en effet, avoir vu des parents insister pour me servir d'aides, et le faire avec une énergie et un courage réellement admirables. Ne comptez pas cependant sur les parents. Vous vous exposeriez à des défaillances dont le résultat pourrait être déplorable au milieu même de l'opération.

Une fois vos aides recrutés, au nombre de trois ou quatre, parmi les amis, les voisins (les concierges sont, sous ce rapport, des gens précieux), vous devez vous occuper du meuble qui vous servira à placer le malade et de l'éclairage nécessaire. N'opérez jamais un malade sur son lit, toujours trop bas et trop mou. Choisissez une table, ou mieux une commode; disposez-la de façon qu'on puisse circuler autour d'elle; recouvrez-la d'un petit matelas protégé lui-même par un taffetas ou une toile cirée et disposez aussitôt le rouleau qui, placé sous la nuque ou mieux sous les épaules de votre malade, vous permettra de rendre l'extension aussi complète que possible. La confection de ce coussin est chose importante. Demandez un oreiller, une bouteille vide et une corde ou une bande. Placez la bouteille au centre de l'oreiller roulé en boudin, et ficelez le tout aussi fortement que possible.

Ce petit procédé, que je tiens de mon collègue et ami M. le docteur Archambault, m'a rendu trop de services pour que je n'insiste pas sur son utilité.

J'arrive maintenant à l'éclairage. Je ne partage pas l'opinion de Guersant, qui se servait volontiers des lampes astrales dites suspensions, ou lampes de salle à manger. Ou la suspension est trop élevée, et la lumière fait défaut, ou elle est à hauteur convenable, et le chirurgien ou ses aides se heurtent à chaque instant contre. Exagérez l'éclairage, allumez sur la cheminée voisine ou sur un meuble suffisamment élevé tout ce que vous trouverez dans la maison de bougies ou de chandelles, obtenez une véritable illumination. Défiez-vous surtout d'un éclairage unique, si intense qu'il soit, surtout s'il est mobile et confié à un aide. La rupture d'un verre de lampe, un défaut d'équilibre, un faux pas, un coup de coude, peuvent vous plonger tout d'un coup dans l'obscurité. Votre table d'opération est prête, votre éclairage suffisant, disposez à votre portée vos instruments et garnissez la canule que vous aurez choisie. Cette opération consiste à attacher deux morceaux du ruban de fil que vous avez apporté aux ailettes de votre canule ou mieux aux trous qui sont pratiqués sur ses parties latérales; je préfère, en effet, ce système; les boucles peuvent se rompre, se perdre, et je me serais, à la suite d'un accident semblable, trouvé absolument désarmé, si mon excellent maître, M. le docteur Roger, ne m'avait pas donné le conseil de n'employer que la canule interne, remettant au lendemain l'application d'une autre canule double. Un taffetas ciré perforé à son centre termine cette première disposition. Vous placez votre canule à

votre portée ; vous ouvrez votre bistouri en en fixant solidement le coulant, et vous disposez à côté de lui votre dilatateur, après en avoir indiqué l'usage à vos aides, afin qu'on vous le mette dans la main aussitôt votre incision faite. J'ai même l'habitude, quand je ne connais pas mes aides, de placer cet instrument dans la poche droite de mon gilet.

Un mot sur cet instrument : servez-vous du dilatateur à deux branches si vous le trouvez plus commode, ou du dilatateur de Laborde, allongé et aminci, cela importe peu, mais j'insiste sur ce fait : ne vous embarquez jamais dans une trachéotomie sans dilatateur. Je me suis trouvé cet été dernier privé de cet instrument, à une certaine distance de Paris ; j'ai dû me servir d'une pince à pansement, et l'absence même de dilatateur m'a fait apprécier cet instrument à sa juste valeur. Je préférerais faire une trachéotomie sans canule que sans dilatateur ; car une fois celui-ci introduit, je considère mon opération comme faite, et j'ai tout le temps pour la parachever.

Il est prudent de tenir également à votre portée un bistouri boutonné, bien que je m'en serve rarement, cela ne peut nuire. Les instruments disposés sont cachés, non pas au malade, qui le plus souvent est bien indifférent à ce qui se passe autour de lui, mais aux parents. Ne vous embarrassez pas trop d'eau chaude, d'eau froide, de cuvettes, d'éponges, etc. Ce luxe était indispensable avec l'ancien procédé ; puisque la direction de tout ce système était placée sous la responsabilité d'un aide spécial. Une ou deux éponges dans une cuvette d'eau tiède suffiront.

Allez chercher vous-même le petit malade. Vous coupez ainsi court à toutes les scènes de larmes et de désespoir qui ne peuvent que nuire, vous l'apportez sur la table d'opération, et vous le déshabillez complétement. Tous les pièces de vêtement que vous laisseriez seraient certainement souillées. Vous avez tout bénéfice à le mettre absolument nu, et à l'envelopper dans une couverture qui a le double avantage de faciliter, par son enveloppement, la contention des bras et des jambes, et de maintenir le malade à une bonne température.

(A suivre.)

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Colombel.

Colique de plomb chez un lapidaire, guérie rapidement à l'aide de l'appareil vaporifère du docteur Lefèvre.

En publiant l'observation qui va suivre, je n'ai pas l'intention de dire quelque chose de nouveau sur les accidents dus à l'absorption du plomb, si fréquents chez les individus dont la profession demande l'emploi de ce métal.

Mais, témoin des expériences faites par M. Lefebvre dans le service de M. le professeur Béhier à l'Hôtel-Dieu, ayant personnellement eu à me louer de ce puissant moyen de sudation, j'ai pensé pouvoir user de cette médication pour obtenir une rapide élimination d'un poison minéral. Mieux que tout commentaire, l'observation dont je vais faire le récit démontrera la puissance de ce moyen prophylactique.

Le nommé B..., lapidaire, âgé de trente-neuf ans, est depuis l'âge de quinze ans occupé à tailler la pierre fine ; longtemps il a travaillé dans le pays spécial à cette profession, le Jura ; et témoin des accidents dus à l'absorption du plomb, qui y existent en permanence, jamais il n'en a subi les atteintes.

Pour la première fois depuis deux mois, il ressentit quelques malaises mal définis, il n'y prêta aucune attention et n'en continua pas moins son métier.

Lorsque le vendredi 22 janvier 1875, il fut pris d'une violente colique occupant tout le bas-ventre, ne lui laissant aucun répit, assez forte pour lui arracher des cris. Impossible d'aller à la selle, urines difficiles et rares. Ni vomissements ni envie de vomir. Pas de fièvre. Je lui prescrivis un lavement purgatif, puis un purgatif et, dans la soirée, un bain de Baréges, le résultat fut nul. D'ailleurs le malade avait toutes les apparences d'un saturnin, face plombée, yeux jaunes et liséré le plus manifeste.

Le samedi 23 même insuccès dans mon traitement, les douleurs ne lui laissant aucune trêve, semblant au contraire prendre plus d'intensité, je lui conseillai de se soumettre à une puissante sudation prenant des bains avec l'appareil vaporifère Lefebvre.

Le premier bain fut pris dans la soirée du même jour. Aussitôt qu'il fut sous la bâche et soumis à la chaleur, la douleur disparut totalement le ventre lui sembla plus souple, et cet état persista tout le temps du bain et de la sudation ultérieure. Une heure après, les douleurs revinrent comme auparavant, ne laissant que de rares intervalles de tranquillité relative ; mais, confiant dans l'efficacité du remède, le malade attendit son second bain.

Le dimanche 24, second bain à 11 heures du matin. Les effets furent les mêmes qu'au premier, mais cette fois le mieux se prolongea plusieurs heures, et le malade put dormir. Vers le milieu de la nuit, les coliques revinrent encore intenses, moins cependant que la veille.

Troisième bain le lundi 25 ; cette fois encore les douleurs cessèrent complétement sous l'influence de la chaleur, le bien-être persista une grande partie de la journée. La douleur, très-tolérable, revint dans la nuit et ne prit une certaine violence que vers 3 ou 4 heures du matin ; toutefois le malade déclare de lui-même que la douleur est supportable et ne lui arrache plus de cris.

Mardi 26, quatrième bain faisant toujours cesser la douleur et continuant son action pendant les 24 heures. Le malade déclare la douleur très-tolérable, il peut tranquillement dormir une partie de la nuit, et, en se réveillant, il ne ressent qu'une douleur sourde.

Aussitôt après le bain il se présente à la garde-robe et a, sans aucune provocation, une selle naturelle, mais douloureuse.

C'est avec bonheur qu'il prend son cinquième bain le mercredi 27. Cette fois il a une nouvelle garde-robe naturelle et très-abondante. Le bien-être est réel, et le malade ne sait comment exprimer le bien-être qu'il éprouve ; il dort toute la nuit, et c'est à peine s'il ressent au bas-ventre quelques douleurs insignifiantes.

Au sixième bain le jeudi 28, la douleur disparaît totalement, et les choses restent en l'état pendant les 24 heures, les garde-robes sont naturelles, et l'état général est parfait.

Ce n'est que sur mon conseil et pour compléter la guérison qu'il accepte une nouvelle série de six bains en les prenant tous les deux jours.

Le 1er février, la guérison me paraît complète, le teint a repris son aspect normal, le liséré des gencives est presque entièrement disparu, et l'état général est satisfaisant à tous égards.

Cette observation m'a paru digne d'attention, car elle peut aider à vulgariser un moyen prophylactique aussi simple dans son application que puissant dans son emploi. Cette sudation répétée sans inconvénient pour le malade me semble appelée non-seulement à guérir les accidents dus à la colique de plomb, mais à prévenir les effets dus à l'intoxication de ce métal, et à rendre de grands services aux individus que leur profession oblige à manier ce métal sous quelque forme que ce soit.

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DE LA NÉCROSE DE CAUSE PHOSPHORÉE (1)
par le docteur A. Jagu.

Conclusions. — La nécrose peut, en se propageant aux os du crâne, envahir successivement les os malaires, les palatins, les cornets,

(1) In-8°. — Prix 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

le vomer, l'ethmoïde, le temporal et même l'occipital, envahissement nécessairement mortel, et qui donne lieu à ses symptômes divers en rapport avec les organes qui sont atteints. — Les principales causes de cette extension doivent être surtout rapportées à la présence prolongée des os nécrosés dans les tissus et au défaut des voies d'écoulement du pus. — Chez les individus soumis à l'action des vapeurs phosphoriques et atteints de nécrose, la propagation de l'inflammation ostéo-périostale a lieu par *continuité*. — Le travail éliminatoire de l'os n'entraîne pas nécessairement l'arrêt du processus morbide. — La marche rapide de l'ostéo-périostite phosphorique et son extension considérable s'opposent souvent, surtout par la suppuration abondante qui en est la conséquence, au travail de la régénération osseuse. — Les suppurations osseuses prolongées et les troubles digestifs qui en résultent exposent à la mort en produisant des lésions viscérales, telles que dégénérescence amylacée ou stéatose des viscères, etc. — On ne doit pas mettre sur le compte du phosphore les cas de stéatose observés dans cette affection. — Excepté dans certains cas particuliers, mais très-restreints, où l'expectation peut être permise, on doit, d'une manière générale, considérer comme urgente et nécessaire l'intervention chirurgicale, avant la mobilisation du séquestre, toutes les fois que la nécrose paraît avoir une marche exclusive ou que l'état général menace de s'altérer; mais cette intervention comporte des indications spéciales qui sont soumises, suivant les conditions particulières à chaque cas, à l'appréciation du chirurgien.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 avril 1875. — Présidence de M. RANVIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Jaborandi. — M. VULPIAN a entrepris une série d'expériences sur l'action du jaborandi sur le cœur. Lorsque, dit-il, on fait une injection d'extrait de jaborandi dans la veine crurale d'un chien, on observe des troubles intenses du côté du cœur, en particulier un ralentissement considérable des battements du pouls, quelquefois même un arrêt absolu du cœur, avec menace de mort. Quand on a ainsi produit le ralentissement du pouls à l'aide du jaborandi, il suffit d'injecter du sulfate d'atropine pour voir le cœur reprendre aussitôt ses mouvements réguliers et son rhythme normal. Chez la grenouille, ces phénomènes sont encore plus sensibles, le cœur s'arrête chez elle instantanément; mais tandis que sous l'influence des substances désignées sous le nom de poisons cardiaques, tels que la digitaline, par exemple, le cœur s'arrête en systole, sous l'influence du jaborandi, il s'arrête, au contraire, en diastole. Si l'on a précédemment injecté du sulfate d'atropine, il devient impossible de produire ces phénomènes, quelle que soit la dose de jaborandi que l'on injecte.

Impureté de l'alcool. — M. RABUTEAU, à l'occasion de la communication faite par Carville sur la présence du cuivre dans les alcools employés pour la conservation des pièces anatomiques, a fait une série d'expériences qui montrent que ces alcools ne contiennent que des quantités tout à fait insignifiantes de cuivre (quatre dixièmes de milligramme). Il indique les procédés à l'aide desquels il est arrivé à ces résultats.

Phénomènes réflexes. — M. BROWN-SÉQUARD a étudié les phénomènes réflexes qui se produisent sous l'influence de l'application du fer rouge ou de la glace sur la peau au niveau de la colonne vertébrale.

Après la cautérisation, il se produit de la dilatation pupillaire. Il a eu l'occasion de l'appliquer chez trois individus atteints de ramollissement inflammatoire. Chez deux de ces malades, il a constaté une dilatation pupillaire très-manifeste; chez le troisième, ce phénomène a été à peine marqué, mais il a duré beaucoup plus longtemps; tandis qu'il n'avait duré que cinq minutes chez les deux premiers, il en a duré quinze chez le troisième.

M. Brown-Séquard a cherché s'il pouvait constater d'autres effets vaso-moteurs. L'application du thermomètre dans l'oreille, au cou, lui a permis d'observer une très-légère augmentation de la température.

Il a cherché, en outre, si l'application de la glace donnait les mêmes effets que celle du fer rouge; les résultats qu'il a obtenus sont douteux; dans certains cas, il a observé une légère dilatation pupillaire; d'autres fois, il n'a pu constater aucune dilatation, et il a même vu se produire, dans un cas, un peu de contraction. Quant à la température, il n'a pu noter aucune modification appréciable. — M. Brown-Séquard a l'intention de répéter ces expériences avec des appareils qui lui permettront de constater les plus légères différences.

Physiologie du cerveau. — M. ROUGET communique les résultats d'un certain nombre d'expériences qu'il a pratiquées sur la physiologie du cerveau, et qui, pour la plupart, ne sont que la confirmation des expériences de Ferrier.

Un premier fait qu'il a constaté est le suivant : le simple mise à nu d'un hémisphère cérébral est suivie d'une attaque épileptiforme qui cesse aussitôt que l'on recouvre le cerveau. Le contact de l'air seul produit donc une excitation suffisante pour donner lieu à des convulsions épileptiformes.

M. Rouget a étudié aussi l'action des courants électriques sur le cerveau. Pour obtenir des effets appréciables, il faut des courants d'une certaine intensité, et l'on obtient alors des courants dérivés. Or M. Rouget a surtout recherché si ces courants agissent, comme on l'a dit, sur les ganglions inférieurs de la base du cerveau. Ses expériences lui ont montré que cette action était, pour ainsi dire, nulle. On pourrait lui opposer la distance qui sépare le point du cerveau en contact avec l'électrode du ganglion inférieur de la base sur lequel on devrait agir; mais cette objection ne saurait lui être présentée, puisque c'est sur des oiseaux qu'ont porté ses expériences et que, chez ces animaux, comme on sait, cette distance est très-peu considérable. Toutefois il est incontestable, suivant lui, que ces courants dérivés ne sont pas sans action, mais ils n'ont pas celle qu'on leur attribue. — M. Rouget a fait aussi des expériences sur l'excitation du cervelet. De même que Ferrier, il a observé, sous l'influence de cette excitation, des mouvements de rotation de l'œil et de la dilatation pupillaire.

Après quelques considérations sur d'autres points de la physiologie du cerveau, M. Rouget dit qu'on ne connaît encore rien de certain sur le rôle réel des centres de l'écorce cérébrale. Quant aux expériences de Ferrier, il conclut en disant qu'il faut en tenir grand compte et en poursuivre l'étude.

Il fait connaître, en terminant, les résultats de ses recherches sur la structure anatomique d'une vésicule cérébrale.

M. BROWN-SÉQUARD montre, sur des dessins représentant des coupes de cerveau de chiens ou de chats, différents points assez éloignés les uns des autres, dont l'excitation produirait, d'après les expériences de Ferrier, les mêmes phénomènes. Par exemple, si l'on s'en rapporte aux faits observés par ce physiologiste, il y aurait dans le cerveau du chien cinq points différents ayant la propriété de produire un mouvement latéral du cou dans le même sens; il y aurait donc cinq centres jouissant de la même propriété.

D'après ces mêmes expériences, l'orbiculaire seul, qui est pourtant un bien petit muscle, dont les fonctions sont assez limitées, serait animé par trois centres chez le chat. Il existe chez cet animal trois points différents du cerveau dont l'excitation déterminerait la contraction du muscle orbiculaire. Il y en aurait même cinq chez le chien.

M. Brown-Séquard fait ressortir toute l'importance qu'il y aurait à bien connaître ces centres, non-seulement au point de vue physiologique, mais aussi au point de vue pathologique.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 janvier 1875. — Présidence de M. GALLARD (1).

COMMUNICATION

M. DUROZIEZ. Je viens demander l'avis de la société sur la conduite à tenir dans un cas spécial d'épanchement pleurétique.

(1) Fin. — Voir le numéro du 30 mars.

J'ai donné mes soins à une jeune fille atteinte de bronchite et dont l'état, du mois de juillet au mois de décembre, s'était sensiblement amélioré. A cette époque, sous l'influence du froid, les accidents reparurent, et le père vint me trouver en me disant que sa fille avait la taille déviée.

A l'examen, je trouvai un épanchement pleurétique considérable, l'état général était bon ; je proposai de pratiquer la thoracentèse. On refusa. Quelque temps après, le père alla consulter un chirurgien qui, à première vue, trouvait que l'épanchement était en voie de décroissance, conseilla l'emploi des vésicatoires, et remit l'opération à plus tard. On a mis les vésicatoires, on a employé les purgatifs, et l'épanchement n'a pas sensiblement diminué. Je voudrais savoir s'il existe des données certaines permettant de prévoir si l'épanchement se résorbera, quel temps il mettra à se résorber, enfin si la thoracentèse est indiquée d'une façon réelle.

M. BLONDEAU. Si l'enfant n'est pas tuberculeux, je crois qu'il faut opérer sur le champ, de peur de voir l'épanchement devenir purulent. De plus, il est peu probable que les vésicatoires puissent amener rapidement la résorption.

M. GALLARD. Bien que je ne sois pas un partisan bien enthousiaste de la thoracentèse, je crois que, si elle fut jamais indiquée, c'est dans le cas présent. Aussi je conseillerai à M. Duroziez d'opérer, et cela le plus tôt possible.

La séance est levée.

Séance du 27 février 1875. — Présidence de M. GALLARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. DUROSIEZ. J'ai eu, depuis la dernière séance, de nouveaux renseignements sur l'enfant dont je vous ai parlé. Cet enfant, âgé de sept ans, d'une santé ordinairement bonne, avait vu survenir au mois de septembre des accidents généraux très-légers : essoufflement, fatigue, inclinaison sur le côté; au mois de janvier, les accidents augmentèrent. J'examinai l'enfant, je diagnostiquai un épanchement pleurétique; après des hésitations nombreuses, on consentit à l'opération. Je fis appeler en consultation M. Potain, qui se décida à faire une ponction immédiate ; dès l'entrée du trocart dans la plèvre, il y eut des quintes de toux, et la canule donna issue à un liquide clair comme de l'eau, ce qui fit voir qu'on avait affaire à un kyste hydatique. Depuis, à un autre examen, on a pu remarquer des phénomènes nouveaux : respiration amphorique, succussion hippocratique; je crus à un mélange d'air et de liquide dans la plèvre.

M. Potain revint, et se rappelant une opération de kyste qu'il avait faite auparavant, et dans laquelle on remarqua des symptômes identiques à ceux décrits plus haut, il diagnostiqua un mélange d'air et de liquide dans la partie du kyste non vidée, partie sur laquelle était venue se renverser une des parois de la poche à mesure que le liquide s'écoulait. M. Barthez, appelé à examiner l'enfant, fut d'un avis opposé à celui de M. Potain : il localisa dans la plèvre les phénomènes perçus par l'auscultation. Peut-être le mélange de liquide et d'air se trouve-t-il à la fois dans le plèvre et dans la poche kystique. Nous devons faire demain une ponction avec un gros trocart, ensuite un lavage à grande eau. Je demanderai à mes collègues si quelqu'un parmi eux à eu à traiter un kyste dans des conditions semblables, et quelle est la marche à suivre dans le traitement.

M. MERCIER. Je me rappelle avoir présenté à la Société anatomique, en 1838, les pièces pathologiques d'un kyste hydatique du poumon analogue, ouvert d'une part dans l'arbre bronchique et de l'autre dans la plèvre. Il y avait pneumothorax, succussion hippocratique et souffle amphorique. A l'autopsie, on y trouva un kyste de même nature que celui du foie.

M. GILLETTE donne un aperçu rapide des principaux travaux recueillis dans le *Bulletin de la société de médecine d'Angers*, 1874. Parmi ces travaux, il cite les suivants : un mémoire sur l'*épilepsie traumatique périphérique*, avec des faits nombreux par M. le docteur Briand; une observation d'*abcès de la prostate*, ouvert dans le rectum, avec passage intermittent de l'urine, dans la cavité rectale : traitement par le cathétérisme renouvelé fréquemment, par le docteur Douet; une observation d'*anthrax de la lèvre supérieure* compliqué de phlébite de la veine faciale. M. Gillette, à propos de cette observation due à M. le docteur Gripat fils, insiste tout spécialement sur la nécessité qu'il y a d'inciser l'anthrax, quand il siége à la face, afin d'éviter les accidents graves de la phlébite consécutive, et des complications encéphaliques.

Un travail de M. Motais sur les *collections purulentes* évacuées au moyen de la seringue Dieulafoy, et particulièrement sur un cas de phlegmon iliaque suppuré, guéri après trois ponctions. Les deux derniers travaux cités ont trait le premier à un cas d'*oligo dactylie* chez un enfant, et le second à une discussion sur l'emploi de l'aspirateur Dieulafoy dans la *thoracentèse*, dont voici les conclusions : M. Dezanneau croit que le vide produit trop brusquement par l'aspirateur peut amener à la fin une déchirure du poumon par dilatation, et préfère l'aspirateur Potain.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

1° *De la balanite, de la balano-posthite parasitaire et du phimosis symptomatique du diabète*, par M. le docteur de Beauvais. — 2° Le n° 4 du journal *la Tempérance.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Boulomié, qui demande un tour de lecture comme candidat au titre de membre titulaire de la société. — 2° Une lettre de M. Simon, sollicitant le titre de membre correspondant étranger, et envoyant, à l'appui de sa candidature, une lettre intitulée : *Recherches sur l'hémophilie.* — L'examen de cette brochure est renvoyé à une commission composée de MM. Duroziez, Collineau, Lunier, rapporteur.

PROPOSITION FAITE A LA SOCIÉTÉ PAR MM. PERRIN ET BELIQUET.

M. PERRIN. (Voir le numéro du 20 mars.)

M. DE RANSE. Une proposition, se rapportant à celle que vient de lire M. Perrin, a été faite à la Société médico-pratique. On a mis aux voix sa prise en considération, et elle a été adoptée.

M. GALLARD met aux voix la proposition de M. Perrin. La proposition est adoptée, et l'on nomme au scrutin une commission de cinq membres qui, avec le président et le secrétaire général, sera chargée d'étudier la question. Cette commission est composée de MM. Perrin, Mercier, Leudet, Polaillon et de Ranse. (*A suivre.*)

VARIÉTÉS

De l'institution des sœurs garde-malades des pauvres à domicile, au point de vue de l'amélioration et de l'extension du service médico-chirurgical des bureaux de bienfaisance.

(Note lue à la Société des médecins du bureau de bienfaisance, par M. le docteur PASSANT.)

Messieurs,

Lorsqu'au mois de mai 1872 (1) j'avais l'honneur, en qualité de rapporteur de la commission des prix que vous destiniez à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'organisation du service médical des bureaux de bienfaisance de Paris, de vous parler du mérite des différents travaux qui vous avaient été adressés, je vous signalais un vœu formulé par l'auteur du mémoire n° 1, qui demandait que l'on créât une institution de petites sœurs des pauvres, qui visiteraient à domicile nos malades, sans distinction de culte, et passeraient les nuits près des plus gravement atteints par la maladie. Pensant de la même manière que notre confrère, nous lui répondions qu'en effet nos malades n'avaient à leur disposition que les soins dévoués, mais insuffisants et irréguliers, des sœurs des maisons de secours et de quelques dames de charité ; que son programme était l'objet de la préoccupa-

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, année 1872, page 835.

tion constante de notre société qui, plusieurs fois, a mis à son ordre du jour la question des garde-malades des pauvres à domicile ; que des œuvres qui tendent à combler cette lacune étaient en germe, mais que l'heure de leur extension n'était pas encore arrivée. Je faisais allusion à une petite communauté de quatre à cinq sœurs, établie au Gros-Caillou, et à celle de la rue de la Barouillère, Mais, depuis cette époque, la première de ces corporations a grandi, et je suis heureux de vous annoncer qu'aujourd'hui le malheureux, à Paris, pourra, dans des cas sérieux, obtenir à son domicile, la nuit et le jour, une religieuse qui le soignera à son chevet avec le même désintéressement et la même intelligence que la sœur d'hôpital.

Quand on a, comme nous, messieurs, le bonheur d'habiter un pays où le travailleur pauvre songe au mariage sans frayeur de l'avenir, lorsque son rêve le plus hardi est de posséder une bonne compagne et une honnête aisance laborieusement conquise, ce serait être aveugle de ne pas écarter d'une main amie tout ce qui peut altérer la constitution de la famille.

La famille, dans notre siècle si agité, c'est le sanctuaire où tous les bons sentiments renaissent ou se réfugient, c'est le séjour où l'âme irritée va chercher et rencontrer ses apaisements ; c'est l'école de la solidarité dans le bonheur et dans la souffrance !

Ne pas laisser se dissoudre de tels liens; respecter la répugnance invincible de ceux qui ne veulent à aucun prix se séparer de parents qu'ils aiment pour aller à l'hôpital ; venir en aide aux pauvres délaissés ou tout au moins assistés d'une manière insuffisante : tels sont les mobiles qui ont inspiré les nobles fondateurs de cette œuvre si charitable et si impatiemment attendue, qui nous permettra d'inscrire sur notre drapeau : progrès social, progrès moral, progrès médical, progrès économique. Elle comble, en effet, une lacune considérable dans le service médical des pauvres à domicile.

Si cette partie si intéressante, et qui devrait être la plus importante de l'administration de l'Assistance publique, n'a pas fait de plus grands progrès depuis 1849, année où l'on inscrivit pour la première fois le mot d'*Assistance*, formulé par la Convention, loi qui faisait dire à M. Dufaure : « Pour la première fois, le précepte chrétien qui a renouvelé la face du monde va devenir la base d'un code administratif »; c'est qu'elle innovait peu, et qu'en particulier les soins à donner au malade en l'absence du médecin n'avaient pas été prévus. Il fallait, du reste, un élan que l'on ne réglemente pas, celui de la charité. Grâce à ce puissant levier, dont les limites sont infinies et qui a fait naître ces anges du dévouement et du sacrifice que nous vous signalons, la nécessité d'envoyer à l'hôpital les malades qui s'adresseront à nous se présentera désormais moins souvent, et nous aurons répondu victorieusement à ceux qui nous disent à tort : « Mais, au bureau de bienfaisance, vous ne soignez que des chroniques et un nombre insignifiant de maladies aiguës. »

La petite communauté des sœurs garde-malades des pauvres à domicile a fait son chemin depuis son apparition, en 1864, dans le quartier du Gros-Caillou. Après un déplacement à Chaillot, elle établit, en 1870, rue Violet, 57, sa maison mère, qui fut presque aussitôt transformée en ambulance pendant le siége et la Commune. Au lieu de s'épuiser par un pareil début, le bien qu'elle fit lui conquit de toutes parts des sympathies, à un tel point qu'aujourd'hui elle a des succursales : rue de Monceau, 11; rue de Provence, 79 ; rue du Faubourg-Saint-Honoré, 288, et rue des Frères Herbès, 46, à Levallois. Une quatrième succursale sera établie, avant la fin de l'année courante, dans le quartier de la rue de Sèvres, et l'on peut entrevoir l'avenir prochain (c'est à dire le rêve des directeurs de l'œuvre) où des succursales seront fondées dans chacun des vingt arrondissements de Paris.

Les confrères qui voudront, comme M. Berrut et moi, faire une visite à la maison-mère de la rue Violet, ne regretteront pas le temps qu'ils auront consacré à cette lointaine promenade. Comme nous ils en reviendront fortifiés et touchés par tant de bien qu'accomplissent ces modestes servantes des pauvres. Tout est gratuit dans leur mandat. Elles se mettent pour tout au service des malades malheureux, comme les plus humbles domestiques, exécutent les prescriptions des médecins, soignent les enfants, font les pansements, le ménage, la cuisine, les courses au marché, chez le médecin et le pharmacien, vont chez les sœurs de charité et aux bureaux de bienfaisance pour avoir des secours, confient aux convalescents des ouvrages instructifs et amusants. Voilà la mission qu'elles ont acceptée pour l'amour de Dieu et de l'humanité ! Je ne puis omettre que, possédant une pharmacie, elles délivrent gratuitement les médicaments qui ne sont pas inscrits au formulaire des bureaux de bienfaisance.

Complétement indépendantes et sans attaches officielles, ne recevant rien d'aucune administration, elles soignent uniquement les malades indigents des deux sexes, à quelque culte qu'ils appartiennent, les femmes en couche et les affections du ressort de la chirurgie aussi bien que celles du ressort de la médecine.

Et puisque la question de la chirurgie à domicile est encore à notre ordre du jour, je les signale particulièrement à nos confrères qui s'occupent d'acclimater les opérations dans la demeure de l'indigent. Les garde-malades intelligentes, dévouées et désintéressées faisaient surtout défaut à cette grande entreprise. Les voilà à sa disposition. C'est un grand obstacle levé, le seul peut-être qui s'opposait à cette salutaire création.

Excusez-moi, messieurs, de vous avoir si longtemps entretenu d'une institution dont le seul énoncé suffit pour en faire comprendre l'importance et l'avenir. Ses représentants seront nos meilleurs auxiliaires pour tout notre service en général, et sans quitter la question de la chirurgie des pauvres à domicile, on peut dire, sans crainte d'être démenti, qu'avec elles et les chirurgiens dont je vous citais les noms, nos opérés des bureaux de bienfaisance n'auront rien à envier à ceux des hôpitaux.

Une association qui poursuit un but si vaste et si élevé a besoin de sympathies aussi bien que de ressources ; aussi dirai-je à tous ceux qui aiment le pauvre et qui se dévouent à sa cause : « Donnez, donnez, jamais offrande ne sera mieux employée. » Notre société aussi pourrait bien apporter un appui moral important qui ne manquerait pas d'être vivement apprécié pour l'aider à franchir les échelons qui lui restent encore à parcourir. Malheureusement, l'état de nos finances ne nous permet guère d'entrer dans la voie des libéralités. Quelque pauvre, cependant, que soit notre caisse, j'espère, messieurs, que vous voudrez bien, à titre d'encouragement, contribuer, pour une petite somme, à la prospérité d'une œuvre qui marche parallèlement à nous et nous donne des auxiliaires si utiles et si dévouées.

La Société accueille favorablement le rapport de son secrétaire général et décide, en attendant de pouvoir faire davantage, qu'une somme de 50 francs sera allouée, à titre d'encouragement, à cette intéressante institution.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hier, à l'hôpital des Enfants-Malades, M. Bouchut avait réuni un certain nombre de médecins, présidents ou délégués des sociétés locales, venus pour la réunion de l'association générale. — C'était dans le but de leur montrer, à l'aide de projections lumineuses au magnésium, les résultats de ses recherches sur la cérébroscopie. Les effets ont été magnifiques, et les images grandies, très-nettes, très-éclairées, représentaient sur la muraille les lésions colorées du fond de l'œil dans une dimension de deux mètres.

— La première épreuve du concours pour l'agrégation en chirurgie et accouchements a eu lieu samedi.

M. le professeur Boyer (de Montpellier), empêché, a été remplacé dans le jury par M. le professeur Gosselin. M. Cruveilhier remplit les fonctions de secrétaire.

Seize candidats se sont présentés, ce sont : MM. Berger, Blum, Felizet, Humbert, Jullien, Lucas-Championnière, Marchand, Monod, Nepveu, Penières, Pozzi, Richelot, Terrillon, Thorens (pour Paris).

MM. Roustan, Jullien et Penières (pour Montpellier).

M. Jullien, déjà inscrit pour Paris et Montpellier, se présente seul pour Nancy.

Les candidats pour la section accouchements ne se sont présentés que pour Paris. Ce sont MM. Chantreuil, Pinard et de Soyre.

Samedi, de midi et demie à cinq heures, a eu lieu, dans la salle des Thèses, la composition écrite. Les candidats chirurgiens ont eu à

traiter la question suivante : Appareil ligamenteux du rachis.— Des différents modes de progression chez l'homme.

Les candidats pour la section d'accouchement ont eu à traiter : Du corps de Wolf. — De la menstruation.

Les séances du concours auront lieu les mardis à cinq heures, les jeudis et samedis, à quatre heures et demie.

Mardi 6 avril, à cinq heures, dans le grand amphithéâtre, commencera la lecture des compositions dans l'ordre suivant : *Chirurgiens* : MM. Richelot, Penières, Terrillon, Blum, Monod, Marchand, Humbert, Jullien, Nepveu, Lucas-Championnière, Roustan, Thorens, Berger, Felizet, Pozzi. — *Accoucheurs* : MM. Pinard, de Soyre et Chantreuil.

— Samedi dernier a eu lieu à la Sorbonne, sous la présidence de M. Wallon, ministre de l'instruction publique, la distribution des récompenses aux sociétés savantes des départements. Parmi les lauréats nous relevons les noms de MM. Baudelot, professeur à la faculté des sciences de Nancy (médaille d'or pour ses travaux de zoologie). — Gosselet, professeur à la faculté des sciences de Lille (médaille d'or pour ses travaux de géologie). — M. Marion, chargé de cours à la faculté des sciences de Marseille (médaille d'or pour ses travaux de zoologie).

Ont reçu des médailles d'argent : MM. Barthelemy, professeur au lycée de Toulouse (travaux de physiologie végétale). — Borius, médecin de première classe de la marine (travaux sur la météréologie du Sénégal). — Cazalis de Fondouce, à Montpellier (travaux de géologie et paléontologie). — Lartet, professeur suppléant à la faculté des sciences de Lille (travaux de géologie). — Vézian, professeur à la faculté des sciences de Besançon (travaux de géologie).

Ont été nommés officiers d'Académie : MM. Bleicher, médecin-major à Tlemcen; Millière, naturaliste à Cannes; de Fromentel, docteur en médecine à Gray; Marchand, ancien pharmacien à Fécamp.

— *Amphithéâtre d'anatomie.* — 1° COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, directeur des travaux anatomiques, commencera ce cours le lundi 19 avril 1875, à deux heures.

M. le docteur Tillaux traitera des résections et des opérations spéciales. — M. le docteur Marchand, premier prosecteur, traitera des amputations. — M. le docteur Terrillon, deuxième prosecteur, traitera des ligatures d'artères.

Des répétitions seront faites, après chaque leçon, sous la direction des professeurs.

2° CONFÉRENCE D'HISTOLOGIE. — Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le docteur Grancher, chef du laboratoire. — MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique. Les séries devant être reformées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre, à partir du 12 avril.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le samedi 10 avril 1875, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

1° Sur un cas de glossite papillaire, par M. le docteur Marcet. — 2° Symptômes anormaux dans un cas d'ataxie locomotrice, par M. le docteur Onimus. — 3° Vote sur la candidature de M. Gimbert, de Bannes, au titre de membre correspondant et sur celle de MM. G. Bergeron et A. Leblond, au titre de membre titulaire.

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. le docteur Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, le mardi 6 avril 1875, à huit heures et demi du matin, et les continuera les lundis et mardis suivants, à la même heure.

Les leçons habituelles des lundis resteront consacrées aux maladies des femmes.

De la réunion par première intention sans ligature de vaisseaux après l'extirpation des tumeurs du sein, etc., au moyen des sutures métalliques passant sous le plancher de la plaie, par le docteur VIBERT, chirurgien en chef de l'hôtel-Dieu du Puy. — In-8° de 15 pages. — Lyon, 1875, impr. Riotor.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude	1.480	5 800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0 900	0.672
— fer et mang.	0.016	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs;— PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0. 44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..................		
Chlorure de sodium................		
Matières organiques..............		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

SOLUTION COIRRE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX

24, r. du Regard, Paris, et pharmacies

SIROP et VIN

Pour les personnes qui ne doivent pas en faire un long usage.

CONTREXÉVILLE

(SOURCE DU PAVILLON)

CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT

DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

VIN DE G. SEGUIN

TONIQUE & FÉBRIFUGE

« Ce Vin remplace avec avantage toutes les préparations de Quinquina. » (Rapport de l'Académie de Médecine).

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue Saint-Honoré.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO. PHTHISIES, *Anémie,* **Rachitisme,** DIABÈTE, *Diarrhée,* **Cachexies,** *Albuminurie, la* **Convalescence,** *l'épuisement.* (Gros), 8, r. *Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

TONIQUE RECONSTITUANT

AU QUINQUINA, PYROPHOSPHATE DE FER

Oranges amères et malaga

Tous les organes de la presse médicale : *Gazette des Hôpitaux, Courrier médical, France médicale, etc.,* ont depuis dix ans, signalé l'excellence de cette préparation qui contient, dissous dans d'excellent vin de Malaga, les deux éléments formateurs des *os* et du *sang,* le *quinquina* et le *pyrophosphate de fer.*

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 41.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

PILULES DE LOUVARD

AU FER *PUR* (LIMAILLE DE FER BRILLANTE) **INALTÉRABLE ET A L'ABSINTHE**

A la dose de neuf par jour, en trois fois, une heure avant le repas, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et celle dont l'action est la plus rapide dans la chlorose et l'anémie. Quels que soient les désordres de l'estomac, elle est toujours bien tolérée, et, sous son influence, les fonctions digestives sont rétablies en quelques jours.

Pharmacie **LOUVARD,** rue Royale, 60, à **Versailles.** — Vente au détail, pharm. Guinhabert, 108, r. de Grenelle-Saint-Germain, Paris, et dans les principales pharmacies.

PRIME DE **16,600** FRANCS — MÉDAILLES D'**OR** A LAROCHE

QUINA LAROCHE

Extrait COMPLET **des 3 SORTES de quinquinas**

Triple ÉLIXIR *de* QUINQUINA *reconstituant, tonique* et *fébrifuge.* A base de vin d'Espagne et d'un goût agréable, ce produit participe du *vin* et du *sirop* de quinquina, mais leur est bien supérieur en efficacité.

Le procédé **Laroche** consiste à ÉPUISER, par une série de véhicules variés et un outillage spécial, la *totalité* des nombreux principes contenus dans les trois meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), principes essentiels qui se complètent l'un par l'autre, et qui manquent presque toujours dans les préparations ordinaires de quinquina.

Combiné au fer le *Quina Laroche* **FERRUGINEUX** offre une préparation aussi *complète* que possible, pour tous les cas où le *quinquina* et le **Fer** sont jugés utiles.

PARIS, 22 et 15, rue Drouot, et dans toutes les pharmacies françaises et étrangères du monde.

Laroche

DIGITALINE CRISTALLISÉE

PRINCIPE PUR, DÉFINI DE LA DIGITALE

Découvert par A. NATIVELLE, Pharmacien

Prix Orfila de 6,000 francs

Décerné par l'ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 19 mars 1872

Se prescrit en **Granules** et en **Sirop**. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — Dans toutes les pharmacies. — Détail : rue Coquillière, 25. — Gros : rue de la Perle, 11.

VIN DE CHASSAING

A LA PEPSINE et A LA DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 mars 1864.

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui n'a d'action que sur les aliments azotés, à son auxiliaire naturel la Diastase, qui transforme en Glycose les aliments féculents et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats

contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES	MAUX D'ESTOMAC
LIENTERIE, DIARRHÉE	DYSPEPSIES, GASTRALGIES
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES	CONVALESCENCES LENTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION	PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES...

Paris, 2, rue de la Coutellerie (ci-devant, 2, avenue Victoria), et la plupart des Pharmacies

VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE

de Ad. CARPENTIER, pharmacien, à Paris

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. Le flacon, 3 fr. 61, Boulevard Malesherbes et toutes les pharmacies.

N° 41. — JEUDI 8 AVRIL 1875. 48e ANNÉE. JEUDI 8 AVRIL 1875. — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Au commencement de la séance, le président a annoncé à l'Académie la mort de M. Roche, l'un de ses plus anciens membres, et M. Bouillaud a donné lecture, d'une voix sensiblement émue, du discours qu'il avait prononcé la veille aux obsèques de son regretté collègue. Personne n'ignore que M. Roche, que son grand âge et ses infirmités tenaient depuis longtemps éloigné de l'Académie, avait été pendant plus de quarante ans un de ses membres les plus assidus et les plus actifs. M. Roche a rempli pendant de longues années les fonctions de secrétaire annuel avec un zèle que les anciens de l'Académie et de la galerie n'ont pas oublié. Ce qu'on a dû moins oublier encore, bien que ce soit presque déjà de l'histoire, c'est la part considérable que M. Roche avait prise à la réforme médicale et à la propagation de la doctrine de Broussais, par ses nombreuses publications et surtout par ces fameux éléments de pathologie médico-chirurgicales rédigés avec la collaboration de son ami le professeur Sanson, qui ont été, pendant un assez grand nombre d'années, le guide et le *vade mecum* de toute une génération de praticiens. Ce qu'il importe de moins oublier encore, ce sont les excellents articles que M. Roche, revenu alors de ses premières illusions et de son enthousiasme juvénile pour la doctrine de l'irritation, a rédigés depuis, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, ainsi qu'un grand nombre de communications ou d'articles de journaux, dans lesquels on trouve l'empreinte d'un bon esprit pratique et la marque d'un véritable talent de discussion; c'est surtout la sincérité, l'honnêteté de ses convictions et la droiture de sa vie. La mémoire de Roche mérite de rester parmi celles qui honorent notre profession. On ne peut que s'unir à cet égard aux éloges que lui a décernés M. Bouillaud.

Après le panégyrique des morts l'avénement des vivants. La lecture du discours de M. Bouillaud a été suivie de scrutin pour l'élection d'un membre dans la section de pathologie chirurgicale. M. Maurice Perrin, dont tout le monde connaît les travaux et les titres, à tous égards si recommandables, a été élu à une très-grande majorité.

La suite de la séance a été consacrée à entendre des lectures de correspondants ou d'aspirants au titre. M. Simonin (de Nancy) a exposé en quelques conclusions les résultats de ses recherches sur l'influence de l'éthérisme sur la température. M. le docteur Burdel, médecin en chef de l'hôpital de Vierzon, a communiqué une observation très-curieuse de névrose cardiaque pernicieuse tellurique qui se rattache à un groupe de faits pratiques d'une très-grande importance, que l'on observe particulièrement sur le théâtre où exerce M. Burdel, mais qu'il est bon, croyons-nous, de ne perdre de vue nulle part, même dans les contrées les moins palustres, où des faits de ce genre pourraient bien causer parfois de très-désagréables surprises. Enfin M. Azam (de Bordeaux) a clos la séance par la lecture d'une note sur une cause particulière de persistance de l'étranglement dans certaines hernies après la réduction.

On trouvera un résumé de ces diverses communications dans le compte rendu de la séance.

Dr Broghin.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES.

M. de Saint-Germain

Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants (1).

(Recueillies par MM. Chenet et Tapret, internes du service.)

DE LA LARYNGOTOMIE

Le moment est venu de donner à chacun de vos aides la distribution de son rôle : les bras et les jambes peuvent être immobilisés par le même individu qui, à genoux, au bout de la table, ou assis sur une chaise, se penche sur le petit malade de façon que sa figure repose presque au niveau de son bassin, lui saisit fortement les mains étendues dans les siennes et enveloppe pour ainsi dire en la comprimant, toute la partie inférieure, du corps de l'enfant. J'ai pu, dans quelques circonstances où les aides me faisaient défaut, confier ce rôle au père de l'enfant qui, dans cette situation, ne pouvait voir ce qui se passait, et ne pouvait, par suite, être impressionné par la vue du sang et les péripéties de l'opération. Votre aide principal, en général, le médecin qui vous a appelé ou le confrère dont vous avez sollicité l'assistance, se charge de la tête, et pour le bien convaincre du degré d'extension qu'il devra lui donner, je vous conseille de faire pour ainsi dire une répétition de l'opération en plaçant le coussin dur derrière les épaules du patient, et de vous assurer ainsi que la position

(1) Suite. — Voir les numeros des 10, 17 décembre 1874, 11, 23 mars et 6 avril 1875.

respective des aides est parfaitement réglée. Vous voyez que deux aides peuvent suffire.

Voici le moment de votre intervention arrivé. L'enfant étant tenu immobile dans la position que nous venons de décrire, vous prenez vos points de repère et vous marquez avec l'ongle ou avec un crayon la limite inférieure du cartilage thyroïde. Ce signe n'est qu'un jalon; ce n'est pas à ce point précis que vous enfoncerez peut-être votre bistouri, mais il est précieux en ce sens qu'il vous donne le niveau de votre incision et vous empêche de faire un écart par trop considérable. Cela fait, vous saisissez *fortement*, entendez-vous bien, le larynx de l'enfant entre le pouce, d'une part, l'index et le médius de la main gauche, d'autre part; non pas par un mouvement de pincement et d'écrasement, mais comme si vous vouliez l'énucléer, pour ainsi dire, le faire saillir en avant en cherchant à faire rejoindre le bout de vos doigts en arrière de lui. De cette façon vous amenez le larynx et la trachée au-devant de votre bistouri et vous évitez l'aplatissement de la trachée qui aurait lieu infailliblement, si vous vous borniez à le fixer par une pression directe. Vous remarquez alors, au niveau du point que vous avez tracé, une dépression transversale, un pli rentrant de la peau que vous avez ainsi fortement tendue. Ce pli correspond exactement à la membrane crico-thyroïdienne. Essayez cette manœuvre comme je l'ai faite sur une quantité considérable d'enfants, et vous verrez combien est précieux ce point de repère.

M. Hillairet, dans un travail remarquable, s'est élevé contre cette fixation absolue du larynx, en assurant qu'elle pouvait déterminer une asphyxie immédiate. Si cette manœuvre est bien faite, telle que je la comprends, telle que je vous l'ai décrite, je crois pouvoir vous affirmer que vous n'augmentez pas la difficulté de la respiration; car le diamètre du canal aérien n'a pas changé.

Voilà donc le lieu d'élection pour votre ponction. Votre bistouri est tenu comme une plume à écrire, fortement serré entre les doigts, le médius solidement appuyé sur la face de lame qui vous est opposée, limite absolument la longueur de cette lame à 1 centimètre $\frac{1}{4}$ comme le ferait un curseur. C'est ainsi que j'ai l'habitude de tenir mon bistouri. Les expériences que j'ai faites sur le cadavre me donnent la conviction intime que, dans aucun cas, il ne me serait possible avec une telle longueur de lame d'aller toucher la paroi postérieure de la trachée, à plus forte raison l'œsophage. On pourrait à la rigueur enrouler ou du diachylon ou du ruban de fil autour de la lame, de façon à limiter la longueur du tranchant; mais, à mon avis, aucun moyen ne vaut le curseur intelligent formé par le médius. Enfoncez alors votre bistouri perpendiculairement, au milieu de la dépression dont je vous parlais à l'instant. A un moment donné vous sentez, et cette sensation ne me manque jamais, maintenant que l'habitude et l'expérience me permettent d'analyser mes sensations, vous sentez, dis-je, une résistance vaincue : vous avez perforé la membrane crico-thyroïdienne. Gardez-vous alors de faire ce que je faisais au début, de sectionner par pression le cricoïde et les premiers anneaux de la trachée, ainsi que tous les tissus qui les recouvrent, y compris la peau. Vous feriez une mauvaise besogne ; le point vaut bien la peine d'être mis en lumière.

Je procédais de cette façon en sectionnant par pression, et quelques succès obtenus me permettaient de croire à une bonne pratique, quand j'eus l'occasion de faire, dans le service de M. Roger, une trachéotomie qui me fit faire un retour sur moi-même. L'opération fut pratiquée d'un seul coup, mais j'eus une peine énorme à placer la canule, qui semblait trop courte. L'enfant mourut quelques jours après, et je trouvai à l'autopsie une énorme disproportion entre la plaie cutanée de 2 centimètres $\frac{1}{2}$ et la plaie trachéale qui comprenait le cricoïde et cinq anneaux de la trachée, ce qui expliquait, par parenthèse, la difficulté d'introduction de la canule et de son maintien. Lorsque vous sectionnez par pression vous avez à vaincre deux résistances absolument inégales : celle de la peau et celle de la trachée. La trachée n'étant pas élastique dans ce sens, se laisse facilement sectionner. La peau, très-élastique au contraire, fuit devant le bistouri et ne se trouve divisée que dans une étendue moins considérable. C'est, du reste, une expérience que j'ai faite et que vous pouvez facilement répéter à l'aide d'une trachée de poulet recouverte d'un tube de caouchouc.

Gardez-vous donc de sectionner par pression, mais bien en sciant, et cela avec une certaine lenteur, jusqu'à ce que vous ayez coupé le cricoïde et deux anneaux de la trachée; ce qui correspond à peu près à une plaie cutanée de 2 centimètres; puis vous retirez votre bistouri obliquement, de façon à étendre quelque peu l'incision de la peau et à la faire descendre plus bas que la plaie trachéale. A peine votre bistouri est-il retiré que le bruit caractéristique se produit, une bouffée d'air expiré s'échappe avec une pluie de sang et vous indique que vous avez pénétré dans la trachée. Si ce phénomène ne se produit pas, il faut, sans cesser la fixation du larynx, réintroduire le bistouri an fond du sillon que l'on vient de tracer pour compléter l'ouverture trachéale.

Cet inconvénient est assez rare pour que sur vingt-cinq trachéotomies pratiquées, comme je viens de le dire, dans quatre cas seulement j'ai été obligé de m'y reprendre à deux fois. La trachée est ouverte; vous confiez le bistouri à un aide, et vous saisissez le dilatateur que vous avez prudemment serré, ne l'oubliez pas, dans la poche droite de votre gilet.

Un mot au sujet du choix de cet instrument. Bien que je n'attache pas une énorme importance à l'adjonction d'une troisième branche au dilatateur ordinaire, je crois qu'elle est loin de nuire : aussi est-ce le dilatateur de Laborde que j'ai adopté, en le modifiant quelque peu, c'est-à-dire en allongeant les branches de 2 centimètres au moins et en les amincissant à leur extrémité. Le dilatateur à trois branches n'a pas besoin de point d'arrêt, mais je ne sais pas pourquoi on n'a pas adapté au dilatateur à deux branches une crémaillère qui limite son écartement et qui permette de le laisser en place en attendant l'introduction de la canule.

Pour introduire le dilatateur, il faut le saisir par le milieu, de façon à n'exercer aucune pression sur les branches et le diriger en se guidant sur le doigt indicateur gauche, placé à la limite supérieure de la plaie. Cela fait, on lui fait subir un changement de direction qui coïncide avec un changement d'attitude du malade, c'est-à-dire que le malade est relevé sur son lit, et le corps du dilatateur tenu perpendiculairement à la plaie qu'on vient de pratiquer, et introduit aussi profondément que possible. Cela fait, vous pouvez prendre votre temps et laisser respirer votre malade. La trachéotomie est faite, et il n'y a plus, pour la parachever, qu'à introduire la canule. Il est indispensable, pour ce dernier temps, de ne se pas presser, faute dans laquelle on tombe toujours. De là des accidents fâcheux, tels que la difficulté d'introduction, le décollement de la trachée et surtout l'application de la canule en dehors de l'arbre respiratoire.

Faisons justice du procédé qui consiste à se passer de dilatateur, et à introduire la canule sur le doigt index de la main gauche, à la façon d'un bouton dans une boutonnière. Ce moyen, préconisé par quelques médecins habiles, exige une

grande habitude de ce tour de main, et encore suis-je convaincu qu'il est susceptible d'échouer souvent. Aussi le condamné-je d'une manière absolue. Je proscris également, pour les cas ordinaires, le procédé de Guersant, qui consiste à introduire la canule sur une sonde conductrice. A moins d'être parfaitement sûr d'avoir introduit la sonde dans la trachée, ce qui n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le croire, à moins de pousser l'algalie jusqu'à la bifurcation de la trachée, on s'expose, en se guidant sur un conducteur, dévoyé lui-même, à placer la canule à côté. On a de plus, pendant tous ces tâtonnements, la canule obturée par la sonde, et des accidents mortels arrivent vite en pareil cas.

Voici la manière dont a été réglée l'introduction de la canule par mes internes. A l'Enfant-Jésus on se sert exclusivement du dilatateur à deux branches. Nous rappelons qu'au point où nous avons laissé la trachéotomie, le dilatateur est tenu perpendiculairement à la trachée. L'opérateur baisse la main droite de manière à donner aux branches une légère inclinaison qui doit varier avec la courbure du dilatateur. Il faut que toujours la portion du dilatateur introduite dans la plaie fasse avec l'axe de la trachée un angle de 60 à 70 degrés à sinus supérieur. De cette façon la partie la plus dilatée de la trachée correspond directement à la plaie, ce qui facilite singulièrement l'introduction de la canule et le retrait du dilatateur. La canule, toute garnie de rubans de fil et de taffetas ciré, est présentée par l'opérateur couchée horizontalement sur les branches du dilatateur, de façon que l'orifice inférieur soit dirigé directement en arrière. Cette canule est ainsi poussée horizontalement jusqu'à ce qu'elle rencontre un obstacle qui est la paroi postérieure de la trachée; alors, par un véritable demi-tour de maître, l'orifice inférieur est porté en bas, et la canule glisse naturellement dans la trachée. L'expulsion d'air, de fausses membranes, de sang par l'orifice externe de la canule vous avertira que vous êtes bien dans la trachée. Retirez alors votre dilatateur; si vous vous êtes servi du dilatateur à deux branches, introduit comme nous l'avons vu, vous n'éprouverez aucune difficulté; je me sers habituellement du dilatateur à trois branches qui me permet un écartement considérable des mors.

Dès que ma canule est en place, elle se trouve naturellement placée au centre des trois branches. Je ne puis, par conséquent, dégager mon instrument qu'en divulsant légèrement la plaie, de façon à empêcher la constriction de la canule et ramenant en même temps le corps de l'instrument au parallélisme sternal. L'un et l'autre procédé sont bons. Vous choisirez celui que vous voudrez. Aussitôt la canule en place et le dilatateur retiré, vous appuyez le pouce et l'index droit sur le pavillon de la canule, et vous faites passer le ruban de fil à l'aide qui était chargé de la contention de la tête. Il fait une rosette assez serrée pour que la canule ne puisse pas s'échapper; et vous vous occupez aussitôt de la toilette sommaire de votre opéré. Ne vous inquiétez pas trop du filet de sang qui s'échappe au-dessous de la canule; épongez-le de temps à autre et enlevez par la même occasion le sang qui a pu souiller les régions avoisinantes. Ne commettez pas à ce moment la faute de tous les novices qui, dans la joie d'en avoir terminé, font immédiatement venir les parents, qu'on avait éloignés à dessein durant l'opération. Ils arrivent en pleine toilette, voient leur enfant couvert de sang, et ce spectacle est encore la cause d'émotions pénibles qu'il faut leur éviter; ne rappelez-pas les parents avant que toute trace de désordre ait disparu.

Je vous conseille, lorsque le sang continue à sourdre sous la canule, d'interposer entre la plaie et le pavillon de celle-ci, une lamelle d'amadou, qui arrête le plus souvent l'hémorrhagie. Si elle persiste, ce qui tient presque toujours à l'insuffisance de la respiration, enlevez votre canule et remplacez-la par un autre, d'un diamètre plus considérable : elle aura le double avantage de comprimer légèrement les bords de la plaie et de permettre l'entrée plus abondante d'air. Si malgré cette précaution, la respiration s'établit mal, excitez directement la face interne de la trachée afin de provoquer la toux.

Le suintement arrêté, l'enfant débarbouillé, placez au devant de la plaie une mousseline claire en forme de cravate, dont le plein répondra à la partie antérieure du cou, et dont les deux chefs iront se croiser et se fixer sur la nuque.

Voici le but de cette cravate : Dans les conditions normales de la respiration, l'air en traversant les fosses nasales s'échauffe et se charge d'humidité; il faut, autant que possible, mettre notre opéré dans les conditions qui se rapprochent le plus de l'état normal. La cravate de mousseline a pour effet de maintenir au niveau de la canule une couche d'air à une température constante et légèrement chargée de vapeur d'eau. Ce soin perd beaucoup de son importance, si l'on maintient dans la chambre du malade une température constante et un air saturé de vapeur d'eau au moyen d'un vase rempli d'eau bouillante.

(A suivre.)

CLINIQUE DE L'ÉTRANGER

Considérations sur la scarlatine épidémique.

(Leçon clinique, par le professeur William Moore (de Dublin).

Depuis le mois de septembre dernier, une épidémie de scarlatine règne à Dublin. Cette leçon de M. W. Moore, ayant un caractère essentiellement pratique nous paraît digne d'un véritable intérêt. Nous allons essayer d'en donner un résumé succinct, d'après l'*Irish. hosp. Gazette.*

« Fatale surtout pendant les mois de septembre, octobre, novembre et décembre, l'épidémie paraît en décroissance depuis le mois de janvier. Il faut pourtant s'attendre à une recrudescence en mars. C'est, de toute l'année, le mois le plus fatal pour le développement de la scarlatine.

Les formes simples de la maladie sont bien connues, et il n'y a rien de particulier à noter sur leur traitement. Il en est tout autrement des deux formes graves appelées : 1° forme angineuse ; 2° forme maligne.

Observation de scarlatine à forme angineuse. — Marguerite B..., âgée de douze ans, fut prise, le 18 novembre dernier, de céphalalgie avec douleurs lombaires, suffusion conjonctivale, angine, et admise le 19 à l'hôpital de sir Patrick Dun. L'éruption, datant de la veille, couvrait la face, le cou, les bras, et avait une couleur pourpre sombre. Rougeur et gonflement du cou. Langue très-saburrale. P. 160. T. 105°2 Fahrenh. [40°6 centig.].

2e jour après son admission. — Délire durant la nuit. Respiration saccadée. Déglutition difficile, suffusion oculaire plus marquée, dents fuligineuses. *Inhalations continuelles d'eau chaude*, chlorate de potasse, 5 grains trois fois par jour. — P. 130. T. 104°7 Fahrenh. [40°3 centig.] le matin.

3e jour. — Délire et vomissements durant la nuit. L'éruption avait envahi tout le corps et pris une teinte livide. Langue rouge et sèche, pupilles dilatées. P. 150. T. 165° Fahrenh. [40°9 centigr.]. — Inhalations continues de chlorate de potasse.

4e jour. — Délire très-violent. P. 140. T. 105° Fahrenh. [39°4 centigrades]. — Éruption toujours livide. Bromure de potassium, 8 grains.

5e jour. — Délire violent durant la nuit précédente. Refuse obstiné-

ment de montrer sa langue. Aux extrémités supérieures, l'éruption diminue quelque peu, et la couleur livide disparaît. P. 120. T. 102°6 Fahrenh. [39°2 centigr.]. Bromure de potassium.

6e jour. — A bien dormi. Langue brune et sèche. L'éruption disparaît, mais la parotide gauche est fortement tuméfiée. P. 140. T. 140°6 Fahrenh. [40°1 centigr.].

7e jour (25 novembre). — Bon sommeil, pas de délire. Tuméfaction considérable des glandes parotides et sous-maxillaires ; se plaint de douleurs dans les os et les glandes salivaires. Cou fortement gonflé, écoulement sanieux par le nez. P. 136. T. 102°3 Fahrenh. [39° centigrades].

8e jour.—A bien dormi. *Subdelirium*. P. 150. T., matin, 102°8 Fah. [39°3 centigr.]. T., soir, 104°1 Fahrenh. [40° centig.]. — Une once d'eau-de-vie dans du lait en vingt-quatre heures. Bouillon (*beef tea*), *ad libitum.*

9e jour.—Délire passif durant la nuit. P. 128. T., soir ,185°1 Fahr. [40°6 centigr.]. — Continuer le traitement général.

10e jour. — Augmenter d'une once la quantité d'eau-de-vie avec 10 gouttes de sirop d'iodure de fer.

Même traitement les jours suivants.

Abcès de la glande sous-maxillaire, ouvert le 5 décembre par M. Bennett, continuation du traitement. A partir du 11 décembre, la température ne s'éleva pas au-delà de 98° Fahrenh. [37°1 centigr.]. Elle sortit de l'hôpital le 19, complétement guérie.

En analysant chaque symptôme présenté par cette malade, on peut faire les remarques suivantes :

Dès vingt-quatre heures après le début du mal, la température dépassa 105° Fahrenh. [40°5 centigr.] C'était là un indice non trompeur d'une affection fébrile extrêmement grave. Cette élévation subite et persistante du pouls et de la température du pouls est la caractéristique d'un grand nombre de cas obscurs de scarlatine. L'éruption peut se faire mal, manquer même presque complétement. Quand le pouls et la température présentent des phénomènes comparables à ceux qui ont été notés chez cette jeune fille, on est presque certain, surtout en temps d'épidémie, d'avoir affaire à la scarlatine.

Dans la fièvre typhoïde, on ne trouve point, dans les vingt-quatre premières heures, une élévation thermique semblable. Dans cette maladie, même à la fin de la première semaine, une température de 40°5 est d'un fâcheux présage. Le typhus exanthématique n'amène point cette température avant le cinquième ou le sixième jour. Encore est-ce dans les mauvais cas.

La *présence de fuliginosités sur les dents dès les premiers jours* est également d'un fâcheux pronostic. Le pouls, la température, les dents fuligineuses, tout annonçait un cas de la pire espèce.

L'arrivée du délire au milieu d'un tel ensemble symptomatique n'est pas surprenante et n'aurait pu acquérir de valeur que par les caractères particuliers de ce symptôme. Ce fut un délire actif, comme pouvait le faire prévoir l'état physique de la malade. Il dura jusqu'au quatrième jour. Il existe une autre forme de délire beaucoup plus grave dans la scarlatine ; elle sera étudiée à la suite d'une seconde observation.

Quelle serait la signification d'un délire actif ou passif quarante-huit heures après le début du typhus ou de la fièvre entérique ?

Le plus souvent, au moment de la défervescence de la fièvre, le délire fait, dans ces cas, place au coma, et le malade est emporté, quoi qu'on ait pu faire.

Pourquoi n'a-t-on pas combattu ce symptôme chez la jeune fille en question? Parce qu'elle était atteinte d'une fièvre de courte durée. Nous savons que, dans la scarlatine, le pouls, la température baissent vers le cinquième jour. Si la fièvre eût dû persister quatorze ou quinze jours avec les caractères du début, le traitement eût été tout différent.

Vers le huitième jour, le délire reparut, mais alors il avait une origine particulière. Les amygdales étaient très-gonflées, les ganglions lymphatiques du cou pris, la température s'abaissait. On trouvait une tuméfaction notable des glandes parotides et sous-maxillaires. De plus, le délire était devenu passif. Il était causé, à n'en pas douter, par une suppuration étendue et profonde. Les toniques, eau de-vie, bouillon, etc., étaient donc indiqués. La guérison ne fut complète que quand la collection purulente de la glande sous-maxillaire eut été évacuée.

Les adénites cervicales sont fréquentes dans la scarlatine comme les complications du côté des glandes salivaires, elles réclament un traitement tonique très-énergique.

Observation de scarlatine maligne. — Kate D... fut prise, le 3 décembre dernier, d'un violent mal de tête avec angine, et apportée le 5, au matin, à l'hôpital. Trois autres membres de sa famille avaient été atteints de scarlatine et étaient morts dans leur domicile. A son entrée, elle se plaignait seulement de céphalalgie, de soif violente. Délire adynamique, pas de tuméfaction des amygdales, agitation, quelques mouvements convulsifs des lèvres au niveau des angles de la bouche, face cyanosée, répondait à peine aux questions et ne pouvait tirer que difficilement sa langue, qui était sèche et noire. Dents et lèvres fuligineuses, diarrhée. P. 140. T. 101°9 Fahrenh. [38°9 centigrades]. — Vin.

6 décembre. — Aggravation de tous les symptômes. Délire à intervalles irréguliers pendant la nuit. Éruption de couleur livide sur les extrémités inférieures. P. 150. T. 96°6 Fahrenh. [35°8 centigr.]. — Donner 5 minimes de teinture de teinture de perchlorure de fer trois fois par heure. Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.— Lait et riz au lait.

7 décembre. — Délire toute la nuit précédente. P. 130. T. 100°2 Fahrenh. 37°8 centigr.]. — Potion avec 20 grains de chloral. Vin et eau-de-vie. Continuer comme auparavant.

8 décembre. — P. 100. T. 98°3 Fahrenh. [37°3 centigr.]. — Continuer le fer et l'eau-de-vie. Remplacer le chloral par 20 grains de bromure de potassium.

9 décembre. — A dormi plus tranquillement. Vomissements. P. 90. T. 97° Fahrenh. [36°1 centigr.]. — Même traitement.

10 décembre. — Amélioration notable. Laisse l'hôpital le 15, guérie.

Cette observation offre un type parfait de scarlatine maligne.

Le *délire* a eu, dès le début, le caractère asthénique. C'est pour cela que cette jeune fille a été soumise à un traitement stimulant.

Les *convulsions* n'existaient point dans le dernier cas. Elles ont été incomplètes et se sont manifestées seulement dans les muscles de la face et aux angles de la bouche.

Dans la scarlatine, ce symptôme est extrêmement grave. Cependant les convulsions du début n'ont pas une valeur pronostique aussi terrible que celles qui surviennent plus tard, lorsque l'anasarque et l'urémie existent chez le malade.

Dans la scarlatine maligne, la meilleure médication à suivre est une médication stimulante : l'alcool et le fer rendent d'excellents services.

Une autre complication sérieuse, mais heureusement rare, est la *glossite*. En voici un exemple.

Un jeune homme de dix-huit ans vint trouver M. W. Moore. Il se plaignait de frissons, de vertiges et de douleurs profondes.

Un examen attentif montra une éruption scarlatineuse sur les extrémités inférieures. Les huit premiers jours, il n'y eut rien de particulier. Le huitième jour, les glandes maxillaires se tuméfièrent, et

la langue devint rouge. Le lendemain, la langue était fortement augmentée de volume, sortie au dehors de la bouche, qu'il ne pouvait fermer. Déglutition et phonation impossibles. Un peu de délire pendant la nuit. Incision sur le dos de la langue. — Gargarisme et traitement ordinaire. Succès complet. »

DU TRAITEMENT DES HYPOTROPHIES ET DES ATROPHIES (1).

Par le docteur E. Dally.

Conclusions. — Il importe, dans la pratique, de distinguer tout d'abord les troubles trophiques et spécialement les hypotrophies qui dépendent d'une altération primitive aiguë ou chronique des centres nerveux, et, d'autre part, ceux qui ont leur point de départ dans la lésion directe et primitive des organes périphériques.— Les premières sont généralement incurables. Mais elles peuvent s'atténuer de beaucoup quand leur siége est primitivement cérébral, ou quand elles affectent, dans la moelle, une marche aiguë qu'il est possible de modifier, surtout à une époque rapprochée du début des accidents. — Les hypotrophies d'origine périphérique, traumatiques, rhumatismales, professionnelles, anémiques, etc., sont, au contraire, très-généralement curables. — Dans le traitement des hypotrophies, les agents physiques, manipulations, calorique, électricité, peuvent être appliquées avec succès toutes les fois qu'ils atteignent les lésions primitives. Ils agissent en créant des conditions locales de milieu favorables aux actes intimes de la nutrition, et non en provoquant artificiellement les nerfs spéciaux qui mettent en jeu les appareils de la circulation ou des sécrétions. Cette dernière action, si elle est réelle, s'épuise rapidement et reste stérile. — Les agents chimiques paraissent n'avoir d'autre action que de modifier favorablement les digestions quand il y a lieu. — Les agents biologiques, la cinésie, la gymnastique déterminent, quand il se peut, les synergies fonctionnelles, spontanées (naturelles), le conflit de l'innervation et de la fonction propre des éléments qui semble nécessaire aux actes trophiques ou tout au moins les favorisent. — L'emploi systématique et combiné de ces différents agents donne au médecin une influence puissante pour la direction des fonctions nutritives.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 avril 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les tableaux et rapports sur les épidémies qui ont régné en 1874 dans les départements du Pas-de-Calais, du Gard et dans l'arrondissement du Puy (Haute-Loire).

2° Le tableau négatif des épidémies dans le département des Ardennes pendant l'année 1874 (commission des épidémies).

3° Un mémoire de M. Couzinier, médecin à Auriac (Haute-Garonne), sur la vaccine (commission de vaccine).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté adressé par M. Coirre, pharmacien à Paris (accepté).

2° Un mémoire de M. le docteur Guttin, inspecteur général de la Société protectrice de l'enfance de Marseille, sur l'hygiène de l'enfance en bas âge (commission d'hygiène de l'enfance).

PRÉSENTATIONS

M. Béclard présente, de la part de M. Jourdanet, un ouvrage en deux volumes, intitulé : *La pression de l'air*.

M. Giraldès, au nom de M. le docteur Léon Gros, le septième rapport médical présenté au comité de l'administration de chemin de fer du Nord.

M. Béhier, au nom de M. le docteur Gallard, une brochure sur l'aphasie.

M. Gosselin, au nom de M. le docteur Lancereaux, la première partie d'un *Traité d'anatomie pathologique*.

M. Giraud-Teulon, au nom de M. le docteur Monoyer, une échelle spéciale pour la mesure de l'acuité visuelle.

M. le Président annonce la mort de M. Roche, membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

M. Bouillaud donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Roche.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale.

La liste de présentation portait :

En 1re ligne, M. Maurice Perrin ; — en 2e, M. Le Fort ; — en 3e, M. Panas ; — en 4e, M. Desormeaux ; — en 5e, M. Desprès.

Sur 70 votants, majorité 40.

M. Maurice Perrin obtient. . .	57	suffrages.
M. Le Fort.	12	—
M. Desormeaux.	8	—
M. Panas	1	—

Un billet blanc.

En conséquence, M. Perrin est proclamé élu.

M. Béclard, sur la demande de M. le docteur Poulet (de Lyon), donne lecture du contenu d'un pli cacheté déposé par ce médecin en 1874 et ayant trait à un appareil obstétrical auquel il donne le nom de sericeps.

LECTURES

Influence de l'éthérisation sur la température. — M. Simonin (de Nancy), correspondant de l'Académie, présente les conclusions de ses recherches sur les températures motivées, chez l'homme, par les diverses périodes de l'éthérisme produit par le chloroforme.

Voici ces conclusions :

1° Pendant la période de l'éthérisation, dite d'excitation, la température s'est accrue de 1 8/10 de degré.

2° Durant la période chirurgicale, la température s'est accrue encore, deux fois, de 1/10 de degré, mais généralement elle a présenté un recul qui a varié de 2 à 8/10 de degré.

3° Pendant la période de collapsus, l'abaissement de la température a été constatée de 9/10 de degré au-dessous du fastigium.

4° En considérant l'ensemble des manifestations, la température s'est élevée, pendant l'éthérisation, de 1 à 9/10 de degré au-dessus du point de départ.

5° En considérant l'ensemble des manifestations, la température a été trouvée, au-dessous du point de départ, de 1 degré 2/10, peut-être même de 1 4/10.

6° Au réveil, la température a été notée, parfois, semblable à la température du début ; parfois elle lui a été supérieure de 2 à 5/10 de degré ; parfois elle a été constatée inférieure, de 1 à 6/10 de degré, à la température du début.

7° Dans quelques cas, l'hémorrhagie a semblé donner l'explication de la température abaissée, parfois, en l'absence d'hémorrhagie, cette interprétation n'a pu être admise.

8° L'âge des opérés et leur sexe n'ont pas paru apporter de modifications dans les résultats signalés.

9° L'accroissement de la température pendant la période d'excitation et le commencement de la période chirurgicale ne paraît pas devoir être attribuée à une paralysie des nerfs vaso-moteurs.

10° La théorie d'une excitation spéciale et primitive des origines organiques nerveuses, par l'agent anesthésique paraît admissible.

Névrose pernicieuse par intoxication tellurique. — M. Burdel (de Vierzon) donne lecture de plusieurs observations sur une forme particulière de névrose pernicieuse par intoxication tellurique.

(1) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, G. Masson.

De cette série d'observations, M. Burdel a préféré lire la plus malheureuse, parce que c'est par elle, dit-il, qu'il est arrivé à diagnostiquer cette sorte de perniciosité, alors que rien ne fait prévoir un danger si grand.

Il s'agit d'une dame arrivée à sa sixième grossesse, et qui, quarante-huit heures avant l'acouchement, se trouve prise de malaises qu'elle attribue à l'accouchement qui se prépare. Le docteur Burdel, appelé quarante-huit heures avant l'accouchement, seulement parce qu'il passait près de chez cette dame qui désirait le prier de ne pas trop s'éloigner afin d'être près pour l'événement, allait se retirer, lorsqu'en touchant le pouls il soupçonnait tout de suite que quelque chose de grave se cachait et menaçait cette dame, qui persista à attribuer les malaises qu'elle éprouva à l'approche de l'accouchement. Le pouls était tellement fuyant qu'on avait peine à le compter; à l'auscultation le cœur faisait entendre un bruit continu impossible à démêler. Le docteur Burdel se retire inquiet, soucieux, ne pouvant croire que tous ces symptômes soient dus à la grossesse. L'accouchement se fit le lendemain, très-heureux ainsi que la délivrance, sans que le docteur Burdel pût y assister, et, lorsqu'il arriva, la malade le remerciait de ses soins devenus inutiles, lorsque, avant de prendre congé, il voulut vérifier si l'état du pouls était le même et si l'accouchement avait fait disparaître tous les symptômes. Il fut atterré en voyant le cœur et le pouls dans le même état, peut-être plus fuyant encore, car le pouls ressemblait à une corde vibrante, et le cœur était tumultueux.

M. Burdel prend à part le mari, lui fait part de ses inquiétudes, auxquelles il paraît ne vouloir croire, il passe la nuit chez cette dame à son insu. Il se préparait à administrer une forte dose de quinine, lorsque les vomissements et la diarrhée survinrent. Pris à l'improviste, il ne put pratiquer des injections hypodermiques de quinine, qui lui ont toujours été favorables dans des cas de perniciosité. Deux confrères de Paris, dont un membre de l'Académie, sont appelés avec lui; ces deux confrères sont effrayés des phénomènes qui se passent sous leurs yeux; ils n'osent porter aucun diagnostic, et la malade s'éteint sans qu'on ait pu lui porter secours ni donner un nom à cette terrible maladie. Le germe pernicieux que le docteur Burdel avait entrevu était-il bien cause de semblable désordre? C'eût été encore pour longtemps peut-être une énigme, si trois faits, dont l'un presque identique, ne se fussent révélés à lui. Dans ces trois observations, la quinine, administrée à haute dose par méthode endermique, triompha heureureusement de cette perniciosité.

La conclusion de ce travail, c'est qu'il existe une forme de névrose pernicieuse qui frappe spécialement les nerfs cardiaques et vaso-moteurs, et que cette forme de névrose, des plus difficiles à reconnaître, ne se manifeste pas sans rémission, ni périodicité, ni phases; elle frappe l'appareil du système nerveux, par lui, la circulation, la respiration, etc. Et si l'on n'y oppose une médication générale, vigoureuse, on voit la mort arriver avec une rapidité foudroyante. D'où la conclusion encore, que, dans un pays palustre, on ne saurait jamais, même dans le doute, s'abstenir de la quinine, tandis que l'on regrette toujours d'avoir hésité. (Renvoyé à la commission des correspondants nationaux.)

Une cause de persistance de l'étranglement herniaire après réduction. — M. AZAM (de Bordeaux) lit un travail sur une cause de la persistance de l'étranglement herniaire après la réduction.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Par le taxis ou par la réduction après opération, l'intestin peut être refoulé sous le péritoine décollé, ou en dedans d'une corde épiploïque.

2° Cet accident est mortel, car il est inaperçu, et l'étranglement continue sans que le chirurgien puisse la plupart du temps intervenir en temps utile.

3° La direction en arrière et en dedans que le chirurgien donne d'ordinaire à son effort est la cause de cette complication.

4° Pour l'éviter, l'opérateur doit opérer la réduction en se plaçant du côté opposé à celui de la tumeur, et doit diriger son effort en haut et en dehors, presque parallèlement à l'axe du corps. S'il y a eu opération, il ne doit pas négliger de faire maintenir le sac à l'extérieur pour éviter les plicatures transversales du collet. (Renvoyé à la commission des correspondants.)

A cinq heures moins le quart, l'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

VARIÉTÉS

Progrès de la médecine, surtout en ce qui concerne les maladies infectieuses.

Discours prononcé par R. WIRCHOW (Berlin).

Après avoir fait remarquer que la séparation des praticiens en deux classes — chirurgiens et médecins — qui régnait au moyen âge et existe encore dans une certaine mesure en Angleterre, a disparu aujourd'hui de l'Allemagne, où la médecine est étudiée dans son universalité, l'auteur, dans un discours prononcé à la célébration du 80e anniversaire de l'Institution médicale militaire de Berlin, discute la nature des maladies auxquelles sont exposées les armées en campagne. Ces maladies sont par lui divisées en deux grands groupes, savoir les affections indigènes et les affections exotiques. A la dernière catégorie appartiennent la peste, la variole et le choléra; à la première, le typhus fever, la dysentérie, la diphthérie, la fièvre chirurgicale, etc. Il montre que toutes ces maladies s'accompagnent du développement de bactéries et micrococci dans les tissus et dans le sang, et s'efforce de prouver qu'elles sont produites par une substance délétère que les bactéries et les micrococci sécrètent pendant leur formation et qui a une action spécifique sur l'économie.

Pour montrer les bienfaits de l'Institution médicale de l'armée prussienne, l'auteur dit que, tandis que dans la guerre de Crimée, les Français perdaient un homme sur trois (la statistique a prouvé que le total des morts s'est élevé à 95,615, dont 10,240 devant l'ennemi, environ le même nombre dans les hôpitaux, et le reste, c'est-à-dire plus de 75,000, à la suite de maladies pestilentielles). Dans la récente guerre franco-allemande, sur un ensemble de 913,367 hommes, la perte totale fut de 44,890. Sur ce nombre, 17,572 soldats tombèrent sur le champ de bataille; 10,710 moururent de leurs blessures dans les hôpitaux, et le reste, soit 12,253, succombèrent à la fièvre et autres maladies. Ces résultats favorables sont, d'après l'auteur, dus à trois causes : 1° à l'expérience acquise durant les deux courtes guerres précédentes; 2° aux précédents rapports publiés par le département médical de l'armée américaine, et 3° à la science allemande!! — *Et nunc erudimini.* — Dr D. G.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 avril 1875, M. Burot, médecin aide-major au 1er régiment d'infanterie de marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La nomenclature des noms de rues de Paris vient d'être encore retouchée. Parmi les nouveaux noms, nous relevons ceux de plusieurs célébrités médicales ou scientifiques.

C'est ainsi que s'appelleront : l'impasse Montparnasse, Robiquet (le chimiste); — la rue latérale au réservoir de Monceaux, Pelouze (le chimiste); — la rue Sainte-Anne à Bercy, Morse, le célèbre inventeur d'un appareil télégraphique; — la rue du Chemin de fer, Lacaze, notre célèbre confrère, dont la riche collection de tableaux a été par lui léguée au Louvre; — la rue du Port-Saint-Ouen, Pouchet, le naturaliste.

A Montmartre, des rues nouvelles prendront les noms de Lamarck, le naturaliste, et de Becquerel, le physicien. N'est-il pas regrettable que le nom de Lamarck soit relégué si loin du Jardin des plantes, théâtre de ses travaux?

Le long du cimetière du Père-Lachaise, nous trouvons la rue Lisfranc. Est-ce une épigramme? — Orfila donne son nom à la rue des Hautes-Gatines. La rue Magenta prend le nom de l'illustre Boyer.

Enfin Bretonneau et Bonnet ont aujourd'hui leurs rues ; mais s'agit-il bien de Bretonneau (de Tours) et de Bonnet (de Lyon) ?

— M. le docteur Vinson nous apprend que l'acclimatation du quinquina est résolue en fait à l'île de la Réunion. Deux fois déjà des écorces ont pu être expédiées en France. Les cinchonas plantés ont pu déjà fournir des fleurs et des graines. L'importance de ce fait ne saurait échapper à nos lecteurs.

— *Collége de France.* — M. le professeur Cl. Bernard reprendra son cours (expérimentation physiologique) le mardi, 14 avril, à dix heures et demie. Il le continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure.

— *Faculté de médecine.* — M. le professeur Sée reprendra, à l'hôpital de la Charité, vendredi, 9 avril, ses leçons de clinique médicale. Visite des malades : salles Saint-Charles et Sainte-Anne, à huit heures. Leçons à l'amphithéâtre les lundis, mercredis et vendredis, à neuf heures.

— *Faculté de médecine.* — M. le professeur Regnauld reprendra ses leçons le jeudi, 8 avril, à onze heures, et les continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure.

— *Hôpital des Enfants malades.* — M. le docteur Bouchut commencera son cours clinique sur les maladies des enfants le mardi, 13 avril, à huit heures, et le continuera tous les mardis.

— M. le docteur Meyer a repris ses leçons sur les maladies des yeux, le lundi 5 avril, à une heure, à la Clinique, rue de l'Ancienne-Comédie, n° 21, et les continuera les lundis et vendredis suivants.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 14 avril, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Rapports sur les candidatures de MM. Hamon et Le Coin. — 2° De l'utilité du service chirurgical à domicile, et des moyens de parvenir à son établissement dans les bureaux de bienfaisance, par M. H. Bergeron. — 3° Rapport du trésorier pour l'année 1874.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques des tissus et des organes du corps humain, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger. 2e édition entièrement refondue, par M. le docteur FORT, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 551 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Guérit-on la phthisie? par quels moyens? par le docteur Raoul LE ROY, médecin de la station thermale des Eaux-Bonnes. 1 vol. in-8° de 186 pages. Prix : 5 francs.— Paris, 1875, G. Masson.

Etudes sur Cauterets, ses environs, ses montagnes, ses sources et leurs applications médicales, par le docteur SÉNAC-LAGRANGE. — 1 vol. in 12 de VII-478 pages avec 3 gravures et 2 cartes. Prix : 5 francs. — Paris, 1875. G. Masson.

Notes et observations de médecine légale, par T. GALLARD, médecin de l'hôpital de la Pitié, secrétaire de la Société de la médecine légale, président de la Société de médecine de Paris. — Paris, 1875, grand in-8° de 128 pages. Prix : 3 fr. 50. — J. B. Baillière et fils.

Des paralysies bulbaires, thèse présentée au concours pour l'agrégation, par le docteur HALLOPEAU, ancien interne des hôpitaux. — Paris, 1875, in-8° de 152 pages avec une planche lithographiée. Prix : 3 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Du virus typhoïde et de son rôle dans les épidémies, par le docteur Félix VAN DEN SCHRIECK (de Hal). — Grand. in-8° de 52 pages. — Bruxelles, 1875, H. Manceaux.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

RAPPORT

SUR LE CONCOURS D'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE (SECTION DE MÉDECINE), PRÉSENTÉ AU MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE, PAR L'INSPECTEUR GÉNÉRAL, PRÉSIDENT DU JURY.

Monsieur le ministre,

J'ai déjà eu l'honneur de vous transmettre le jugement rendu par le jury du concours d'agrégation en médecine (section de médecine), ouvert devant la faculté de médecine de Paris, le 5 décembre 1874, et clos le 27 mars 1875. En vertu de ce jugement, MM. Dieulafoy, Grancher, Liouville, Lépine, Legroux, ont été promus au titre d'agrégé près la faculté de médecine de Paris, et MM. Grasset et Balestre au titre d'agrégé près la faculté de médecine de Montpellier.

Je ne considère pas ma tâche comme terminée, par cela que je vous ai transmis le résultat des opérations régulières du jury. Je dois, en outre, vous soumettre une appréciation générale du caractère et de la physionomie scientifique de cette longue suite d'épreuves. Le public médical attache à nos concours d'agrégation une importance extrême. Chaque épreuve est suivie avec une curiosité sincère et élevée par tous ceux qui s'intéressent au mouvement scientifique de notre temps. Ces concours donnent, en effet, la mesure de ce mouvement. Celui-ci est si rapide que, parfois, les mêmes questions reparaissent transformées d'un concours à l'autre. Les moyens d'analyse et d'observation se sont tellement multipliés ou perfectionnés que les connaissances fondamentales de la science et de l'art, celles mêmes qui résistent et se maintiennent à travers la mobilité incessante des questions secondaires, reçoivent, cependant, quelques reflets de ces nouveautés qui passent au-dessous d'elles, et en sont comme mieux éclairées et presque rajeunies. Les concours d'agrégation de médecine portent ainsi témoignage des progrès divers, accomplis au jour le jour ; ils mettent en lumière les faits récemment acquis, les théories élevées sur les débris d'anciennes théories; ils montrent aussi ce qui tombe à côté de ce qui s'élève; ils font publique justice des interprétations hâtives, acceptées un jour, abandonnées le lendemain ; ils établissent, en un mot, le bilan de nos acquisitions scientifiques, de celles que nous devons à notre propre travail, comme de celles qui nous viennent de l'étranger; et, sur le fond mobile de ces acquisitions, qui ne sont pas toutes destinées à durer, ils affirment, d'une façon plus ou moins consciente, nos grandes traditions médicales et le caractère immuable de vérité qu'elles doivent à la saine et pure observation d'où elles émanent.

Telle est l'attente que soulèvent ces luttes où sont en cause la plus difficile des sciences et le plus salutaire des arts. Or, je suis heureux de le dire, la faculté de médecine de Paris n'a pas assisté à un concours d'agrégation où aient été mis en lumière plus d'érudition vraie, plus de science acquise, une critique plus assurée, un discernement plus net des faits de saine observation, moins d'engouement pour les théories trop souvent éphémères mêlées aux faits observés.

Le concours débute par une composition, écrite sans le secours d'aucun livre, d'aucune note manuscrite, sur un sujet d'anatomie et de physiologie générales. Cette épreuve exige des connaissances étendues qui peuvent paraître un peu étrangères à un concours de pure pathologie. Mais l'anatomie et la physiologie générales dominent la médecine scientifique, et ont leur place obligée dans tout concours médical élevé. Cette année, le jury avait proposé aux candidats l'*anatomie et la physiologie générales du système lymphatique*. Il n'est pas de question que les études modernes aient plus renouvelée et agrandie. La foule des travaux écrits sur ce sujet depuis quelques années montre qu'il compte dans les plus vives préoccupations de la science actuelle. Les lectures publiques de ces compositions ont été suivies avec un intérêt qui ne s'est pas ralenti un instant. Toutes témoignaient d'une entente remarquable du sujet et d'une érudition achevée. Pas un travail de quelque valeur, publié en Allemagne ou en France, qui n'ait été cité et jugé avec une sûreté qui frappait tous les assistants. On accusait volontiers, il y a quelques années, la science française de ne pas dépasser ses propres horizons, et de demeurer ignorante de ce qu'elle ne produisait pas elle-même. De pareilles accusations ne sauraient être de mise aujourd'hui. Cette leçon, que le candidat écrit sans consulter aucun document, suffirait à prouver que ceux de nos jeunes médecins qui se vouent à la vie scientifique connaissent à fond les publications scientifiques étrangères, celles de l'Allemagne en particulier. Toutes les autres épreuves du concours ont fourni un pareil témoignage. La génération qui nous arrive est forte d'érudition contemporaine. Peut-être même prise-t-elle trop exclusivement cette érudition. Celle-ci, tout utile qu'elle est, ne doit pas faire oublier les enseignements d'un passé fécond.

Cette épreuve écrite, sur laquelle j'insiste, a montré, en outre, l'activité scientifique de nos laboratoires et l'importance des recherches poursuivies en France sur l'anatomie générale et histologique. Et même, à l'occasion du sujet spécial proposé aux candidats, nous avons vu s'élever une de ces discussions publiques qui témoignent hautement de cette activité. La plupart des candidats avaient adopté les opinions professées dans l'enseignement histologique du Collége de France. L'éminent professeur d'anatomie de notre faculté, qui, depuis longues années, poursuit de profondes études sur le système lymphatique, trouvant que les opinions ainsi émises sur les origines encore obscures des vaisseaux lymphatiques ne concordaient pas avec ce que ses propres recherches lui avaient démontré, a fait trois leçons sur ce point controversé, et ces leçons ont attiré dans le grand amphithéâtre de la Faculté un immense concours d'auditeurs. Ce sont là de nobles disputes, saines pour les esprits qu'elles passionnent et auxquels elles inspirent le culte désintéressé du vrai. Elles aboutiront, j'en suis convaincu, à la connaissance exacte des origines cachées du système lymphatique, et cette connaissance éclairera à son tour plus d'un point caché de physiologie et de pathologie.

La seconde épreuve du concours consiste en une leçon orale de trois quarts d'heure de durée, sur une question de pathologie interne, préparée, pendant trois heures, sans aucun secours ni de livres ni de notes; épreuve critique pour le candidat qui ne peut puiser que dans son propre fonds, et qui a, devant lui, le champ immense de la pathologie, sur lequel se presse la foule des questions qui peuvent lui être proposées comme sujet de leçon. La plupart des candidats ont fait preuve d'un savoir exact, et d'un sens médical juste et pratique; peu d'opinions systématiques et exclusives; peu d'entraînements vers ces théories inconsistantes qui séduisent trop de jeunes esprits; une réelle maturité de jugement : tels ont été les caractères de ces leçons orales.

Le jury a ensuite entendu, en séance privée, la lecture des rapports sur les titres scientifiques des candidats. Ces rapports ont mis en relief un grand nombre de travaux dignes d'attention, et dont plusieurs méritaient le titre de travaux originaux. Le jugement de ces titres antérieurs a certainement exercé une notable influence sur les décisions du jury. Ce n'est pas, en effet, chose indifférente que de rencontrer dans les luttes du concours un compétiteur qui a déjà su se faire un nom dans les recherches scientifiques, et qui, à côté de l'ensemble de connaissances dont témoignent les épreuves qu'il subit, peut placer une suite de recherches personnelles qui montrent tout ce que l'on peut attendre de lui dans l'avenir. Après la lecture de ces rapports, nous avons dû procéder à l'élimination réglementaire, et ne conserver qu'un nombre de candidats double de celui des places à donner. Nous n'avons eu heureusement à éliminer que deux candidats; le nombre des places d'agrégés mises au concours étant de neuf, nous avons conservé dix-huit candidats sur les vingt qui étaient inscrits.

Les épreuves définitives du concours ont dès lors commencé. Les premières consistent en une leçon publique d'une heure, après vingt-quatre heures de préparation libre sur un sujet attenant à la pathologie générale. Cette épreuve est difficile. L'abondance des matériaux recueillis par le candidat le gêne souvent, et fait que cette leçon laborieusement préparée, est souvent inférieure à celle que le candidat prépare rapidement et sans l'aide d'aucun document. Plusieurs compétiteurs ont su éviter ce danger, saisir les points essentiels de la question proposée, et les traiter avec méthode et clarté. Quelques-uns ont prouvé qu'ils possédaient déjà la plupart des qualités éminentes du professeur. Je citerai parmi ces leçons remarquables celle qui avait pour sujet « la mort dans les maladies du cœur ».

Les épreuves cliniques ont eu lieu à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital de la Pitié. Je ne ferai que confirmer un fait reconnu de tous en disant que ces épreuves ont montré toute la solidité acquise dans le diagnostic pratique des maladies par les fortes générations médicales qui sortent de l'internat de nos hôpitaux. Nulle école, en Europe, ne saurait fournir une pareille élite de médecins exercés, aussi assurés dans leurs explorations cliniques, sachant mieux lire dans ce livre obscur et mobile de la maladie, et remonter plus sûrement du symptôme à la lésion, et de là à l'affection qui domine et engendre le symptôme et la lésion.

La thèse imprimée forme la dernière épreuve du concours. Ces thèses sont lues avec empressement par le public médical, et leur discussion intéresse ou passionne un nombreux auditoire d'élèves et de médecins. Quelque attrait qu'offre l'argumentation publique, ce n'est pas elle qui détermine la valeur de cette épreuve ; c'est, avant tout, la valeur de la thèse elle-même. Les thèses du concours d'agrégation, quoique rapidement écrites, forment souvent des monographies importantes et qui sont longtemps consultées avec fruit. Leur sujet, choisi avec soin par le jury, porte ordinairement sur les points controversés de la science, ou modifiés par suite des progrès de l'analyse. Ces ouvrages reçoivent l'empreinte du moment scientifique où ils paraissent, et leur collection fournit un sujet de comparaison qui permet de bien juger l'évolution théorique et pratique de la science des maladies, et de la thérapeutique que cette science indique. Plusieurs des thèses du concours de 1875 compteront parmi les bons ouvrages de ce genre. Un grand nombre porte sur la pathologie du système nerveux. Il n'est pas de partie de la pathologie qui ait été plus profondément fouillée et modifiée que celle-là. Les études histologiques ont suscité toute une anatomo-pathologie inconnue qui permet, aujourd'hui, de rattacher à des lésions déterminées des centres nerveux une série de troubles et d'affections névrosiques, qui se confondaient dans la foule indistincte des manifestations nerveuses, dites sans matière. Les thèses dont je parle, marqueront ces progrès de la pathologie, dus, en grande partie, à des maîtres éminents de notre faculté ; je suis heureux d'avoir à les signaler ici.

D'autres thèses portent sur des sujets de thérapeutique générale. Elles témoignent des efforts tentés pour amener la thérapeutique à une précision nouvelle; mais elles montrent aussi à quel point la tradition domine dans toutes les questions d'art, et combien il importe de consulter et de comprendre les enseignements des anciens maîtres.

Les thèses d'agrégation, je le disais plus haut, forment souvent de véritables monographies. Pour être complètes, elles acquièrent un développement qui a été toujours croissant, de telle sorte que la plupart atteignent aujourd'hui au chiffre de 150 à 200 pages grand in-8°. Ce travail, accompli en douze jours, accable les candidats et garde nécessairement trace de cette composition précipitée. L'étranger juge de la valeur de nos concours d'agrégation sur ces thèses, le seul témoignage qui lui en arrive ; il importerait que ce témoignage traduisît tout ce que l'on peut attendre du savoir des compétiteurs engagés dans la lutte. Le jury a été frappé des inconvénients sérieux qui résultaient du court espace de temps accordé pour des travaux aussi étendus et souvent pleins de difficultés. Il a pensé qu'il serait possible de parer à ces inconvénients, en donnant le sujet des thèses dès le début des épreuves définitives du concours. Il y aurait à modifier, dans ce sens, le *Statut sur l'agrégation des facultés de* 1857. Je me fais l'interprète convaincu du vœu formulé par le jury, et j'appelle toute votre attention sur cette réforme aussi utile que facile à réaliser.

Vous voyez, monsieur le ministre, à quel niveau élevé s'est maintenu le concours d'agrégation en médecine. Les épreuves en portent sur toutes les parties de la science; de là la nécessité, pour les compétiteurs, de posséder une instruction solide et générale. Nos agrégés ne connaissent pas seulement tel ou tel point de la science, mais la science dans tous ses développements légitimes. Ce travail, en quelque sorte encyclopédique, semblerait devoir rendre plus rares et plus difficiles les recherches originales; la discussion des titres antérieurs a cependant montré que ces recherches n'étaient pas abandonnées, tant s'en faut. Mais alors même que, pendant quelques années, la préparation de ces concours absorberait le temps et les facultés de nos jeunes médecins, il y aurait à cela une large compensation dans l'étendue du savoir acquis, qui forme des médecins complets, connaissant mieux la portée des problèmes qu'ils étudient, sachant les rapports des points particuliers avec l'ensemble des choses.

Le corps d'agrégation de nos facultés de médecine, ainsi recruté, est sans rival en Europe. Pourquoi faut-il que je sois forcé d'ajouter qu'il n'en est pas dont les forces soient moins utilisées ? Nos agrégés ne concourent pas régulièrement à l'enseignement. Ils ne trouvent à employer leurs connaissances laborieusement acquises, et à développer leurs habitudes professorales, que lorsqu'ils sont appelés à remplacer pendant un semestre un professeur empêché de faire son cours. Et cependant l'enseignement à donner dans nos facultés est si vaste que ce ne serait certes pas trop que d'adjoindre les efforts des agrégés aux efforts des professeurs pour arriver à fournir un enseignement complet. La faculté de Paris tout entière a exprimé le désir de voir s'élargir dans ce sens libéral les fonctions attribuées aux agrégés. Pour réaliser une réforme si souhaitable, il faut d'abord tirer la Faculté de l'état de dénûment et de misère où elle se débat, et la doter d'une installation matérielle qui permette de multiplier les cours, les conférences, les exercices pratiques ; il faut, en outre, réformer les conditions faites à l'agrégation. Il faut que celle-ci devienne une fonction sinon permanente, du moins une fonction qui ne soit pas un passage rapide et bientôt oublié.

Nos agrégés n'entrent en exercice qu'après trois ans d'un stage inutile, et la durée de leur exercice ne dépasse pas six ans. Dans ces conditions, l'agrégé prend à peine racine dans la faculté à laquelle il est attaché. La suppression du stage serait une mesure accueillie avec une faveur marquée; elle donnerait à l'agrégé trois années d'exercice

de plus; elle lui permettrait de se faire mieux connaître et apprécier. Le concours auquel l'agrégé doit sa nomination est une garantie suffisante; celle du stage n'est pas seulement superflue, elle est offensante.

Je terminerai ce rapport, monsieur le ministre, par quelques réflexions sur la concentration à Paris des concours d'agrégation des deux facultés de médecine de province, Montpellier et Nancy. Cette mesure avait pour mobile le désir de voir se relever l'agrégation des facultés de province, soit en forçant les candidats de province à des efforts plus sérieux, soit en offrant aux nombreux candidats de Paris une situation d'agrégé à occuper en province, s'ils ne réussissaient pas à obtenir celle qu'ils ambitionnaient à Paris. On avait offert aux candidats un droit d'option qu'ils exerçaient en s'inscrivant; ils désignaient la faculté pour laquelle ils désiraient concourir.

Le comité consultatif de l'enseignement supérieur a pensé que ce droit d'option primait tout autre droit de classement, et que les candidats inscrits pour une faculté pouvaient seuls être nommés agrégés de cette faculté. Or un seul candidat s'était inscrit à la fois pour les trois facultés, deux s'étaient inscrits pour la faculté de Montpellier; un pour la faculté de Nancy; tous les autres pour la faculté de Paris. Celui qui s'était inscrit pour les trois facultés a été nommé à Paris; celui qui s'était inscrit pour Nancy, seulement, n'a pas été admis aux épreuves définitives. Les deux seuls candidats inscrits pour Montpellier ont chacun reçu le titre d'agrégé. Il en résulte que Nancy ne reçoit aucun agrégé du concours actuel; les deux places de Nancy resteront vacantes.

D'ailleurs il ne faut pas se faire illusion. Il est bien peu probable qu'aucun candidat, inscrit pour Paris, eût accepté une nomination pour les facultés de province. La situation faite aux agrégés est trop précaire, trop inférieure à ce qu'elle exige de savoir et de sacrifices, pour tenter, à elle seule, un candidat et lui faire abandonner le commencement de situation qu'il a pu se créer par son travail, par l'estime conquise dans le milieu où il a vécu. Il faudrait que l'agrégation en médecine devînt par elle-même une carrière, pour que des compétiteurs sérieux pussent accepter un déplacement qui ne se changeât pas pour eux en amères déceptions, en une ruine inévitable. Il en est ainsi de l'agrégation en droit; celle-ci est une carrière, et le recrutement se fait à Paris pour toute la province.

L'agrégation en médecine est un titre et un honneur; mais elle n'assure aucun avenir à celui qui n'aurait pas d'autre situation. Le médecin qui ambitionne le titre d'agrégé est forcé de se créer une carrière professionnelle en dehors de l'agrégation. Dans ces conditions, il n'y a pas à espérer que, centralisés à Paris, les concours d'agrégation entraînent en province quelques-uns des candidats inscrits pour Paris.

Cette centralisation, dans l'état actuel des choses, n'a donc qu'un effet, celui d'éloigner les candidats de province, en leur imposant des déplacements onéreux que, souvent, les plus méritants ne peuvent pas supporter. Si donc on prétend relever le niveau de l'agrégation en province, si, en présence de la création de deux facultés nouvelles, à Lyon et à Bordeaux, on se veut garantir contre l'abaissement possible du titre d'agrégé, il n'y a qu'une voie à suivre, celle de réorganiser l'agrégation en médecine, de manière à en faire une carrière rémunératrice, honorable et sûre; admettre l'agrégé à l'enseignement régulier, et lui créer une situation qui ne soit pas éphémère et aléatoire. J'appelle toute votre sollicitude, monsieur le ministre, sur cette question; il n'en est pas qui intéresse plus réellement l'avenir des facultés de médecine et l'honneur de notre haut enseignement.

Veuillez agréer, monsieur le ministre, l'expression de mon profond respect et de mon entier dévouement.

L'inspecteur général de l'instruction publique pour l'ordre de la médecine, président du jury,

CHAUFFARD.

30 mars 1875.

LES THÈSES DE CONCOURS

POUR L'AGRÉGATION EN MÉDECINE

Le concours de l'agrégation en médecine, qui s'est terminé par les nominations que nous avons fait connaître, a été considéré, d'un commun accord, comme l'un des plus remarquables par le savoir et le talent dont les candidats ont fait preuve. Cette appréciation, basée sur les résultats de la première épreuve écrite et des épreuves orales, sera certainement confirmée par la lecture des thèses que nous venons de parcourir (1).

Avant de nous engager dans un rapide examen de ces dissertations, seules traces persistantes de ces savantes luttes, qu'on nous permette une courte réflexion sur les conditions qui sont faites aux candidats, par les règlements du concours.

Si les candidats à l'agrégation sont trop jeunes encore, en général, pour avoir pu acquérir la notoriété scientifique et les titres que l'on était en droit d'exiger des candidats au professorat, alors que les chaires étaient au concours, ils ont, du moins, presque tous déjà fait acte d'intelligence et de goût pour les recherches scientifiques, et ils ont donné, d'ailleurs, dans les épreuves qu'ils viennent de subir, la mesure de l'étendue de leurs connaissances et de leur aptitude à les exposer en public. La thèse, avec son cortége d'argumentations, est assurément un complément d'épreuve dont nous sommes loin de contester l'utilité, d'autant qu'il en résulte presque toujours des œuvres très-estimables, qui laissent même souvent des traces dont la science profite, en définitive, et qui permettent en même temps au grand nombre de médecins que ces luttes intéressent de se faire de loin une idée du mérite des concurrents et de la justice du verdict du jury. Cependant nous n'avons pas assisté à un seul de ces concours sans nous demander s'il ne serait pas possible de donner encore plus d'utilité à ce dernier genre d'épreuve, et peut-être aussi plus de garantie d'équité dans les jugements dont elle doit être l'objet, en accordant aux candidats une limite de temps moins parcimonieuse et en leur laissant jusqu'à un certain point, et sous de certaines réserves que les membres des jurys sauraient parfaitement apprécier, le choix de leur sujet.

Que pour les premières épreuves qui doivent établir, dans la conscience du juge, que le candidat destiné à prendre une part active à l'enseignement et aux examens possède sur toutes les parties de la médecine des connaissances suffisantes pour faire de la question posée le sujet d'une leçon plus ou moins rapidement improvisée, cette question soit désignée par la voix du sort, rien de mieux. Mais, lorsqu'il s'agit d'une œuvre destinée à recevoir une grande publicité et à rester dans nos bibliothèques comme un document que l'histoire peut un jour utiliser pourquoi restreindre ainsi les candidats dans une étroite limite, presque toujours insuffisante pour l'élaboration d'une œuvre sérieuse et trop souvent disproportionnée à l'importance relative du sujet? Il est bien rare, écrivait à l'occasion d'un concours resté célèbre l'un des compétiteurs, qu'un sujet donné par le sort devienne, pour son auteur, un sujet de prédilection. Cette chance lui était échue, et, bien qu'il n'ait pas recueilli le bénéfice que semblait lui assurer cet avantage, du moins en est-il résulté une œuvre sérieuse qui a fait époque et qui figure

(1) Notre article était écrit lorsque nous avons eu communication du rapport qu'on vient de lire. Nous sommes heureux de nous être rencontré, sur presque tous les points, en parfaite communauté de pensée avec le savant rapporteur.

encore dans toutes les bibliothèques. Mais combien de fois les candidats n'ont-ils pas eu à se plaindre des rigueurs ou des caprices du sort et de l'infériorité relative où il les plaçait vis-à-vis de leurs concurrents.

Nous nous rappelons encore avec quelle amertume un compétiteur malheureux, à qui était échue une question des plus ingrates, à l'occasion de la première observation critique de l'un de ses argumentateurs, jeta cette apostrophe à la face du jury : « La loi donne trois jours au condamné pour maudire ses juges, j'ai maudit les miens pendant dix jours. » En jetant les yeux sur les divers sujets des thèses du dernier concours, nous n'avons pu nous empêcher de regretter que, par suite d'une aveugle répartition du sort, tel sujet qui eût fourni à l'un des candidats l'occasion d'une dissertation magistrale, en raison des études spéciales et approfondies qui l'y eussent préparé, fût donné à un candidat moins heureusement disposé à cet égard, et pour qui ce même sujet n'était plus qu'un texte à analyse bibliographique, et à une plus ou moins heureuse compilation.

Cette réflexion n'est pas nouvelle, et nous n'avons pas la prétention de la donner pour telle. Mais c'est précisément parce qu'elle a dû venir naturellement à l'esprit de plusieurs, que nous la croyons d'autant plus digne d'être soumise à la méditation de ceux qui en peuvent faire un utile usage.

Mais ne nous attardons pas plus longtemps aux abords du chemin et arrivons au but. Aussi bien, si l'usage adopté par la Faculté a les inconvénients que nous venons de signaler, il a peut-être en compensation un certain avantage dont nous tenons, faute de mieux, à nous assurer le profit pour le moment : c'est de montrer, par le choix des sujets imposés aux candidats, quelles sont ses préoccupations actuelles sur les points de la science médicale qui lui paraissent mériter plus particulièrement l'attention des travailleurs, et d'indiquer la direction qu'elle désire voir imprimer à leurs recherches. En demandant, en effet, aux candidats d'exposer l'état de la science sur tel ou tel point, telle ou telle question déterminée qu'elle leur pose, elle obtient ainsi, sur un certain ensemble de sujets qui ont entre eux des connexions plus ou moins étroites, une sorte d'inventaire qui permet de mesurer la voie parcourue dans un temps donné, et d'indiquer, soit par les progrès réalisés, soit par les *postulata* formulés dans chaque travail, celle qui reste à parcourir.

Si l'on énumère à ce point de vue les titres des thèses de ce dernier concours, par exemple, il est impossible de n'être pas frappé de la préoccupation évidente du jury relativement au grand mouvement de recherches qui s'est fait dans ces dernières années sur la pathologie du système nerveux. Sur dix-sept sujets de thèse, huit ont plus ou moins directement pour objet cette partie si importante et naguère encore si obscure de la pathologie.

Un autre groupe de thèses accuse dans l'esprit du jury une autre tendance, qui ne mérite pas moins d'être remarquée. Cinq thèses ont pour sujet des questions de thérapeutique générale ou spéciale. La Faculté commencerait-elle à comprendre que la thérapeutique est le côté faible de son enseignement, et qu'il serait temps, sans rien perdre d'ailleurs pour l'avenir des utiles enseignements de l'anatomie pathologique et de la pathogénie, de diriger un peu les études vers ce qui est finalement le but et l'aboutissant de toutes les recherches médicales? Nous ne saurions trop y applaudir.

Ceci dit, nous allons examiner rapidement ces deux principaux groupes de thèses, nous réservant d'indiquer sommairement le contenu des autres.

I

« Ceux qui veulent aujourd'hui tout expliquer en médecine par la physiologie prouvent qu'ils ne connaissent pas la physiologie et qu'ils la croient plus avancée qu'elle n'est. Ceux qui repoussent systématiquement les explications physiologiques en médecine prouvent qu'ils ne connaissent pas le développement de la médecine scientifique et qu'ils se trompent sur son avenir. »

Nous aimons à reproduire ces sages paroles de M. Cl. Bernard, qui servent d'épigraphe à l'une des thèses, bien qu'elle n'appartienne pas au groupe dont nous nous occupons en ce moment, parce qu'elles donnent le sens vrai des applications de la physiologie à la médecine et qu'elles serviront à l'occasion comme de mesure pour apprécier la valeur des applications que nous aurons particulièrement à signaler chemin faisant.

Voici les titres des thèses qui ont pour sujet les maladies du système nerveux, avec l'indication du nom de leur auteur :

Des progrès réalisés par la physiologie expérimentale dans la connaissance des maladies du système nerveux (Dieulafoy).

De l'influence des études histologiques sur la connaissance des maladies du système nerveux (Audhoui).

De la localisation dans les maladies cérébrales (Lépine).

Des paralysies bulbaires (Hallopeau).

De l'aphasie (Legroux).

Des anesthésies spontanées (Rendu).

Des paralysies périphériques (Desplats).

Des contractures (Straus).

Des progrès réalisés par la physiologie expérimentale dans la connaissance des maladies du système nerveux. Dans quelques pages d'histoire largement esquissées, M. Dieulafoy, faisant le départ des acquisitions faites par la voie de l'observation dans les siècles précédents, et notamment dans le dix-septième et le dix-huitième siècle, et de celles qui sont dues à la physiologie expérimentale, ne trouve pas d'expression assez admirative pour tout ce qu'on doit, en fait de notions directement accessibles à l'observation, aux grands praticiens et aux grands maîtres de ces époques, auxquelles il applique ce que la Fontaine disait des poëtes de l'antiquité : « Nous ne saurions aller plus loin que les anciens; ils ne nous ont laissé pour notre part que la gloire de les bien suivre. » Mais son admiration tombe devant la pénurie et la confusion des connaissances d'alors sur la pathologie du système nerveux. C'est qu'ici l'observation était insuffisante et qu'elle avait besoin de l'initiation de la physiologie et du concours de l'expérimentation. Sans doute l'expérimentation n'était pas entièrement méconnue. Il faudrait avoir oublié les expériences de Gallien, celles de Harvey, d'Aselli, de Pecquet et, plus près de nous, d'Haller, etc. Mais ce n'est, en réalité, que du commencement du siècle actuel que date l'usage méthodique et régulier des expérimentations dans nos écoles.

C'est de cette époque aussi que date le grand développement de nos connaissances sur la physiologie et la pathologie du système nerveux, auxquelles s'adapte plus particulièrement ce procédé d'investigation. En effet, si beaucoup de ces notions nouvelles sont dues à l'observation clinique et à l'anatomie pathologique, on ne peut méconnaître la grande part qui revient à la physiologie expérimentale soit directement, soit par l'impulsion même qu'elle a donnée à l'observation en l'éclairant. Toutefois le départ exact entre ces diverses sources de nos connaissances est quelquefois difficile à faire, tant leurs résultats se confondent parfois ou se complètent les uns les

autres. Il n'est pas impossible, cependant, d'en isoler très-nettement quelques-uns.

C'est à la physiologie expérimentale plus particulièrement que nous sommes redevables de nos connaissances actuelles sur les fonctions distinctes des racines antérieures et des racines postérieures des nerfs, sur l'anatomie propre de la moelle et l'indépendance de ses fonctions de celles du cerveau, sur son pouvoir excito-moteur et ses actions réflexes; c'est elle qui nous a fait connaître l'action du grand sympathique sur les vaisseaux, sur les circulations partielles, sur la calorification et sur toutes les conséquences pathologiques qu'on en a déduites, qui a révélé l'influence reconnue jusque-là des maladies du mésocéphale sur le diabète, l'albiminurie et la polyurie; c'est elle qui a conduit à la connaissance de plusieurs lésions des organes des sens, dont il avait été impossible jusque-là de reconnaître la nature, telles que certains troubles oculo-pupillaires dépendants d'affections de la moelle, le myosis et la mydriase, le vertige *ab ore lœsâ*, etc. Il n'est presque pas une affection de la moelle, de l'encéphale ou des nerfs, à laquelle la physiologie expérimentale n'ait apporté sa part contributive plus ou moins importante. Il faudrait, rien que pour en faire le dénombrement, suivre de point en point cette thèse dans tous ses développements.

Cependant gardons-nous de laisser croire que M. Dieulafoy se soit laissé aller à ces exagérations enthousiastes, si communes aujourd'hui, que nous avons plusieurs fois signalées dans ce journal, et contre lesquelles M. Cl. Bernard semble avoir voulu prémunir ses adeptes dans les sages paroles citées plus haut. Il a su très-bien faire ressortir la part qui revient à l'observation et à l'anatomie pathologique dans les nombreuses et belles acquisitions faites durant ces dernières années dans le domaine de la pathologie du système nerveux. L'histoire des monstruosités, celle des hémorrhagies, des tumeurs, des scléroses ont fourni aussi leur contingent important à cette connaissance par l'analyse clinique des symptômes rapprochés des lésions constatées à l'autopsie ou par ces expériences naturelles toutes faites qui se présentent parfois à l'observateur. L'observation a été certainement pour une plus grande part que la physiologie dans l'étude des troubles trophiques, de l'ataxie, de l'anesthésie, de l'hyperesthésie, des synesthésies dans les maladies de la moelle, ainsi que dans la plupart des maladies de l'encéphale et dans l'histoire des névroses. Mais, comme le fait remarquer avec beaucoup de raison M. Dieulafoy, il ne s'agit pas d'établir une parallèle entre l'anatomie pathologique et la physiologie, au profit de l'une, au détriment de l'autre. Il s'agit de les faire concourir au même but commun, mais en demandant à chacune d'elles ce qu'il est dans sa nature de pouvoir donner. Bien souvent, en effet, l'anatomie pathologique donne des résultats qu'on n'obtient pas par la physiologie, mais, par contre, elle est quelquefois infidèle, par suite de la variabilité des rapports entre la lésion et les symptômes. « Entre la physiologie expérimentale et l'anatomie pathologique, qui peuvent également être en défaut, » dit-il, « mais qui se complètent mutuellement, il ne faut donc pas se demander laquelle est supérieure à l'autre..... L'anatomie pathologique, appliquée à la clinique, nous permet le plus souvent de diagnostiquer le siége de la lésion, tandis que la physiologie expérimentale nous explique la valeur du symptôme. »

C'est dans ce très-bon esprit que M. Dieulafoy a énoncé et apprécié les principaux progrès réalisés par la physiologie expérimentale dans la connaissance des maladies du système nerveux.

Influence des études histologiques sur la connaissance des maladies du système nerveux. — Après la part faite à la physiologie expérimentale, voici celle de l'histologie. M. Audhoui nous montre les études histologiques révélant la structure intime du système nerveux et les éléments anatomiques qui le constituent : cellule et tube nerveux combinés avec des éléments communs, vaisseaux et tissu conjonctif; analysant l'élément nerveux composé lui-même de parties distinctes, le noyau de la cellule et le protoplasma, le cylindre d'axe, la gaîne de myéline, la gaîne de Schwann, etc.

Toutes ces données, la découverte des ganglions intra-viscéraux, des plaques terminales motrices, des terminaisons nerveuses sensorielles, etc., l'étude des ganglions périphériques, les essais de coordination entre toutes les parties diverses dont le système nerveux se compose, en faisant connaître plus exactement les dispositions anatomiques principales de ce système, ont permis de pénétrer plus sûrement dans la connaissance de ses fonctions et surtout de rattacher les centres nerveux à des parties organiques déterminées.

Les études histologiques ne livrent pas seulement les caractères de l'état normal du système nerveux; elles font connaître aussi ses altérations variées. On peut suivre l'élément anatomique dans les transformations qu'il subit sous l'influence de l'impression morbide, la lésion de ses débuts à sa fin et en voir tous les progrès. De même qu'on a pu rattacher l'activité nerveuse normale à des éléments organiques sains, de même on peut rattacher les perturbations de cette activité aux éléments organiques lésés.

Mais les études histologiques sont loin d'avoir donné leur dernier mot sur ce point de pathologie. Des données essentielles font encore défaut, telles, par exemple, que la structure de la moelle à l'état normal, le trajet exact des tubes nerveux dans cet organe et la véritable origine des racines des nerfs.

Enfin les études histologiques seules ne sont pas capables de nous donner une connaissance complète de ces maladies.

Tels sont les termes du programme qu'a suivi M. Audhoui dans le développement de son sujet, montrant par des exemples que l'histologie a exercé une influence heureuse sur la connaissance des maladies du système nerveux : en permettant de déterminer plus exactement la nature purement fonctionnelle, ou la nature organique des troubles nerveux; en donnant une connaissance exacte des caractères intimes de la lésion et de sa localisation vraie dans ce système; enfin en nous éclairant sur la détermination exacte de la pathogénie des lésions et de troubles morbides divers.

Il nous montre, en effet, l'histologie effectuant le passage de certains états pathologiques de la classe des névroses dans la classe des maladies organiques, tels que la paralysie infantile, par exemple, élevant des doutes sur la nature de certains états, tels que la paralysie agitante; rétrécissant, en un mot, de jour en jour, le champ de ces états vagues, mal déterminés, que l'on a groupés sous la dénomination commune de névroses. Il nous montre que c'est grâce aux études histologiques qu'on a reconnu que, sous un aspect extérieur différent, se rencontraient souvent des lésions de même nature, et que, sous un même aspect, se confondaient des lésions étrangères les unes aux autres. C'est l'histologie qui décèle l'élément anatomique lésé, etc.

Enfin M. Audhoui termine par l'énoncé d'exemples des progrès accomplis sous l'influence de l'histologie dans la connaissance des maladies qui affectent chacune des grandes divisions du système nerveux : encéphale, bulbe et moelle épinière, parties périphériques du système nerveux, méninges. C'est,

comme on le voit, une sorte de complément du vaste et beau sujet de la précédente thèse.

Nous verrons, dans les suivantes, comme les corollaires ou les détails de ces deux grandes questions. Dr BROCHIN.

HYGIÈNE DES PHTHISIQUES

Par M. le docteur CORNIL, professeur agrégé près le Faculté de médecine de Paris.

M. Cornil a publié, dans le *Journal des Connaissances médicales*, une étude sur l'hygiène des phthisiques. Nous en détachons la partie suivante consacrée au rôle de l'alimentation (alcool et viande crue) et de la transfusion dans l'hygiène de la phthisie :

« L'alimentation des phthisiques doit être, autant que possible, composée de substances très-nourrissantes et faciles à digérer. Aussi doit-on éviter, surtout lorsque les malades mangent peu, les légumes pris en quantité notable, les fruits, les aliments purement amylacés. Non qu'il faille les proscrire, car ils sont nécessaires pour varier l'alimentation : ils sont agréables au goût et, par suite, ils excitent l'appétit. Mais la base solide de l'alimentation doit être la viande de bœuf, de mouton, de veau, de poulet, le gibier, les poissons, les laitages, le lait pris le matin au lit, le lait de vache on d'ânesse, le beurre, les graisses. La fraîcheur, la qualité et le mode de préparation de ces aliments sont loin d'être chose indifférente, car on sait avec quelle facilité les malades sont pris de dégoût et de vomissement sous l'influence de la toux.

« Dans le plus grand nombre de ces cas, l'administration de la viande crue rend les plus grands services aux malades, qu'ils s'en nourrissent presque exclusivement lorsque l'anorexie est complète, ou qu'ils l'associent à d'autres aliments. C'est sous cette forme que la viande, le filet de bœuf, est le plus facilement digérée. Cette viande coupée à petits morceaux ou raclée de manière à éliminer les parties fibreuses ou broyée, est avalée seule ou plus ou moins enrobée et masquée pour en dissimuler la vue et le goût. Nous avons publié cette année même des procédés propres à assurer ce résultat. Nous connaissons des personnes qui mangent la viande crue sans aucune préparation.

« Il paraît certain que l'usage de la viande crue peut donner le ténia : c'est là un de ses inconvénients heureusement assez rare, et qu'on évite en grande partie en la mélangeant avec de l'eau-de-vie. L'association de l'alcool et de la viande crue dans la cure de la phthisie a pris une grande extension depuis quelques années à la suite de la publication, par M. Fuster, des heureux résultats obtenus par lui dans la phthisie. Ce n'est assurément pas là un agent thérapeutique ni un mode d'agir localement sur les lésions pulmonaires; mais c'est un des plus puissants moyens de soutenir les forces des malades et de les nourrir. Pour les personnes, femmes ou enfants, qui éprouveraient une répugnance invincible pour la viande crue, l'élixir alimentaire de M. E. Ducro fait avec la viande crue et l'alcool, rendait des services analogues.

« On a été plus loin encore pour nourrir les phthisiques, et l'on a tenté de leur transfuser dans les veines du sang de mouton. C'est un moyen d'introduire directement dans le milieu nutritif des tissus, l'aliment digéré et tout préparé. Nous avons donné dans le numéro du 15 juillet les cas de transfusion du sang de mouton dans les veines des phthisiques publiés par Hasse et Gesellius. Ces auteurs n'avaient eu qu'à s'en louer. Mais depuis, d'autres observateurs, en particulier Friedler et Birch-Hirschfeld (*Centralblatt*, 1874, p. 825) n'en ont obtenu aucun résultat avantageux et conseillent de rejeter absolument la transfusion du sang de mouton aux phthisiques. »

DES VOMISSEMENTS DE SANG

SUPPLÉMENTAIRES DES RÈGLES ET PATHOGÉNIE DES HÉMORRHAGIES SUPPLÉMENTAIRES DU FLUX MENSTRUEL EN GÉNÉRAL (1)

par le docteur G. LOREY, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — Les vomissements de sang supplémentaires des règles s'observent presque toujours chez des femmes impressionnables et d'une excessive sensibilité. — Quoique dérivant d'une hémorrhagie physiologique déviée, ce sont des accidents qui, parfois, sont compatibles, avec le santé, mais qui presque toujours aggravent l'état des malades. Ils constituent une habitude morbide qui s'est substituée à une habitude physiologique. — Ils ont pour caractère principal, comme l'a prouvé le docteur Albert Puech, de se produire périodiquement, chaque mois, comme de véritables règles supplémentaires, au moment et à cause de l'ovulation spontanée. — Ils n'impliquent pas la stérilité, à moins de complications graves, la grossesse est possible et a été observée, comme le montrent nos observations. — Les vomissements de sang pendant la grossesse ne sont pas de véritables hémorrhagies supplémentaires des règles. Ils sont irréguliers dans leur évolution et n'affectent nullement les allures de la menstruation. Ils ressemblent à ces pseudo-menstruations qu'on observe parfois chez certaines femmes, pendant le cours de la grossesse. — Les hématèses supplémentaires des règles se compliquent le plus ordinairement de troubles gastriques, dont la gravité varie avec les sujets, mais qui, tôt ou tard, entraînent l'anémie avec toutes ses conséquences.

(1) In-8°. — Prix 2 fr. — Paris, 1875. Adrien Delahaye.

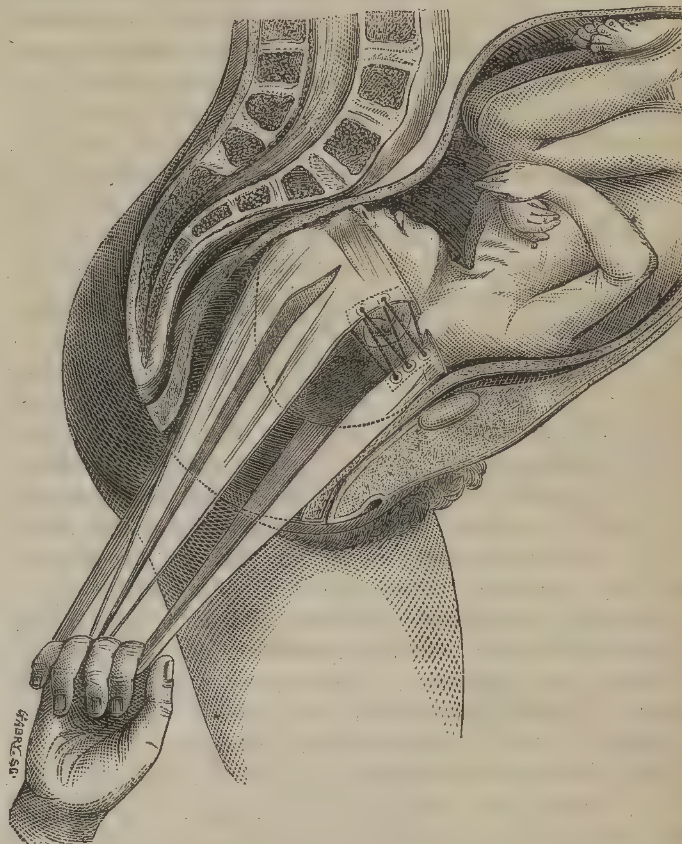
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 avril 1875. — Présidence de M. LE FORT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS D'INSTRUMENTS

Tracteur obstétrical. — Le docteur Poullet (de Lyon) présente à la société un nouveau tracteur obstétrical mécanique pour les cas de dystocie.



Cet instrument prend son point d'appui sur le bassin même par quatre points, un en avant et un en arrière de chaque ischion. Cet instrument exerce la traction dans toutes les directions utiles à l'accouchement et au gré de l'accoucheur; il a, de plus, l'avantage de pouvoir être employé par un opérateur complétement seul; son petit volume le rend très-portatif.

Sériceps. — Le docteur Poullet présente encore un instrument tout en soie appelé sériceps, qui peut, dans les cas de dystocie, remplacer le forceps et tirer l'enfant à l'aide d'un tissu tout à fait souple.

Le docteur Poullet a employé ce sériceps dans huit accouchements, le premier le 15 août 1874, et le dernier, dont l'observation a été publiée dans le *Lyon médical* du 28 mars 1875 par le docteur Raynaud (de Lyon). (Comm. : MM. Guéniot, Blot et Polaillon.)

M. GAIRAL (de Carignan) présente un appareil très-simple destiné à remédier aux descentes et aux déviations de la matrice. C'est un anneau élastique facile à introduire et qui peut rester en place sans aucun inconvénient. Sur 300 cas de prolapsus utérin que M. Gairal a traités par cette méthode, depuis 1842, il n'a pas eu un seul insuccès. Il l'a toujours vu réussir également comme redresseur de l'utérus, quelque dévié qu'il soit. Une petite cuvette de caoutchouc, munie d'un tube excréteur fermé par un robinet, permet de l'employer comme réservoir de l'urine dans les cas de fistules vésico-vaginales.

M. Gairal présente, en outre, une sonde pour homme qui ne s'ouvre que dans la vessie, et un instrument destiné à mesurer les dimensions du vagin, et qu'il nomme *vaginomètre*. (Comm.: MM. Panas, Després, de Saint-Germain.)

M. BORIN (de Lyon) présente un *fermoir vulvo-vaginal* destiné à remplacer les pessaires et autres instruments que l'on emploie pour maintenir les prolapsus de l'utérus. Le même appareil, plus petit, peut servir à empêcher l'écoulement du lait chez les nourrices sujettes à cet inconvénient. (Comm.: MM. Polaillon, Blot, Guéniot.)

A quatre heures et demie, la société se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 25 mars 1875, ont été nommés dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin-major de première classe : MM. Guimberteau, Debaussaux, Denoix, Massaloup et Guillemin ;

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Douat, Jacquemet, Defos du Rau, Demmler et Nicol;

Au grade de pharmacien principal de première classe, M. Latour ;

Au grade de pharmacien principal de deuxième classe, M. Ollivier ;

Au grade de pharmacien-major de première classe : MM. Paradis et Privat;

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe : MM. Frizac et Perron.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Regnauld étant indisposé, le cours de pharmacologie n'a eu lieu ni jeudi, ni samedi. — Nous annoncerons la réouverture de ce cours.

— Les cours de MM. les professeurs Bouchardat et Gubler auront lieu au petit amphithéâtre, les mardis, jeudis et samedis, savoir :

Le cours de M. le professeur Bouchardat, à quatre heures;

Le cours de M. le professeur Gubler, à cinq heures.

— Les examens de fin de troisième année (session extraordinaire d'avril 1875, commenceront le lundi, 19 avril prochain.

Sont seuls admis à se présenter : 1° les étudiants arrivant des écoles préparatoires avec quatorze inscriptions; — 2° les étudiants venus, au mois de novembre, avec douze inscriptions, réduites alors en dix de faculté, et possédant actuellement douze inscriptions; — 3° les étudiants ajournés à la session de juillet et n'ayant pu, à cause du service militaire, se représenter en novembre dernier.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Bouchery, médecin-major de 1re classe; Lauriac et Gamon, médecins aides-majors de 1re classe; Roucher, pharmacien principal de 1re classe; Artigues, ancien médecin principal de 1re classe; Rossignol (de Marseille), et Bayvet (de Rouen).

— M. le docteur Ch. Fauvel a recommencé son cours public et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie, à sa clinique, rue Guénégaud, n° 13, et le continue les lundis et jeudis, à midi.

Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales postérieures, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de voir l'image de la région explorée.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. — Toutes ces thèses se trouvent chez M. Coccoz, libraire-éditeur, 30, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

La parole d'un grand maître est toujours une leçon. Sous le titre modeste de *Documents pour servir à l'histoire de la glycosurie*, M. Andral vient de nous donner la mesure de ce que peut l'*observation clinique* quand elle est dirigée par un esprit judicieux et instruit.

M. Andral a recueilli 84 observations *écrites* sur la glycosurie, et c'est le dépouillement de ces observations qui lui fournit l'occasion de nous esquisser le tableau le plus complet et le plus logique que nous ayons lu sur cette question.

D'abord, l'âge : sur 84 cas, un cas de trois ans, un autre de cinq ans, un de soixante-treize et un de soixante-dix-huit ans. D'où il suit que le diabète n'est pas une maladie fréquente aux âges extrêmes de la vie.

Ensuite, le sexe : sur 84 cas, 52 hommes et 32 femmes. Donc, le diabète est plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Passant ensuite aux causes, M. Andral constate qu'un trouble moral peut augmenter la quantité de sucre chez un diabétique; une autre fois, c'est une sorte d'ébriété chronique par l'éther qui précède l'invasion du diabète; d'autres fois, enfin, c'est l'anesthésie, la névralgie, l'épilepsie, divers traumatismes de la tête, qui précèdent la maladie.

Une seule fois, sur un enfant de trois ans, le diabète a été précédé d'un défaut de nourriture.

Trois fois le diabète a été précédé d'une nourriture exclusive avec le pain et les pommes de terre. Les sujets avaient été dyspeptiques; 8 avaient été reconnus phthisiques; 5 étaient asthmatiques; 3 avaient une affection organique du cœur; 2 avaient eu des coliques néphrétiques; 3 devinrent diabétiques dans la convalescence de fièvres typhoïdes, et enfin un à la suite du choléra.

De plus, par deux fois, le diabète a cessé momentanément pendant une angine fébrile et pendant une dysentérie.

Plusieurs fois, le diabète s'est montré héréditaire. Dans deux cas, des pères *albuminuriques* ont donné naissance à des enfants *diabétiques*.

L'analyse judicieuse de ces diverses observations conduit M. Andral à conclure qu'au point de vue des causes, le diabète se rencontre, le plus souvent, chez des personnes aisées, dont l'élimination dépasse souvent les besoins de l'économie, chez les personnes douées d'une forte constitution, et, parfois, d'un grand embonpoint. Cependant on le rencontre dans des conditions tout opposées, et loin de traduire, comme le pense M. Cl. Bernard, une exagération de l'activité nutritive, il devrait être attribué, dans ce dernier cas, à une diminution de cette activité. « Ainsi donc, ajoute M. Andral, soit que les *forces vitales* soient exubérantes ou en défaut, le diabète peut se produire, et la circonstance organique inconnue qui lui donne naissance semblerait agir indépendamment de ces deux conditions. »

La densité de l'urine a varié entre 1030 à 1047, et la moyenne a été de 1035. « Lorsque la densité de l'urine, dit M. Andral, est de plus de 1036, on peut affirmer l'existence de la glycosurie. »

Ces résultats ont été confirmés par tous les observateurs.

La quantité de sucre a été une fois de 800 grammes par litre, c'est ce qui fait dire à M. Andral que ce ne sont pas seulement les aliments féculents qui fournissent de telles quantités de glycose.

La circulation générale, sauf les cas de complication, n'a pas présenté de trouble notable. Par contre, les circulations locales étaient souvent troublées : les gencives, la conjonctive, s'injectaient; la peau se couvrait de plaques érythémateuses; le sang s'accumulait dans les capillaires pulmonaires.

M. Andral se demande si la cause de ces hyperémies n'est pas dans le sang lui-même, dans l'augmentation de sa densité, ce qui justifierait les anciennes expressions de sang *trop épais*, *trop fluide*, ou bien dans le défaut d'action des nerfs vaso-moteurs? M. Andral espère que la clinique et la physiologie résoudront cette question.

La gangrène a été observée trois fois aux membres inférieurs et une fois sur le lobe inférieur de poumon droit.

Les humeurs ont toujours présenté leur réaction acide ou alcaline naturelle. Quant à la température, elle s'est communément maintenue aux environs de 37 degrés.

L'anatomie pathologique a fourni à M. Andral trois observations de la plus grande importance : 1° constamment un état congestif des plus prononcés du foie et des reins; 2° dans le plus grand nombre de cas, une induration singulière de la rate, dont le parenchyme desséché ne laissait échapper à l'incision ou à la pression aucune goutte de liquide; 3° la présence très-fréquente de granulations tuberculeuses à l'état naissant dans le parenchyme pulmonaire.

Le traitement institué par M. Andral a été composé, le plus

souvent, de boissons alcalines et d'un régime alimentaire formé principalement, mais non exclusivement, de substances animales, auxquelles il ajoutait quelques légumes herbacés et du pain ordinaire. « Pendant ce traitement, le sucre a disparu chez un très-petit nombre sans se reproduire; chez d'autres il a disparu aussi, mais pour revenir; chez d'autres enfin il est resté aussi abondant et a été même en augmentant. » Chez ces derniers l'abstinence des féculents n'a pas modifié la quantité de sucre.

M. Andral conclut de ce fait que les forces vitales de l'organisme peuvent vraisemblablement transformer en sucre toute substance, organique elle-même, qu'il reçoit ou qui le compose. « Elles ont, dit-il, cette puissance dans l'état physiologique suivant une mesure qui leur est imposée par les lois de l'économie, et, dans l'état pathologique, leur suractivité déployée dans un certain sens fait le diabète, comme elle fait chez d'autres une surabondance de graisse. »

En terminant, M. Andral se demande quel est le trouble préexistant qui produit la formation exagérée du sucre? Quelques-uns des faits semblent favorables à l'origine nerveuse du diabète, et, dans ce cas, on pourrait assimiler son développement à la production du sucre par la piqûre du quatrième ventricule, comme on le voit, dans les expériences de M. Cl. Bernard. Mais le plus grand nombre des faits, sans être contraires à cette théorie, ne la fortifient pas. « Admettre dès à présent, dit M. Andral, que chez l'homme le diabète est le résultat constant d'une lésion nerveuse, ce serait affirmer ce que les faits n'ont pas encore appris. »

Quant à la théorie qui fait du diabète une question de chimie pure, M. Andral la considère jugée, depuis longtemps, par les faits : elle n'est plus. Ceci veut dire qu'elle est jugée dans l'esprit de M. Andral, nous la jugeons de même; mais nous devons ajouter qu'il n'en est pas partout ainsi, et nous signalerons, en passant, la théorie de Eich Hartnack, qui fait du diabète une question proportionnelle entre la quantité de sucre renfermée dans les urines et les hydrocarbures ingérés, la maladie étant considérée comme un arrêt dans les transformation des hydrocarbures. Le traitement se fait avec de la glycérine en boisson.

M. Andral termine sa communication par ces paroles de grande science, de grande sagesse, et que nous voudrions voir inscrites dans tous les laboratoires, dans toutes les salles de clinique : « La science a donc besoin qu'à ce point de vue et à beaucoup d'autres, on ajoute aux faits qu'elle possède de nouveaux faits observés avec cette minutie de détails qui seule peut les rendre utiles. Elle en a besoin pour qu'une systématisation des faits relatifs au diabète puisse être tentée, et qu'on en puisse déduire une théorie viable. Voilà pourquoi j'ai publié ces documents. »

— Note *sur les bruits du cœur*. D'après M. Dezautière, il y a une manière tout à fait simple de se rendre compte des bruits du cœur, et d'expliquer leur cause. Pourquoi, dit-il « la nature aurait-elle compliqué une action qui peut être simplifiée? Dans quel but aurait-elle fait appel à la participation de plusieurs éléments quand un seul suffit? » Cet élément est tout simplement la contraction musculaire, et comme il y a deux bruits, il y a deux contractions distinctes, l'une pour le ventricule droit, l'autre pour le ventricule gauche.

« Le mouvement, dit encore M. Dezautière, de la fibre musculaire qui se contracte produit bien l'électricité, la chaleur, et même la lumière, pourquoi ne produirait-elle pas aussi le bruit? »

D'après l'auteur, les oreillettes sont plutôt faites pour se dilater que pour se contracter; leur fonction principale est de servir de réservoirs au sang, qui s'accumule là pour alimenter les ventricules. Leur action est toute passive, car le sang descend naturellement par l'effet de son propre poids dans les ventricules. Donc le premier bruit du cœur est produit par la contraction du ventricule gauche, et le second bruit par la contraction du ventricule droit.

Cette théorie est étrange et nous transporte malgré nous vers ce bon temps de la renaissance des études anatomiques où les Carpi, les Étienne, les Eustache, les Vesale, s'occupaient sérieusement de savoir si le cœur est au milieu ou à gauche de la poitrine, si sa direction est perpendiculaire ou oblique, et, à ce propos, je relève dans la communication qui précède un simple fait, savoir : s'il est vrai que le sang puisse s'écouler par l'effet de son propre poids de l'oreillette dans le ventricule. Si, comme le croyaient Casserius, Vieussens, Valsalva, le cœur était suspendu par les vaisseaux qui y aboutissent, nul doute que le sang ne pût s'écouler, par l'effet de son poids, des oreillettes dans les ventricules. Mais, depuis Lower, on admet que le cœur est transversalement et obliquement couché sur le diaphragme. Dans ces derniers temps, on est parvenu par la congélation à conserver aux organes leur position respective, et l'on a reconnu ainsi que le cœur occupe une position telle que le sang suit une marche ascensionnelle depuis la veine-cave inférieure jusqu'au ventricule. Si M. Dezautière eût connu ce fait, il n'eût pas gratuitement dépouillé les oreillettes de leur rôle modeste, mais physiologique.

Quant au fait de la contraction alternative du ventricule gauche et du ventricule droit, il détruit, sans que l'auteur y prenne garde, les très-remarquables travaux de L. Ludwig et Beutner, ainsi que ceux non moins importants de Chauveau et Marey. Et cela sans donner la plus petite preuve expérimentale! Cependant M. Dezautière pouvait nous en donner une bien simple et bien concluante : il n'avait qu'à ouvrir un chien vivant, à pratiquer la respiration artificielle et à piquer l'artère pulmonaire et l'aorte. La présence ou le défaut de synchronisme dans les deux jets lui auraient dit de la façon la plus claire si les ventricules se contractent simultanément ou alternativement. Avis aux expérimentateurs!

L'idée de faire cette expérience est ce que nous appelons *l'idée expérimentale utile*. Mais ces idées-là ne viennent à l'esprit que lorsqu'on possède tous les éléments, toutes les observations nécessaires à l'élucidation d'un sujet. M. Dezautière a montré sur ce point une certaine insuffisance. Dans tous les cas, il ne devait pas ignorer, comme il le paraît, qu'on avait déjà attribué les bruits du cœur à la contraction musculaire, mais qu'on avait renoncé à cette idée parce qu'il n'est pas possible de comparer les frémissements, les bruissements presque imperceptibles de la contraction musculaire avec les bruits *sonores* qui accompagnent les battements du cœur.

Dr Édouard FOURNIÉ.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Tuberculose aiguë simulant une fièvre typhoïde. — Diagnostic par l'ophthalmoscope. — Tubercules de la choroïde. — Importance de l'hyperesthésie thoracique.

I

La malade que vous avez vue au n° 3 de la salle Sainte-Catherine, et que je vous ai fait examiner à différentes reprises en raison de son diagnostic difficile et incertain, vient de mourir. Sans vous rappeler qu'elle est entrée avec des symptômes

de pneumonie suspecte auxquels se sont ajoutés des phénomènes typhoïdes, et qu'après avoir hésité entre une pneumonie typhoïde, une tuberculose aiguë et une fièvre typhoïde, l'ophthalmoscope à la main, je me borne à vous dire : j'ai découvert des tubercules de la choroïde, qui ont affirmé le diagnostic jusqu'alors douteux.

J'avais lu dans le fond de l'œil ce qui se passait dans l'organisme.

C'est qu'en effet, dans bien des cas, l'ophthalmoscope vous permet de découvrir dans l'œil les signes du travail pathologique intérieur accompli dans le cerveau, dans la moelle et même dans le corps par certaines maladies diathésiques.

Vous avez dans cet instrument, vous, médecins et chirurgiens, le moyen de faire une exploration qui rend plus prompt et plus sûr le diagnostic des maladies cérébro-spinales. Vous pouvez deviner par lui des altérations du cerveau qu'il vous serait impossible d'affirmer sans lui. Vous pouvez par lui devancer de bien loin ce que la nécropsie vous révélerait. C'est une admirable méthode d'examen qui vient prendre place à côté de la percussion et de l'auscultation, et puisque l'occasion s'en présente aujourd'hui, je veux vous en parler à l'occasion du fait qui vient de passer sous vos yeux.

La jeune fille qui vient de mourir avait treize ans et n'était pas formée. Elle n'avait même aucun signe de puberté.

Née d'un père phthisique et malade depuis huit jours ou un mois, fait qu'on n'a pu éclaircir, elle toussait un peu, avait de la céphalalgie, de la fièvre et une douleur dans le côté droit. Elle souffrait tellement que la respiration était petite, fréquente, difficile et semblable à une respiration de croup, moins l'obstacle laryngé. L'enfant avait même eu deux accès de suffocation avant de venir à l'hôpital.

Lorsqu'elle entra, elle avait 70 respirations par minute, donnant lieu à une véritable angoisse respiratoire, et les mouvements de la poitrine étaient très-douloureux. La pression des côtes était insupportable; c'était une hyperesthésie très-prononcée, dont il faut tenir grand compte dans ces cas difficiles.

L'enfant toussait sans expectorer, elle ne vomissait pas, n'avait pas de diarrhée et ne pouvait manger.

La fièvre était vive et se chiffrait par 40 degrés le soir, tombant le matin à 38°,6.

La tête douloureuse sans épistaxis ; il n'y avait pas de délire, mais des rêvasseries et de l'insomnie.

Le ventre était un peu douloureux, sans ballonnement ni diarrhée.

A la percussion de la poitrine, légère submatité sous la clavicule gauche et en ce point, affaiblissement du murmure vésiculaire avec quelques bulles fines et rares de râle sous crépitant, sans vibration de la voix. En arrière, rien d'anormal.

Du côté droit, sous la clavicule, le son et le bruit respiratoire n'ont rien de pathologique, mais en arrière, dans la fosse sus-épineuse, matité, râle sous-crépitant, souffle voilé et faible retentissement de la voix. Aux deux bases, râle sibilant assez étendu.

Au cœur, faible souffle mitral, souvent perceptible à la base et à la pointe, dû à une de ces endocardites végétantes que j'ai fait connaître.

Tel était l'état de cette enfant à son arrivée.

Il était évident qu'il y avait là une affection des organes respiratoires.

D'après l'âge de la maladie, qu'on faisait remonter à huit jours seulement, on pouvait croire soit à l'existence d'une tuberculose commençante, soit d'une pneumonie aiguë double.

Je ne croyais pas trop à l'existence de la tuberculose en raison de la très-haute température fébrile et de la gêne respiratoire.

Je voyais là une pneumonie de forme typhoïde, ayant plutôt le type catarrhal que le type fibrineux des pneumonies franches, et en raison de l'état fébrile intense de la douleur thoracique et de la dyspnée, je fis appliquer à l'épigastre *des sangsues, dont l'écoulement fut limité à une demi-heure et arrêté avec le perchlorure de fer.*

L'enfant fut très-soulagé, conservant les mêmes phénomènes d'auscultation et de percussion, mais la dyspnée disparut avec la fièvre, qui tomba à 38 degrés. Seule persistait l'hyperesthésie thoracique droite.

Deux jours après, la fièvre s'éleva de nouveau à 40, il y eut une stupeur profonde avec subdélirium et de la diarrhée. Le ventre était douloureux, sans ballonnement et sans taches lenticulaires. Je crus alors à une fièvre typhoïde ayant la forme thoracique, et je fis prendre du vin et du quinquina.

Au bout de six jours, l'état restant le même et ne se dessinant pas mieux d'une façon caractéristique, je revins à ma première idée que la forme typhoïde pouvait bien masquer une tuberculose aiguë.

Mon interne Stoizesco, examinant alors les yeux à l'ophthalmoscope, m'avertit qu'il y avait des tubercules de la choroïde, ce que je constatai comme lui, et le diagnostic, subitement éclairé par cette investigation, perdit toute l'incertitude des premiers jours. Il s'agissait bien chez cette enfant d'une tuberculose aiguë à forme typhoïde. Le dessin coloré que voici et que je vous prie d'examiner, représente très-bien le fond de l'œil, la névrite optique, les varices rétiniennes et les granulations tuberculeuses de la choroïde.

De plus, la malade ayant succombé, nous avons trouvé des tubercules, dans la choroïde, des tubercules dans les méninges, de la méningite, d'innombrables granulations miliaires dans les poumons avec quelques points de pneumonie caséeuse, des tubercules dans les reins, dans les séreuses, etc.

Comme ce n'est pas la première fois que je suis embarrassé pour des cas de ce genre et que ce ne sera certainement pas la dernière, comme tous les médecins peuvent s'y tromper, il m'a semblé utile de vous faire connaître ce que l'ophthalmoscopie peut rendre de services à la médecine et à la chirurgie proprement dite. (*A suivre.*)

HOSPICE DES MÉNAGES. — M. Ch. Bernard.

Fracture indirecte du crâne, consécutive à une chute sur l'arcade orbitaire. — Écoulement abondant de liquide céphalo-rachidien par la narine. — Développement d'une encéphalite trente-six heures après l'accident. — Mort le cinquième jour.

(Observation recueillie, par M. Eugène Monod, interne provisoire.)

Le nommé V..., âgé de soixante-huit ans, homme vigoureux et jouissant d'une santé robuste, s'était rendu à Paris chez un de ses amis, dans la journée du 6 février, il se disposait à redescendre un escalier étroit et rapide, lorsque son pied, qu'il croyait poser sur la première marche, rencontra le vide, et il tomba en avant, de tout son poids, sur le rebord orbitaire du côté droit. La chute, au dire des assistants, a été extrêmement violente ; elle s'est produite à pic sur la tête. Malgré l'accident, le blessé voulut rentrer chez lui le soir même et revient à pied aux Ménages.

Le lendemain matin, 7 février, on constate une forte contusion au niveau du rebord orbitaire, avec ecchymose et gonflement des paupières. Le globe oculaire est intact. Il n'y a pas trace de plaie. L'exploration de l'arcade orbitaire ne fait reconnaître aucune solution de

continuité. Le malade se plaint d'une céphalalgie interne; mais ce qui le préoccupe surtout, c'est un écoulement abondant de liquide clair par les narines. Il avait d'abord eu une forte épistaxis qui s'était arrêtée insensiblement au bout de quelques heures; puis il s'était écoulé en abondance un liquide transparent. Le malade évalue à deux ou trois verres la quantité de liquide qu'il pouvait avoir perdue pendant la nuit. L'écoulement diminuait lorsqu'il renversait la tête en arrière, mais il reprenait dès qu'il la penchait en avant. En effet, le malade étant assis, je constatai aisément l'issue du liquide céphalo-rachidien. C'était un liquide clair comme de l'eau de roche, d'un aspect tout à fait analogue à celui des larmes, s'écoulant de la narine droite goutte à goutte et d'une façon continue. L'état général du malade n'offre rien de spécial à noter. Il est un peu abattu, ne présentant aucun symptôme cérébral; il n'a pas de fièvre.

8 février. — Le malade a été agité toute la nuit, se remuant dans son lit et repoussant ses couvertures. Du reste il a conservé sa parfaite connaissance. Ce matin, il est plutôt abattu. L'écoulement de liquide par les narines est presque complétement arrêté.

Dans le courant de la journée, les symptômes de complications inflammatoires du côté de l'encéphale commencent à se déclarer (alternatives d'agitation et d'assoupissement). Le pouls est plein et rapide, la tête très-chaude (application de vingt sangsues à la région mastoïdienne. Glace sur le front).

9 février. — Le blessé est plongé dans un assoupissement profond, qu'interrompt par intervalles une vive agitation. Il ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. Les membres sont dans la résolution, mais il n'y a pas d'insensibilité. La langue est très-sèche. Le pouls lent, irrégulier et inégal, il bat 64 pulsations. Température rectale 38°6. Les paupières sont fermées. En écartant celles du côté droit, on constate que la conjonctive oculaire et la conjonctive palpébrale sont fortement injectées. La narine droite laisse encore s'écouler quelques gouttes d'un liquide clair.

Soir. — Même état que ce matin. Pouls extrêmement irrégulier, impossible à compter à cause du grand nombre de pulsations avortées. Température rectale, 40°.

10 février. Le malade est resté plongé toute la nuit dans un assoupissement profond. Il est en résolution complète, dans le décubitus dorsal. Température rectale 39°6. La respiration est bruyante et stertoreuse. (48 respirations). — Incontinence d'urine. — Constipation. Sur l'œil droit, les paupières sont à demi ouvertes, et les larmes s'écoulent au dehors.

La mort a lieu à deux heures de l'après-midi, dans un état de collapsus complet.

Autopsie. — La voûte du crâne enlevée par un trait de scie horizontal ne porte la trace d'aucune lésion. On trouve une ecchymose à la face profonde de la peau qui recouvre l'arcade orbitaire droite. Celle-ci est intacte.

Base du crâne. — Petite ecchymose du périoste au niveau de la partie la plus élevée de la base orbitaire du côté droit.

Le périoste enlevé, on trouve un double trait de fracture sur la bosse orbitaire; les deux traits de fracture se rejoignent au niveau de la partie la plus élevée de la bosse. L'une des branches, l'externe, est très-courte, se dirige en arrière, et s'arrête au bout de deux centimètres environ, sur l'os frontal. L'autre, beaucoup plus longue, se dirige obliquement d'avant en arrière et de dehors en dedans, et se prolonge jusqu'à la partie postérieure de la lame criblée de l'ethmoïde. Il y avait donc communication de la cavité crânienne avec les fosses nasales.

Cerveau. — Dans la substance corticale de la partie supérieure et moyenne du lobe frontal gauche, on trouve un foyer hémorrhagique, et autour de ce foyer principal de petits foyers punctiformes.

Les deux ventricules latéraux sont remplis par une collection purulente; le ventricule gauche en renferme plus que le ventricule droit. Le pus a fusé dans l'espace sous-arachnoïdien; on en trouve à la partie postérieure du cervelet.

Des coupes pratiquées sur le cerveau montrent dans toute l'étendue de l'organe les traces d'une vive congestion.

Les poumons sont très-congestionnés. Il en sort à la coupe une masse énorme de sang noir.

EMPOISONNEMENT PAR L'OXYDE DE CARBONE

par le docteur G. Bergeron.

I. — L'asphyxie par le charbon ou plutôt l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, peut survenir accidentellement et dans des circonstances telles que rien ne pourrait faire soupçonner un accident de cette nature. Lorsqu'un individu est trouvé mort dans son lit et qu'auprès de lui est un réchaud ou un fourneau renfermant des débris de charbon brûlé, aucun doute n'est possible. Mais, dans le fait intéressant que j'ai eu occasion d'observer, il n'en était point ainsi et la cause de la mort est restée longtemps inconnue.

II. — Le 31 décembre dernier, deux jeunes gens, les époux B... furent trouvés morts dans leur lit; la veille, au matin, on les avait vus dans la maison; l'après-midi du même jour, on sonna à leur porte, et personne ne répondit. Le mari avait trente-deux ans, la femme vingt-sept, ils étaient mariés depuis quelques mois, vivaient en parfaite intelligence; la position du mari s'était, quelques jours auparavant, améliorée par l'accession à un emploi plus rétribué; rien n'autorisait à penser à un suicide.

Quand on pénétra dans l'appartement, on entra d'abord dans une petite antichambre, puis dans une salle à manger; aucune odeur particulière ne s'y faisait sentir; les personnes qui pénétrèrent et séjournèrent dans cette pièce n'éprouvèrent aucun malaise. Entre la cheminée et la porte donnant dans la chambre à coucher au fond de laquelle se trouvait le lit, on avait établi un poêle dont le tuyau coudé venait s'ouvrir et s'aboucher dans le foyer de la cheminée. Sur le poêle était une bouilloire d'eau et un entonnoir.

Près du poêle, il y avait une table sur laquelle on trouva des assiettes et des plats, contenant des aliments; c'était la desserte du déjeuner de la veille.

Dans la chambre à coucher était une cheminée où l'on ne faisait jamais de feu et, *au fond de cette chambre*, un lit. Dans ce lit, se trouvaient les deux cadavres à demi vêtus. La femme avait une camisole et un jupon de laine, le mari, un tricot de laine et un pantalon. Sur la table de nuit, était un flacon d'eau sédative débouché; et dans le lit, à leurs pieds, un cruchon de grés dans lequel on avait mis de l'eau chaude.

Lorsque je vis les cadavres le surlendemain, ils n'étaient plus rigides. Celui de la femme était dans le décubitus dorsal; le visage était pâle, les traits paisibles; elle semblait dormir. Le mari avait la tête un peu penchée hors du lit; le visage était crispé et de l'écume mêlée de matières vomies avait coulé le long du cou et souillé le traversin et les draps.

Je fus frappé de l'existence, sur la peau de la femme, à la partie interne des cuisses aux malléoles, sur la poitrine, de taches assez larges d'un rose tendre analogue à ces colorations d'aniline employées dans la teinture des soies.

Sur le cadavre du mari (chez lequel la décomposition cadavérique avait marché plus vite), de nombreuses sigillations violacées existaient, mais aucune tache rose ne se montrait apparente.

Par l'autopsie, nous avons constaté, sur les deux cadavres, des lésions analogues. Coloration rouge (analogue à la cire rouge fondue) du sang et des muscles; un peu d'injection des méninges.

Dans le cœur, nous avons trouvé les ventricules vides, les oreillettes et les grosses veines pleines de sang poisseux, demi-liquide.

Les poumons sont engoués, marbrés et laissent, à la coupe, écouler une spume mêlée de sang; il n'y a point de taches sous les plèvres.

L'estomac, chez l'homme, était d'un rouge vif avec de nombreuses et larges plaques d'arborisations vasculaires; chez la femme il était pâle et exsangue. Chez tous deux, il renfermait des aliments, petits morceaux de rognon, de champignon, mêlés de vin et café.

Les deux victimes étaient mortes moins de trois à quatre heures après le repas du matin, déjeuner qui avait dû avoir lieu vers midi ou une heure.

Le sang contenait du gaz oxyde de carbone et donnait, au spectroscope, les deux raies de l'hémoglobine oxycarbonée.

Il était certain que ces deux jeunes gens étaient morts empoisonnés par l'oxyde de carbone, en plein jour, quelques heures après leur repas.

III. — Voici comment les choses ont dû se passer, et il est facile, en se reportant aux détails dans lesquels nous sommes entré, de retracer cette scène avec précision :

Le premier effet du poison s'est fait sentir chez la jeune femme; *elle s'est sentie refroidie* et s'est mise au lit presque habillée ; pour la réchauffer, le mari a préparé une boule d'eau qu'il a mis à ses pieds. *La douleur de tête* a dû être ressentie par l'un ou par les deux ; car ils s'étaient servis d'eau sédative en lotions sur le front. Le mari, se sentant envahi par le froid, s'est couché habillé près de sa femme, et, dans ce sommeil, la mort les a surpris.

IV. — Il ne faut donc pas croire, et c'est la conclusion pratique qui ressort de notre observation, que les gaz du charbon aient une odeur qui appelle l'attention et qu'on pense à échapper à la mort en ouvrant une fenêtre, demandant du secours. La mort peut surprendre au milieu d'un malaise qui n'est pas une asphyxie, et dont on ne soupçonne pas la nature. On se sent envahi par le froid et, au lieu de se rapprocher de la fenêtre, où est le salut, on se rapproche du foyer où brûle le charbon et d'où vient le poison.

N'est-il point important d'être prévenu de ces faits, et le devoir du médecin éclairé n'est-il pas d'avertir, autant qu'il est en son pouvoir, ceux qui l'entourent, du danger qu'ils peuvent courir, des circonstances dans lesquelles ce danger peut survenir et des précautions qu'il faut prendre.

En terminant, nous appellerons encore l'attention sur l'importance que l'on doit donner, comme signe extérieur de l'empoisonnement, à ces taches qui se virent en certaines parties du corps, aux cuisses, aux malléoles, à la poitrine, dans les parties non déclives, taches qui ne sont point des sigillations cadavériques, et dont la coloration d'un rose tendre ne saurait être confondue avec aucune autre, et enfin, sur la nécessité, dans les cas douteux, de procéder à l'analyse du sang et de rechercher le gaz toxique comme on rechercherait un poison minéral ou organique. Le mot d'asphyxie par le charbon est un terme impropre ; c'est un empoisonnement par un agent toxique, et que nous connaissons d'autant mieux que nous savons, non-seulement, quels sont ses caractères chimiques, mais encore sur quels éléments anatomiques il porte son action.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 avril 1875. — Présidence de M. WOILLEZ.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Kyste hydatique du foie. — M. DESNOS rapporte un cas analogue à celui qui fut présenté dans la dernière séance par M. Martineau, et qui avait trait à un malade atteint d'un kyste hydatique du foie, qui mourut subitement à la suite d'une ponction de ce kyste. Il s'agit d'une malade que M. Desnos eut l'occasion d'observer, il y a quelques années, à l'hôpital Lariboisière, et qui présentait tous les signes les plus nets d'un kyste hydatique du foie. Il crut devoir traiter cette malade par des applications de caustique de Vienne; mais dès la première application, elle se plaignit de très-vives douleurs, qui augmentèrent beaucoup dans la nuit ; tout à coup elle s'écria qu'elle allait mourir et s'affaissa sur son lit : elle était morte.

A l'autopsie, on ne put constater la moindre trace de péritonite, ni le plus petit épanchement dans le péritoine; on trouva au foie un kyste énorme, mais qui ne présentait aucune perforation. Le cœur était rempli de caillots; les poumons étaient exsangues. Cette malade, d'ailleurs cachectique, avait succombé à une syncope produite par l'extrême douleur résultant de l'application du caustique.

M. GÉRIN-ROZE donne lecture de l'observation dont il a parlé dans la dernière séance, et dans laquelle il s'agit d'une femme, atteinte d'un kyste hydatique du foie, qui n'a pas été ponctionnée moins de sept fois, qui a éprouvé après chaque ponction une notable amélioration et qui a très-heureusement guéri.

PRÉSENTATION D'APPAREILS

M. GAIRAL (de Carignan) présente divers appareils très-simples destinés à remédier aux descentes et aux déviations de la matrice. (Voir notre dernier *Compte rendu de la Société de chirurgie*, n° du 10 avril.)

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA MÉDICATION PAR LES BAINS FROIDS

Rhumatisme articulaire aigu; traitement par les bains froids; guérison. — M. MAURICE RAYNAUD, encouragé par les succès obtenus dans le traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids, a voulu savoir ce que deviendrait un rhumatisme aigu grave traité par la même méthode. Il confesse que c'est une véritable expérience qu'il a tentée, parfaitement convaincu d'ailleurs, par les faits antérieurs, de l'innocuité absolue de ce traitement.

Un jeune homme de vingt-quatre ans, récemment arrivé à Paris, habitait un chambre humide. Depuis le 1er mars, il ressentait des douleurs et un malaise général, qui allait toujours en augmentant. Le 11, il entre à l'hôpital avec tous les caractères d'un rhumatisme articulaire aigu. Le 12, au matin, premier bain de 22 degrés, de vingt minutes de durée ; lorsqu'on y plonge le malade, la température axillaire est de 39°4; après le bain, elle est tombée à 37°3.

Le malade se trouve très-mal dans ce premier bain, il tremble de froid pendant toute sa durée. Pourtant on constate, après, une notable amélioration ; les douleurs sont moins vives, les mouvements plus faciles. Mais cette amélioration ne dure que peu de temps; la température remonte assez promptement à 39 degrés. A cinq heures du soir, second bain dans les mêmes conditions ; à l'entrée, le température du malade est de 39°7, à la sortie de 37°6. Très-notable amélioration, douleurs beaucoup moins vives, mouvements faciles. Le lendemain matin, les douleurs ont reparu. A onze heures, troisième bain, cette fois très-bien supporté par le malade, qui déclare s'y trouver beaucoup mieux. Température à l'entrée, 38°7; à la sortie, 36°7. Quatrième bain à quatre heures ; cinquième bain à huit heures du soir ; le malade, à ce moment, ne ressent plus que des douleurs vagues, musculaires, dans tout le membre inférieur ; il peut lui-même se remuer dans son lit. Le lendemain, trois bains sont encore administrés dans les mêmes conditions, ce qui porte à huit le nombre total des bains. La température, qui est tombée jusqu'à 35°8, oscille désormais autour des limites normales et ne dépasse plus guère 37°5. Le cœur, pendant tout ce temps, est ausculté avec soin et ne présente aucun trouble.

Après le huitième bain, c'est-à-dire le 14 mars au soir, on peut considérer le malade comme guéri. Il va de mieux en mieux et entre bientôt en convalescence. Le traitement n'a pas duré plus de trois jours. Aucun accident à noter.

M. Raynaud ne voudrait pas que l'on conclût de cette observation qu'il considère les bains froids comme le seul traitement à appliquer désormais contre le rhumatisme; ce n'est pas la première fois d'ailleurs que l'on songe à traiter le rhumatisme par la réfrigération. Il rappelle en outre que toute médication, qui, comme le propylamine, par exemple, a été vantée contre cette affection, peut avoir à son actif des cas aussi favorables. Enfin il fait observer qu'en employant, dans ce cas, les bains froids, il ne s'est pas attaché à combattre la diathèse rhumatismale, ce *quid ignotum*, contre lequel jusqu'ici nous ne pouvons rien, mais qu'il s'est seulement adressé à l'un de ses éléments, l'hyperthermie.

M. CONSTANTIN PAUL demande à M. Raynaud quelques renseignements sur l'état du malade qui fait le sujet de cette observation, en particulier quelles étaient les articulations prises, et par quel moyen on arrivait à déplacer le malade pour le mettre dans le bain ; car on sait combien sont douloureux les moindres mouvements imprimés aux rhumatisants.

M. MAURICE RAYNAUD répond que, chez ce malade, six articulations se trouvaient prises complétement. Quant au procédé employé pour transporter le malade dans son bain, il consiste simplement à le faire porter par deux infirmiers, qui le prennent, l'un par la tête, l'autre par les pieds. Mais il insiste particulièrement sur ce fait que, dès le troisième bain, le malade demandait lui-même à être plongé dans l'eau froide et s'y trouvait très-bien.

M. MARTINEAU fait observer, comme d'ailleurs l'a rappelé lui-même M. Raynaud, que ce mode de traitement du rhumatisme a été institué pour la première fois depuis longtemps. Il rappelle aussi que M. Gubler emploie à peu près cette méthode et qu'il fait appliquer des compresses froides sur les articulations malades.

A cette occasion, M. Martineau annonce qu'il communiquera prochainement à la société une observation de rhumatisme cérébral traité sans succès par les bains froids. Il s'agit d'un malade qui a succombé après quarante-huit heures, malgré dix à douze bains froids qui lui ont été prescrits pendant le laps de temps. Sa température, qui était très-élevée (41 degrés et plus), remontait très-vite, après chaque bain, à ce chiffre.

M. MAURICE RAYNAUD dit qu'il existe une notable différence entre la méthode employée par M. Gubler, qui consiste à appliquer sur les articulations douloureuses des compresses froides se réchauffant après quelques minutes, et le traitement par les bains froids, tel qu'il l'a indiqué. Il rappelle en outre que, tout en étant très-encouragé par les quelques faits qu'il a déjà observés, il est bien loin de donner les bains froids comme une méthode générale de traitement, et qu'il ne présente ce nouveau fait qu'avec d'extrêmes réserves.

M. FÉRÉOL ne comprend pas ces réserves de la part de M. Raynaud. Il est incontestable, suivant lui, que M. Raynaud vient de faire connaître à la société une nouvelle méthode de traitement de rhumatisme qu'il a expérimentée avec succès. Sans avoir eu recours à ce mode de traitement pour le rhumatisme articulaire franc, M. Féréol a eu d'ailleurs l'occasion de l' appliquer, avec succès, dans un cas de fièvre typhoïde consécutive à un rhumatisme, et alors qu'il y avait encore des épanchements dans les articulations.

M. DUMONTPALLIER déclare qu'il voit avec peine M. Maurice Raynaud, avec l'autorité dont il jouit à juste titre, s'engager ainsi dans une voie où il risque d'entraîner après lui des médecins moins expérimentés et entre les mains desquels cette méthode de traitement par les bains froids peut devenir des plus dangereuses et des plus funestes pour les malades. Le temps n'est pas si loin, ajoute M. Dumontpallier, où nos maîtres nous enseignaient de protéger autant que possible les rhumatisants contre le froid, et voilà maintenant que vous nous conseillez de les plonger dans l'eau froide? Je ne suis pas encore prêt, quant à moi, de suivre une telle méthode, et je regrette de voir la société des hôpitaux compromettre en quelque sorte son autorité en appuyant de sa publicité de semblables faits.

M. MAURICE RAYNAUD n'a eu pour but que de faire connaître à la société une observation qui lui a paru intéressante, laissant à ses collègues le soin d'en tirer telles conclusions qu'ils voudront. Il n'entraîne forcément personne avec lui dans cette voie, et M. Dumontpallier le prouve bien par lui-même. S'il a commis une faute en faisant une expérience qui, par le fait a réussi, il s'en accuse en toute franchise, mais il ne croit pas compromettre la société, il ne compromet que lui-même.

M. LABOULBÈNE rappelle que, d'après les règlements, il est bien entendu que la société n'approuve ni n'improuve les faits qui lui sont communiqués, et que chacun de ses membres est seul responsable des opinions qu'il soutient.

M. POTAIN fait observer que M. Raynaud a surtout insisté sur ce fait de l'innocuité des bains froids dans le traitement du rhumatisme. Il n'a pas, quant à lui, d'expérience personnelle en ce qui concerne le rhumatisme, mais il a eu l'occasion d'observer les effets de cette médication dans la fièvre typhoïde. Ces effets n'ont pas été toujours sans danger, et il pourrait citer plusieurs exemples où ils ont été assez fâcheux. Il rapporte, entre autres, le cas d'une jeune fille atteinte d'une fièvre typhoïde très-simple, qui a été traitée par les bains froids, et qui a présenté des complications pulmonaires d'une réelle gravité.

M. MAURICE RAYNAUD fait remarquer qu'il est bien difficile de dire, en pareil cas, si c'est à la maladie elle-même ou bien au traitement par les bains froids que doivent être attribuées ces complications.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 10 avril 1875. — Présidence de M. DUMONTPALLIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Mamelles des nouveau-nés. — M. DE SYNETY communique les résultats des recherches qu'il a faites sur les mamelles des jeunes enfants. Il y a longtemps qu'on sait que ces mamelles contiennent du lait, puisque Morgagni lui-même l'a indiqué. Après quelque temps, cinq ou six jours et quelquefois davantage, car cette sécrétion lactée peut se prolonger pendant des semaines, on constate dans ces mamelles un certain nombre de modifications qui les différencient tout à fait de ce qu'elles sont au moment de la naissance.

M. de Synety rapporte, en outre, l'observation d'une jeune femme de dix-neuf ans, primipare, qui a fait une fausse couche à deux mois de grossesse. Seize jours après on constatait chez elle la présence de lait en assez grande abondance et présentant tous les caractères du lait normal adulte.

Paralysie non croisée. — M. BROWN-SEQUARD a pratiqué de nouvelles expériences qui consistent à cautériser plus ou moins profondément certaines parties du cerveau chez les cobayes. Ces cautérisations ont donné lieu, chez quatre de ces animaux, à des phénomènes de paralysie présentant plusieurs caractères spéciaux et, entre autres, ceci de particulier qu'ils se produisent du côté de la lésion cérébrale.

En observant les membres paralysés, on constate le rapprochement des doigts, comme lorsqu'on a coupé le nerf sciatique; en outre, l'animal tient levée la patte paralysée, comme le font habituellement les oiseaux, les coqs; cette patte reste ainsi levée, même pendant que l'animal tourne sur lui-même en prenant un point d'appui sur son thorax. Il n'y a pas de contracture à laquelle on puisse rapporter ce phénomène. Il est très-difficile, chez les animaux, de s'assurer de la perte du sens musculaire; mais M. Brown-Sequard, dans ce cas, ne voit pas d'autre explication possible que cette perte du sens musculaire.

Quant au siége de la paralysie du côté correspondant à la lésion cérébrale, M. Brown-Sequard annonce qu'il reviendra prochainement sur cette importante question. Pour le moment, il se borne à en indiquer les traits principaux. Il a recueilli un grand nombre d'exemples de cette paralysie chez l'homme; il les fera prochainement connaître à la société.

Les hypothèses qui ont été émises pour expliquer cette paralysie non croisée dans certaines lésions de l'encéphale sont les suivantes : on a d'abord supposé que l'entre-croisement des pyramides était une erreur d'observation et qu'il n'existait pas. Cependant il n'est pas un seul anatomiste qui ait pu constater ce défaut d'entre-croisement. C'est donc là une hypothèse qui doit être mise de côté. Un auteur allemand a soutenu cette opinion que, dans les cas de paralysie non croisée, il se faisait une propagation de la lésion, du côté atteint au côté sain, et que c'était cette lésion par propagation qui, seule, quoique moins considérable, produisait la paralysie du côté opposé, c'est-à-dire du côté correspondant à la lésion primitive. Cette explication n'est guère plus admissible que la première.

M. Brown-Sequard rappelle qu'en 1860 il a, le premier, décrit une espèce spéciale, typique, de paralysie dans laquelle la lésion se trouve constamment du côté paralysé. Il a recueilli une trentaine de cas de ce genre. Dans ces cas, la lésion ou la tumeur qui détermine cette paralysie siége au niveau de l'origine du nerf trijumeau, entre le rocher, le trijumeau, la bulbe, la protubérance et le pédoncule cérébelleux moyen.

Deux fois M. Brown-Sequard a pu diagnostiquer, pendant la vie, ce genre de lésion et le siége exact qu'elle occupait, Il rappelle un cas analogue observé par Stanney (de Londres), et dans lequel la protubérance tout entière était transformée en tissu lardacé. On ne peut, dans ce cas, invoquer la propagation de la lésion comme cause de la paralysie non croisée par rapport à la lésion primitive.

Il y a des cas aussi où la paralysie commence à se montrer du côté correspondant à la lésion cérébrale et devient bientôt double; il en est d'autres où elle commence du côté correspondant et apparaît ensuite sur le côté opposé.

Comme on le voit, ce qui a lieu dans ces cas est absolument semblable à ce qui se passe lorsqu'on pique un cordon postérieur de la moelle épinière.

M. Brown-Sequard rappelle qu'il a démontré depuis longtemps déjà que, souvent, c'était par une sorte *d'arrêt* du fonctionnement de certaines cellules cérébrales que se produisent la paralysie, que c'est par ce mécanisme que l'apoplexie peut produire l'aphasie, l'anesthésie, la perte de la connaissance, etc., et que cet arrêt ne correspond pas toujours au siége de la lésion.

Il fait ensuite passer sous les yeux de ses collègues les animaux sur lesquels ont été pratiquées ces expériences et fait observer que la paralysie siége du côté correspondant à la lésion; qu'elle présente les phénomènes particuliers dont il a parlé plus haut; que ces animaux ont de la tendance à tourner sur eux-mêmes du côté opposé à la lésion; que, suivant l'observation qui en a été faite par M. Dupuy, la température est plus élevée dans les pattes du côté paralysé que dans celles du côté opposé; que la sensibilité est entièrement conservée; qu'enfin il existe de l'amaurose du côté opposé. C'est là, d'ailleurs, la règle : l'amaurose, dans ces cas, se produit constamment du côté opposé.

Il y a, cependant, certaines lésions de la base du cerveau qui déterminent l'amaurose du côté correspondant.

M. Brown-Sequard a fait l'autopsie d'un de ces cobayes, qui est mort dans des conditions atroces; il a constaté tout d'abord l'existence de l'entre-croisement des pyramides; il a pu voir, en outre, que le cautérisation avait pénétré à une pression de plusieurs millimètres, et qu'il s'était déjà formé du pus dans les parties qui avaient été cautérisées.

En terminant, M. Brown-Séquard appelle particulièrement l'attention des physiologistes sur ces faits, et les engage à en poursuivre l'étude et à renouveler les expériences dont il vient de parler.

Jaborandi. — M. ALB. ROBIN communique les résultats de nouvelles observations sur certains effets du jaborandi, en particulier sur son action sur la muqueuse des voies urinaires. Le jaborandi, dans certains cas, détermine des besoins d'uriner, une sensation de cuisson dans le canal de l'urèthre, analogue à celle du début d'une blennorrhagie, un écoulement uréthral, parfois même un peu de cystite, mais ces phénomènes sont observés très-rarement.

A doses fractionnées, le jaborandi est un diurétique.

M. Robin cite plusieurs observations, entre autres, celles d'une nourrice qui, sous l'influence d'un érysipèle de la face, avait vu son lait disparaître complétement; du jaborandi lui fut administré; pendant le maximum d'action de ce médicament, cette femme vit ses mamelles se gonfler et son lait reparaître.

Contractilité du cœur et des muscles après la mort. — M. ONIMUS communique le résultat d'expériences qu'il a faites sur le dernier supplicié. (*Sera publié.*)

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Tardieu, professeur de médecine légale à la faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1874-1875, par M. Bergeron, agrégé près ladite faculté.

— M. Blachez, agrégé libre de la faculté de médecine de Paris, est chargé du cours complémentaire sur les maladies des enfants, institué près ladite faculté.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — Par arrêté du 8 mars, a été décidé qu'il y avait lieu de pourvoir, d'une manière définitive, à la chaire de zoologie actuellement vacante.

— *École de médecine d'Amiens.* — Par décret en date du 19 mars 1875, l'enseignement de cette école est constitué ainsi qu'il suit : anatomie; physiologie; pathologie interne; clinique interne; pathologie externe; clinique externe; accouchements; maladies des femmes et des enfants; chimie et toxicologie; thérapeutique et histoire naturelle, médicale; pharmacie et matière médicale.

— *École de médecine de Poitiers.* — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira à Poitiers le 2 novembre 1875.

— *École de médecine de Toulouse.* — L'ouverture du concours pour un emploi de suppléant d'anatomie et physiologie est reportée du 7 mars au 8 novembre 1875.

— Par décision ministérielle, en date du 15 mars 1875, M. le docteur Bloc, chef de clinique, par intérim, de la faculté de médecine de Montpellier, a été nommé médecin-inspecteur des eaux minérales d'Andabre (Aveyron).

— Un concours pour la nomination à une place de chirurgien au bureau central doit s'ouvrir le 26 avril 1875, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les candidats se présentent au nombre de seize. Ce sont: MM. Berger, Boilod, Coyne, Farabeuf, Felizet, Gillette, Humbert, Laugier, Marchand, Monod, Nepveu, Richelot, Penière, Pozzi, Terrillon, Thorens.

— M. Verrier, préparateur du cours d'accouchements de M. le professeur Pajot à la Faculté, recommencera son cours libre d'opérations obstétricales le lundi 12 avril 1875, à quatre heures, à l'amphithéâtre, 29, rue Monsieur-le-Prince; il le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

MM. les élèves seront exercés au diagnostic et aux opérations. Le cours sera terminé dans les premiers jours de juillet.

— Bonne position de médecin à prendre en ce moment, par suite de décès, dans la commune des *Rosiers*, près de Saumur (Maine-et-Loire).

S'adresser pour les renseignements, à M. le docteur Blachez, tous les jours à l'hôpital des Enfants malades, rue de Sèvres, à neuf heures.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse....	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0 900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE. maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	[illegible]
— de chaux, Chlorure de sodium, Matières organiques		0. 44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Pilules de Blancard, approuvées par l'Académie de médecine de Paris.

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Blancard

Se trouvent dans toutes les pharmacies. *Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Expérimentée avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur Bouchardat, MM. Frémy, Monod, Ricord, médecins des hôpitaux; MM. Portalès, Riégé, etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses, etc.* — Se trouve à la pharmacie SAVOYE boulevard Poissonnière, 4, Paris, et dans toutes les pharmacies.

Élixir de Roussy, à la Coca, à la Pepsine et à la Diastase.

La Coca prévient et atténue l'action locale irritante de la Pepsine et de la Diastase, et permet aux estomacs, même les plus délicats, de faire, sans aucun danger, un usage régulier et continu de ces deux principes indispensables à l'accomplissement régulier des phénomènes chimiques de la digestion.

Préparation **tonique** et **digestive**, d'un goût exquis, d'une efficacité remarquable, destinée à rendre de grands services à la thérapeutique. Employée avec succès contre les **douleurs d'estomac**, les **mauvaises digestions**, les **dyspepsies, gastralgies, vomissements**, dans les **maladies débilitantes**, enfin dans tous les cas où l'appareil digestif fonctionne mal.

Dépôt central à la pharmacie, rue Hoche, 9, à Versailles. — Dépôt à Paris (vente en gros), Marchand, 220, r. Saint-Martin. — Se trouve dans toutes les pharmacies. — Prix : 4 francs la bouteille.

Élixir Chantrel, préparé au Phosphate acide de chaux.

Le seul approuvé par le docteur H. Fremineau, docteur ès sciences.

Cet élixir est spécialement recommandé dans le traitement de toutes les affections des voies respiratoires, telles que : *Toux, catharrhes, bronchites aiguës* ou *chroniques, laryngites*, et surtout les différentes formes de *phthisie*. Son action, très-favorable aux fonctions de l'estomac, vient aider aux effets de toute médication rationnelle, sans jamais la contrarier. Dose : Deux fois par jour dans le premier verre d'eau rouge aux repas. Adultes : Une cuillère à bouche. Enfants : Deux cuillerées à café. — Dépôt général : chez Desnoix et Ce, 22, rue du Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies pour le détail. — Prix : 3 fr. 50 le flacon.

CONTREXÉVILLE

(SOURCE DU PAVILLON)

CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

TONIQUE RECONSTITUANT

AU QUINQUINA, PYROPHOSPHATE DE FER

Oranges amères et malaga

Tous les organes de la presse médicale : *Gazette des Hôpitaux, Courrier médical, France médicale, etc.*, ont depuis dix ans, signalé l'excellence de cette préparation qui contient, dissous dans d'excellent vin de Malaga, les deux éléments formateurs des *os* et du *sang*, le *quinquina* et le *pyrophosphate de fer*.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Excellent sédatif et puissant diurétique employé avec un succès constant depuis plus de 30 ans par les médecins de tous les pays contre les maladies organiques ou non organiques du cœur, les diverses hydropisies et la plupart des affections de poitrine et des bronches : pneumonie, catarrhes pulmonaires, asthmes, bronchites nerveuses, coqueluche, etc.

A la pharmacie, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*) à Paris, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraichissant

contre **CONSTIPATION, Hémorrhagies**, la **Migraine**, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.

Ph. GRILLON, 25, r. Grammont. Paris. Bte 2 fr. 50.

CONSTIPATION

Guérie sans purger par les pilules de podophylle Coirre. 3 fr. — 24, rue du Regard, Paris, et principales pharmacies.

VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE

de Ad. CARPENTIER, pharmacien, à Paris

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. Le flacon, 3 fr. 61, Boulevard Malesherbes et toutes les pharmacies.

PILULES DE LOUVARD

AU FER *PUR* (LIMAILLE DE FER BRILLANTE) **INALTÉRABLE ET A L'ABSINTHE**

A la dose de neuf par jour, en trois fois, une heure avant le repas, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et celle dont l'action est la plus rapide dans la chlorose et l'anémie. Quels que soient les désordres de l'estomac, elle est toujours bien tolérée, et, sous son influence, les fonctions digestives sont rétablies en quelques jours.

Pharmacie **LOUVARD**, rue Royale, 60, à **Versailles.** — Vente au détail, pharm. Guinhabert, 108, r. de Grenelle-Saint-Germain, Paris, et dans les principales pharmacies.

VIN MARIANI

à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques.

5 francs la bouteille.

Mariani, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO.

PHTHISIES, *Anémie*, **Rachitisme**, DIABÈTE, *Diarrhée*, **Cachexies**, *Albuminurie*, *la* **Convalescence**, *l'épuisement.* (*Gros*), 8, r. *Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

MALADIES DE POITRINE, RHUMES, ETC.

SIROP ANTIPHLOGISTIQUE DE BRIANT

Pharmacien, 150, rue de Rivoli, Paris.

Un rapport *officiel* constate : « *Que cette préparation, composée d'extraits de plantes adoucissantes et calmantes, est propre à l'usage auquel elle est destinée, et qu'elle ne contient rien de nuisible ni de dangereux.* »

VIN DE G. SEGUIN

TONIQUE & FÉBRIFUGE

« *Ce Vin remplace avec avantage toutes les préparations de Quinquina.* » (Rapport de l'Académie de Médecine).

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue Saint-Honoré.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — Thèses de concours pour l'agrégation en médecine. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. Tuberculose aiguë simulant une fièvre typhoïde. Diagnostic par l'ophthalmoscope. Tubercules de la choroïde. Importance de l'hyperesthésie thoracique. — Contractilité des muscles et du cœur après la mort. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance occupée en grande partie par la lecture de rapports de prix et par des scrutins pour le renouvellement annuel des commissions de prix. A l'occasion d'une partie du rapport de M. Pidoux sur un mémoire relatif à la tuberculose, une petite altercation s'est engagée entre M. Colin et le rapporteur, touchant les doctrines allemandes sur ce sujet.

Une lecture de M. Mialhe sur la présence de l'ammoniaque dans les urines, a ranimé, à ce point de vue particulier, la discussion sur la fermentation. MM. Mialhe et Pasteur, d'un côté, bien qu'en dissidence sur quelques points, mais d'accord sur le fond, M. Colin seul de l'autre, et entre les deux camps M. Gosselin, exposant ce qu'il a vu sans chercher à prendre parti. Telle est, en très-peu de mots, la physionomie de cette petite discussion, étranglée entre les rapports officiels et le comité secret. Ce n'est que par une petite fissure que M. Roubaud a pu placer bien juste les conclusions d'un mémoire sur le bromure de lithium.

Jusqu'à la séance publique, il faut nous attendre à des séances de même genre.

Dr BROCHIN.

THÈSES DE CONCOURS

POUR L'AGRÉGATION EN MÉDECINE (1).

De la localisation des maladies cérébrales. — De l'aphasie. — Il n'y a pas longtemps encore, des hommes faisant autorité dans la science écrivaient, à propos de la recherche des rapports du cerveau avec la pensée, que ce que la science avait de mieux à faire, c'était bien plus de montrer ce qui n'est pas que de rechercher ce qui est indémontrable, et que c'était pour elle un devoir d'écarter définitivement par la logique et par les faits la doctrine de la pluralité des organes cérébraux. Cette fin de non recevoir, qui avait sa raison d'être, opposée aux doctrines phrénologiques du commencement de ce siècle, qui ne reposaient presque exclusivement que sur des hypothèses ou sur des faits mal observés et encore plus mal interprétés, ne saurait plus prévaloir aujourd'hui contre les recherches sérieuses et les observations multipliées qui ont été faites dans ces dernières années sur la localisation de certains troubles cérébraux dans des points circonscrits et déterminés de la substance cérébrale. On n'a pas oublié la discussion à laquelle cette question a donné lieu il y a quelques années à l'Académie de médecine et l'impulsion nouvelle qui en est résultée pour cet ordre de recherches. On trouvera un exposé aussi complet que possible des résultats acquis à la suite de ce mouvement dans les deux thèses de M. Lépine, sur la localisation dans les maladies cérébrales, et de M. Legroux, sur l'aphasie.

L'aphasie n'est pas restée seulement comme expression d'un état morbide déterminé, et aujourd'hui bien étudié et bien connu, grâce aux nombreuses observations qui sont venues, de toutes parts, se grouper autour du petit nombre de faits que possédaient nos devanciers; mais deux faits importants sont venus s'ajouter à la connaissance clinique désormais très-élargie et très-circonstanciée du symptôme aphasie, et de ses variétés, savoir : la coexistence à peu près constante de ce phénomène avec l'hémiplégie droite, ce qui justifiait déjà la détermination du siége probable de la lésion dans les lobes frontaux du côté gauche; et la constatation, si non dans tous les cas rigoureusement, mais assurément dans le plus grand nombre, de la présence de cette lésion dans la troisième circonvolution frontale du côté gauche.

On trouvera dans la thèse de M. Legroux une description très-bien faite, d'après les documents les plus récents et les plus complets, du symptôme aphasie en lui-même, qu'il définit ainsi : la diminution ou la perversion de la faculté normale d'exprimer les idées par des signes conventionnels, nonobstant l'intégrité des appareils qui servent à l'expression de ces signes. On y trouvera, en outre, une étude des conditions pathologiques dans lesquelles se rencontre l'aphasie (maladies organiques du cerveau, lésions traumatiques du crâne ou de l'encéphale, névroses, troubles fonctionnels, etc.); une étude de l'anatomie pathologique ou de la question spéciale de la localisation de la faculté du langage, dans laquelle les exceptions et les faits contradictoires ne sont pas dissimulés; du diagnostic, du pronostic et du traitement (partie très-pauvre malheureusement). Il termine par des considérations très-intéressantes sur le point de vue médico-légal et par une collection d'observations variées des différents types d'aphasies.

Depuis que la localisation du siége de la parole a été admise dans la science, de nouveaux centres moteurs ont été décou-

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 avril.

verts. Autant de faits à ajouter à l'histoire de la localisation dans les maladies cérébrales que M. Lépine a eu à traiter.

Voici, d'après des expériences qui ont fait un assez grand bruit dans ces derniers temps, quels seraient les centres moteurs nouveaux qu'on aurait pu déterminer :

1° Les centres, pour les mouvements des membres antérieur et postérieur, occuperaient la circonvolution pariétale ascendante dans ses deux tiers supérieurs. Le membre antérieur seul paraîtrait avoir aussi, en partie, son centre dans le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante.

2° Un centre pour les mouvements de la tête et du cou se trouve sur la première circonvolution frontale et à sa partie postérieure.

3° Un centre pour les mouvements de la face et des paupières sur la deuxième circonvolution frontale en arrière.

4° Un centre pour les mouvements des mâchoires, des lèvres et de la langue sur la troisième circonvolution frontale (la plus rapprochée de la scissure de Sylvius), à sa partie postérieure.

5° Un centre pour les globes oculaires en arrière dans un point particulier du lobe pariétal (pli courbe).

Mais ces déterminations sont loin d'être assez certaines pour qu'on les admette sans contrôle. Quelques-unes ont été l'objet de contestations. M. Lépine demande ses témoignages à la clinique. Que dit-elle à cet égard ?

De plusieurs observations très-intéressantes que M. Lépine rapporte dans sa thèse, il ressort que si la lésion constatée dans quelques-unes d'entre elles n'occupe pas avec une exactitude géométrique les points qu'on aurait pu prévoir d'après les expériences faites sur des animaux (le singe), et si la concordance à cet égard n'a pas été aussi parfaite entre les faits observés et les résultats de l'expérimentation, il n'y aurait pas lieu de trop s'arrêter à ces différences de détail, qui pourraient d'ailleurs trouver en partie leur explication.

D'après M. Lépine, ces centres moteurs, dont la topographie est connue d'une manière approximative, mais suffisante pour les besoins de la clinique, exerceraient chacun leur action sur un groupe de muscles du côté opposé du corps. Seuls les centres de certains groupes musculaires, notamment de ceux des lèvres et de la langue, sont unis au point de vue fonctionnel d'une manière si intime avec ceux de l'autre côté, que l'excitation unilatérale provoque des contractions des deux côtés.

En résumé, les expériences et les observations concorderaient pour établir que les centres moteurs des membres sont situés vers la partie supérieure du sillon de Rolando; le territoire des centres de la partie supérieure de la face, en arrière du sillon de Rolando et au-dessous des centres du membre supérieur. Celui des lèvres et de la langue est situé dans la troisième circonvolution. Enfin la clinique montre que, dans un même territoire, il y a une certaine indifférence fonctionnelle, et qu'il peut se faire une suppléance d'un territoire par un autre. On en trouve la preuve dans la guérison des malades atteints de petites lésions, ainsi que dans les animaux qui n'ont subi qu'une ablation circonscrite. Mais lorsque la lésion ou la destruction expérimentale a lieu dans une certaine étendue, rien de semblable ne se produit.

Le doute subsiste encore sur les centres sensitifs et sensoriels de l'écorce. L'expérimentation est à peu près inutile à cet égard. L'anatomie ne donne que des éléments de probabilité en montrant la terminaison dans le lobe occipital des fibres sensitives et sensorielles. Les faits cliniques tendraient à l'appuyer par l'observation faite depuis longtemps d'absence d'hémiplégie avec des ramollissements étendus des lobes postérieurs. Mais y a-t-il, dans l'écorce occipitale, des territoires distincts de sensibilité. C'est ce qu'on ignore et ce que la pathologie seule est apte à nous apprendre par la suite.

On est mieux renseigné, sur un point qui a été éclairci dans ces derniers temps : c'est celui qui est relatif au faisceau sensitivo-sensoriel de la couronne rayonnante de Reil, dont la lésion donne lieu aux hémi-anesthésies dont nous entretenions récemment nos lecteurs dans une de nos revues cliniques.

M. Lépine a eu garde d'omettre ce point intéressant et nouveau de physiologie pathologique.

La recherche des localisations fonctionnelles dans le corps strié, dans la couche optique, dans les tubercules quadrijumeaux, lui donne l'occasion de rappeler tout ce que l'on doit, à cet égard, aux faits pathologiques.

De là M. Lépine passe à l'étude des sources du diagnostic du siége d'une lésion cérébrale, qui se déduit en partie des signes fournis par les notions précédemment énoncées. C'est là la partie essentiellement médicale de cette savante dissertation, qui est riche de faits cliniques et de recherches anatomo-pathologiques.

Des paralysies bulbaires. — Ce n'est que depuis un petit nombre d'années que la pathologie du bulbe a pris naissance. L'une des difficultés qui ont dû contribuer à prolonger l'ignorance où l'on était à cet égard provenait surtout de ce que la plupart des lésions dont il est le siége atteignent, en même temps, soit les parties voisines de l'isthme de l'encéphale, soit la moelle épinière, et qu'il est souvent difficile de séparer les symptômes bulbaires de ceux qui sont provoqués par les altérations de ces organes.

Quelques observations cliniques d'origine relativement récente ont servi de type à l'expression morbide de l'altération du bulbe. L'anatomie pathologiqne, et surtout le rapprochement avec les cas analogues que présente la pathologie de la moelle épinière ont permis de séparer les espèces morbides diverses auxquelles ils appartiennent.

Du reste, la distinction n'est pas toujours aisée, ni même possible, par la raison toute naturelle que le bulbe n'étant que le prolongement de la moelle, il doit exister nécessairement une grande parenté et même une similitude complète entre leurs affections. Quelques-unes peuvent même les intéresser simultanément et leur être communes.

Telles sont, notamment, la sclérose en plaques, la sclérose latérale amyotrophique, la paralysie générale spinale, la paralysie générale des aliénés, l'atrophie musculaire progressive, la paralysie glosso-labio-laryngée, maladies ne différant que par leur localisation et appartenant à un même type morbide, que l'on pourrait, d'après M. Hallopeau, appeler l'atrophie primitive chronique des noyaux moteurs. Insistant surtout sur le mécanisme suivant lequel ces diverses affections peuvent provoquer l'atrophie des noyaux du bulbe et l'ensemble symptomatique qui en est l'expressiou, M. Hallopeau distingue deux modes bien différents : dans l'un, l'atrophie existe seule, les lésions sont limitées aux cellules, il s'agit d'une maladie primitive de ces organes ; c'est ce que l'on observe dans la paralysie glosso-labio-laryngée et dans l'atrophie musculaire progressive ; dans l'autre, l'atrophie coïncide avec des lésions inflammatoires qui existent simultanément dans les noyaux et dans la substance blanche ; il y a à la fois sclérose et atrophie. Mais il s'agit d'une myélite interstitielle qui a provoqué secondairement l'atrophie des noyaux, ou d'une inflammation des noyaux qui a envahi ultérieurement ou simultanément la substance blanche.

Ces altérations peuvent se rencontrer dans les deux formes

distinctes de myélites décrites, l'une sous le nom de sclérose latérale amyotrophique, et l'autre sous le nom de paralysie générale spinale.

La paralysie générale spinale peut donner lieu, comme la sclérose latérale amyotrophique, à des paralysies bulbaires.

Le premier type que décrit M. Hallopeau est celui de la paralysie glosso-labio-laryngée, maladie nettement définie et caractérisée au point de vue anatomique par l'atrophie primitive des noyaux du bulbe, au point de vue symptomatique par le siége et l'évolution des paralysies.

Il étudie ensuite l'atrophie musculaire progressive, qu'il considère comme constituant avec la précédente un seul et même type morbide.

Il s'occupe après des paralysies que l'on rencontre dans les autres affections spino-bulbaires; puis des paralysies symptomatiques de foyers nécrobiotiques ou hémorrhagiques, d'affections cérébrales de tumeurs ou de traumatismes. Il passe ainsi en revue toutes les paralysies que l'on peut rattacher à une lésion déterminée du bulbe; et il étudie, enfin, toute cette classe de paralysies que leur localisation et leur mode de production permettent de rattacher à un trouble dans les fonctions du bulbe, sans qu'il ait été possible jusqu'ici de démontrer l'existence d'une lésion de cet organe, et alors même que parfois on n'y peut soupçonner qu'une modification passagère et peu considérable. Telles sont les paralysies que l'on observe dans la diphthérie, dans la convalescence des maladies aiguës, dans certaines intoxications et dans l'hystérie.

(A suivre.)

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

Tuberculose aiguë simulant une fièvre typhoïde. — Diagnostic par l'ophthalmoscope. — Tubercules de la choroïde. — Importance de l'hyperesthésie thoracique (1).

II.

En dehors de l'oculistique et des maladies locales de l'œil, qui sont du domaine des oculistes, il y a les maladies de l'œil, avec ou sans troubles visuels, qui sont du domaine de la médecine et que les oculistes ne peuvent étudier ni connaître.

Ce sont ces maladies que j'ai étudiées depuis douze ans et dont j'ai recueilli plus de mille observations écrites, formant la base de mon *Traité de diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscope* et d'un *Atlas d'ophthalmoscopie médicale*, qui va paraître prochainement.

Je ne me suis pas contenté de recueillir les faits, j'ai voulu en découvrir la nature et les lois à l'aide de l'anatomie, de l'histologie et de la physiologie. J'y suis arrivé et mon initiative commence à porter ses fruits. Les jeunes générations médicales ne cherchent que la vérité, sans porter d'envie à ceux qui la font connaître, et bientôt l'ophthalmoscopie sera aux yeux du médecin ce que l'auscultation est vis-à-vis de tous pour les maladies cardiaques et pulmonaires.

Toutes les fois que le cerveau ou la moelle épinière sont gravement malades, leur lésion retentit dans l'œil et se reflète sur la papille du nerf optique, sur la rétine et sur la choroïde, en formant des névrites ou névro-rétinites et des choroïdites qu'il faut apprendre à connaître pour en interpréter la signification. C'est, comme je l'ai dit, une véritable *cérébroscopie*, c'est-à-dire un moyen de voir dans le fond de l'œil ce qui se passe dans le cerveau.

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 avril.

Il y a quatre espèces de névro-rétinites dans les maladies cérébro-spinales.

La *première* et la plus fréquente des névro-rétines que l'on observe dans les méningites; dans la phlébite des sinus de la dure-mère; dans l'hydrocéphalie; dans les fortes hémorrhagies cérébrales; dans les contusions du cerveau avec épanchement intra-crânien; dans les grosses hémorrhagies méningées, etc., c'est la *névro-rétinite mécanique* par obstruction et arrêt de la circulation méningée.

La *deuxième espèce* ou névro-rétinite descendante, provient des encéphalites aiguës et chroniques ou des tumeurs du cerveau qui, de propre en proche, gagnent de la partie malade la bandelette des nerfs optiques et atteignent la papille.

La *troisième* est la névrite ascendante, réflexe des maladies spinales, par l'action paralysante vaso-motrice du nerf grand sympathique, qui prend ses origines dans la moelle dorsale.

La *quatrième* est la névro-rétinite et la névro-choroïdite diathésique de la scrofule, de la syphilis, de la leucémie, du diabète. etc.

Dans la première, le nerf optique est gonflé; il paraît rouge, aplati, diffus, nébuleux et les bords de la papille voilés sur un côté ou sur toute la circonférence plus ou moins visibles. Les vaisseaux propres du nerf sont plus nombreux, puis il se fait une transsudation séreuse qui rend la papille rouge grisâtre, qui s'étend sur la rétine autour de la papille et parfois le long des veines. Enfin le nerf optique peut être tout à fait effacé, et l'on n'en reconnaît plus le point d'insertion que par le point d'émergence des vaisseaux.

Les veines rétiniennes sont dilatées, flexueuses ou variqueuses, renfermant parfois des thromboses qui représentent un état pareil des veines méningées et des sinus de la dure-mère. Si la dilatation est trop forte, il en résulte des ruptures et des hémorrhagies.

Plus tard, les artères cessent d'être visibles, par suite de la compression qu'elles subissent dans le nerf optique comprimé par la sérosité épanchée entre lui et la gaîne fibreuse, sérosité descendue de l'espace sous-arachnoïdien jusqu'à la sclérotique. Voilà pourquoi, dans presque tous les dessins coloriés, que je vous montre, vous ne voyez que des veines dilatées et assez rarement des artères.

C'est dans cette forme que vous voyez sur la papille, ordinairement à ses bords et sur la rétine, des infiltrations grisâtres, opalines, que les oculistes appellent à tort des exsudats. Ce ne sont pas des exsudats. Ces taches opalines ne sont pas autre chose qu'une dégénérescence graisseuse des éléments de la rétine autour de la papille. C'est de la stéatose, et plus la maladie cérébro-spinale est avancée, plus la stéatose névro-rétinienne est considérable.

Je ne me suis pas contenté de voir et de dessiner ces lésions. Comme les occasions ne manquent pas de les étudier sur le cadavre, j'en ai fait faire l'examen histologique.

Sur des coupes perpendiculaires à l'axe du nerf et sur des coupes longitudinales, on voit les éléments nerveux pressés par des fibres conjonctives lisses, avec ou sans noyau, par des fibres élastiques et des cellules fusiformes, et les tubes nerveux altérés sont remplis de granulations graisseuses.

La cause de cette première variété de névro-rétinite est facile à comprendre. Elle est toute mécanique, et de même que l'on voit les veines des membres augmenter dans la grossesse, lorsque l'utérus presse sur la veine cave inférieure, de même tout obstacle à la circulation intra-crânienne empêchant le sang de l'œil de revenir dans le sinus caverneux, détermine les varicosités rétiniennes. Que ce soient des thromboses des

veines meningées ou des sinus comme dans la méningite; — des phlébites des sinus produites par une cachexie infantile aux approches de la mort; — une grosse hémorrhagie méningée; un épanchement séreux ventriculaire, etc., le résultat est inévitable. Il y a là une cause anatomique que tout le monde peut comprendre. Obstruction ou arrêt sur le passage du sang de l'œil qui revient au cœur et reflux à la périphérie dans les veines rétiniennes, tout cela se tient, et il est impossible qu'il en soit autrement.

Le gonflement et l'infiltration séreuse du nerf optique s'expliquent de la même façon, depuis que l'on sait que la sérosité des espaces sous-arachnoïdiens descend dans la gaîne fibreuse du nerf optique sur le nerf qu'elle étouffe. On comprend que, sous l'influence de cette pression, la circulation du nerf soit gênée et qu'il y ait une infiltration séreuse de ses éléments.

Comme vous le voyez, la névro-rétinite se fait ici en quelque sorte par stase séro-sanguine, d'où résulte des altérations de nutrition des éléments nerveux.

La deuxième forme de névro-rétinite, que j'appelle névrite descendante, dépend de la propagation de l'irritation et de la dégénérescence du tissu cérébral à l'origine des nerfs optiques et de là à la papille. Elle s'observe dans les encéphalites chroniques et dans les tumeurs du cerveau entourées d'une zone d'inflammation. L'altération de nutrition de toute la substance encéphalique gagne tous les nerfs qui en émanent et vont plus ou moins dans leur étendue.

La troisième forme de névrite optique, que j'appelle réflexe, est celle des maladies de la moelle, de la myélite, de certaines scléroses, de l'ataxie locomotrice, de la chorée, etc. Seulement on se demande comment les maladies de la moelle peuvent avoir une action atrophique sur le nerf optique. L'explication est toute physiologique, et elle se rattache à l'expérience si connue de la section du nerf grand sympathique au cou. En effet, après la section de ce nerf, si l'on irrite le bout supérieur, on produit l'hyperémie paralytique vaso-motrice du fond de l'œil. C'est une expérience que j'ai faite le premier et qu'on trouve dans mon *Traité de diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscope.*

Or, comme le nerf sympathique a ses origines dans la moelle au niveau des deux premières paires dorsales, et que la section de leurs racines, faite par Bernard, donne les mêmes résultats que celle du sympathique, il est évident que l'irritation de la moelle se transmet par le nerf sympathique à la substance cérébrale ou au nerf optique, et que les maladies spinales agissent d'une façon réflexe sur la circulation oculaire.

Ce que la physiologie fait connaître est d'ailleurs pleinement justifié par la clinique. Ainsi j'ai le premier démontré que, au début de l'ataxie locomotrice, il y avait une hyperémie papillaire diffuse, conduisant à l'atrophie blanche du nerf optique, constatée à la dernière période du mal, et le dessin coloré de cette lésion se trouve dans les *Mémoires de la Société de biologie.*

J'ai démontré aussi que dans la chorée violente, qui n'est qu'une névrose congestive de la moelle, il y avait toujours un commencement de névrite optique due à l'hyperémie de la papille.

Cette névro-rétinite réflexe s'observe aussi dans les plaies du sourcil, et c'est cette hyperémie presque immédiate qui conduit progressivement à l'amaurose signalée par Hippocrate, et qui résulte de l'atrophie blanche du nerf.

C'est une névrite de même nature qui s'observe dans certains cas d'amaurose diphthéritique, ainsi que cela se voit sur les dessins de cet album, et je n'accepte en rien les dénégations faites à cet égard par quelques oculistes incompétents.

La dernière variété de névrite optique est la *névro-rétinite diathésique,* tuberculeuse, syphilitique, leucémique, glycosurique, etc.; c'est la première de ces diathèses qui donne lieu à la diffusion séreuse de la papille, à la stéatose partielle de la rétine, et aux granulations graisseuses de cette membrane compliquées de tubercules de la choroïde, c'est-à-dire de choroïdite tuberculeuse; quant aux autres, je ne fais que les mentionner, et elles n'ont aucun rapport avec le fait que je discute, et je n'en parlerai pas.

En résumé, pour finir cette rapide exposition, vous voyez que la *Cérébroscopie* repose sur des faits anatomiques, physiologiques et cliniques incontestables. Depuis 1862, je m'applique à en répandre l'usage, et dans quelques années il sera aussi impossible de ne pas examiner l'œil d'un sujet atteint d'une maladie cérébro-spinale qu'il est impossible aujourd'hui de ne pas ausculter une pneumonie.

Rappelez-vous que, en dehors des affections locales de l'œil, dans les maladies du système nerveux, toute altération de la papille, de la rétine et de la choroïde représente une lésion semblable du cerveau et de la moelle.

Ainsi : L'hyperémie et l'œdème de la papille indiquent l'hyperémie cérébrale ou méningée et la suffusion séreuse de l'arachnoïde.

La dilatation, les varices et les thromboses des veines rétiniennes indiquent des dilatations, des thromboses dans les veines méningées et dans les sinus de la dure-mère, ou un obstacle quelconque à la circulation intra-crânienne.

Les anévrysmes miliaires des artères de la rétine indiquent des anévrysmes miliaires des artères du cerveau.

L'atrophie des éléments de la rétine et des cellules choroïdiennes indique l'atrophie des éléments nerveux de l'encéphale, dans la tuberculose et la cachexie scrofuleuse ou entérique.

La viduité du système vasculaire rétino-choroïdien indique la vacuité de système circulaire général, et la mort.

Les granulations tuberculeuses de la choroïde indiquent des granulations semblables de la pie-mère cérébrale ou rachidienne, du cerveau et des autres organes.

Je m'arrête sur ces choses principales, car je pourrais m'étendre bien davantage sur ce que l'on peut diagnostiquer dans le cerveau d'après certaines altérations du fond de l'œil. Ce sont des faits que vous trouverez dans mes livres d'ophthalmoscopie, dans mon *Traité des maladies de l'enfance*, dans ma *Pathologie générale* et dans l'article *Cérébroscopie* de mon *Dictionnaire*, etc. J'en ai fait l'objet exclusif de mes recherches depuis 1862, et l'on ne passe pas douze ans de sa vie à des recherches qui ne donnent pas de résultat. Dans cette longue période d'années, je n'ai pas eu à exagérer la signification de ce que je voyais. Tout ce que je vous ai dit résulte de l'observation, et les nombreux dessins que je viens de vous montrer en sont la preuve. Expériences sur les animaux reproduisant ce que j'ai vu chez l'homme. Histologie constatant sur les tissus les lésions révélées par l'ophthalmoscope. Clinique multipliant les faits à l'infini dans toutes les maladies du cerveau et de la moelle, rien n'y manque. L'œuvre est complète. Ceux qui viendront après moi ne pourront que confirmer ce que j'ai découvert, et je puis répéter en terminant ces mots qui résument la séméiologie nouvelle :

Par l'ophthalmoscope, le médecin peut voir ce qui se passe dans le cerveau.

CONTRACTILITÉ DES MUSCLES ET DU COEUR

APRÈS LA MORT

M. Onimus a eu l'occasion, chez le dernier supplicié, d'observer quelques faits relatifs à la contractilité du cœur et du tissu musculaire. Deux heures après l'exécution, le thorax étant ouvert, il put constater que l'oreillette droite se contractait encore très-énergiquement sous l'influence de toute espèce d'excitant, appliqué directement sur un point quelconque du cœur. Le ventricule ne se contractait plus, et, à l'œil nu, il était impossible de constater le moindre mouvement en rapport avec le battement de l'oreillette. Mais, en serrant le cœur dans la main, on sentait un léger frémissement du ventricule, chaque fois qu'on déterminait une contraction de l'oreillette.

L'application des courants continus ou des courants induits sur le ventricule produisait un léger resserrement local des fibres musculaires, mais aucun mouvement d'ensemble. Jamais, chez aucun supplicié, M. Onimus n'a vu la vitalité de l'oreillette persister aussi longtemps que chez ce dernier; en effet, le cœur étant exposé à l'air deux heures après la mort, trois heures après, c'est-à-dire cinq heures après la mort, on pouvait encore déterminer, à l'aide de courants continus, des contractions de l'oreillette.

Voici dans quel ordre se sont succédé les phénomènes observés: pendant trois heures, après la mort, on a pu déterminer des contractions de l'oreillette par une irritation mécanique, et les courants induits produisaient, mais seulement appliqués directement sur l'organe, une contraction d'ensemble très-nette et rapide, au moment de leur application, et quelquefois au moment où l'on enlevait les réophores. Pendant le passage de ces courants, l'oreillette était immobile et en légère dilatation, Les courants continus produisaient aussi ces contractions, mais lorsqu'ils agissaient à une distance de 10 à 15 centimètres. En outre, pendant le passage des courants continus, on constatait des contractions rhythmiques, jusqu'à cinq par minute. Ces contractions rhythmiques ne se produisaient que lorsque les électrodes du courant n'étaient pas appliqués directement sur l'oreillette, car, dans l'excitation directe, il y avait une série d'ondulations partielles qui empêchaient les mouvements d'ensemble. Ces contractions n'ont pu être constatées que pendant un quart d'heure.

Deux heures et demie après la mort, les excitations mécaniques ne produisaient plus de contractions, mais les courants induits en produisaient encore. En étudiant ces contractions produites sous l'influence des courants induits, on voyait très-distinctement les fibres musculaires se contracter localement près des rhéophores et de là le mouvement s'étendre progressivement aux fibres voisines. Lorsque cette contraction locale s'était répandue dans une zone assez étendue, il survenait alors tout à coup un battement, c'est-à-dire une contraction en masse. Enfin cette contraction d'ensemble disparut complétement; il n'y eut plus qu'une sorte de mouvement vermiculaire et, quelques instants plus tard, toute excitabilité par les courants induits était abolie.

A ce moment les courants continus parvenaient encore facilement à déterminer des contractions de l'oreillette, mais moins rapides et incomplètes. L'action des courants continus s'est exercée pendant une demi-heure, après que les courants induits avaient perdu toute leur influence.

Quant aux muscles, la contractilité était conservée, au commencement, pour presque tous les muscles du tronc; et l'on pouvait provoquer des contractions à travers la peau.

L'excitabilité des troncs nerveux était déjà perdue dès le début de l'expérience. Les muscles intercostaux surtout sont remarquables par la persistance de leur excitabilité.

Trois heures et demie après la mort, on ne pouvait plus déterminer la contraction dans aucun muscle à travers la peau, mais on pouvait encore en provoquer en mettant le muscle à nu. On distingue ici encore des différences très-nettes entre les courants induits et les courants continus.

Avec les premiers, on obtient dans une première période une contraction rapide de la totalité des fibres musculaires qui se trouvent entre les deux rhéophores, puis la contraction est limitée aux seules fibres en contact avec les rhéophores et devient alors plus lente. Dans une seconde période, la contraction ou plutôt un léger resserrement se produit seulement dans une très-petite portion de la fibre qui se trouve sous le rhéophore.

Avec les courants continus, la contraction, qui s'étendait d'abord au muscle tout entier, se limite bientôt aussi aux fibres les plus rapprochées des rhéophores; l'excitation d'abord plus prononcée près du pôle négatif, devint peu à peu plus étendue près du pôle positif. La contractilité par les courants continus persiste plus longtemps que celle qu'on obtient par les courants induits. Lorsqu'elle n'existe plus que pour les premiers, elle se fait avec beaucoup de lenteur, en vingt-cinq ou trente-cinq secondes. Il en est de même du relâchement. Avec deux interruptions par minute, on produit le tétanos.

Lorsque la contractilité électro-musculaire a disparu, l'excitation par le choc détermine encore la contraction idio-musculaire.

M. Onimus fait observer que plusieurs de ces phénomènes correspondent à ceux que l'on observe dans certains cas de paralysie périphérique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 avril 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur Manouvriez fils, médecin de la maison d'arrêt de Valenciennes, sur les épidémies et endémies d'anémie des mineurs, dites d'Anzin, observées depuis 1803 jusqu'à nos jours (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Raimbert (de Châteaudun) intitulé : *Du traitement du charbon chez l'homme par les injections sous-cutanées de liquides antivirulents* (commission : MM. Bouley, Laboulbène et Davaine).

2° Une lettre de M. le docteur Willemin, médecin-inspecteur adjoint des eaux de Vichy, qui sollicite le titre de membre correspondant.

PRÉSENTATION

M. BLOT présente, au nom de M. Chéreau, un volume intitulé: *les Dix Couches de Marie de Médicis,* racontées par Louise Boursier, sa sage-femme.

M. COLIN, à l'occasion de la présentation faite dans la dernière séance par M. Depaul, au nom de M. Poullet (de Lyon), d'un tracteur mécanique, fait observer que cet appareil a été imaginé depuis plus d'une quinzaine d'années par M. Baron, pour être appliqué à l'art vétérinaire.

RAPPORTS

M. CHARCOT lit un rapport sur une observation présentée par M. le docteur Lajoux, de Boissy-Saint-Léger, et ayant pour titre : *Opération et guérison d'un kyste hydatique suppuré du foie.*

M. Charcot signale dans cette observation une modification apportée à la méthode primitive de Récamier, la mise en usage de l'aspiration. Il fait remarquer, en terminant, que trois ans se sont écoulés depuis l'époque où la guérison du malade de M. Lajoux a pu être considérée comme définitive, point important, ajoute-t-il, malheureusement trop souvent négligé par des observateurs pressés de signaler un succès que le temps dément quelquefois plus tard.

La commission dont M. Charcot est l'organe propose d'adresser à M. Lajoux des remercîments pour son intéressante communication. (Adopté.)

M. PIDOUX lit le rapport sur le concours du prix Godard.

Parmi les mémoires signalés par M. le rapporteur, il en est un relatif à la tuberculose et un autre relatif à la fièvre puerpérale.

DISCUSSION

Tuberculose. — M. COLIN fait observer que M. Pidoux, en analysant le mémoire sur la pathogénie de la tuberculose, semble admet-

tre avec son auteur que le tubercule se développe dans les cellules épithéliales. « Lorsque, dit-il, on étudie avec soin le développement du tubercule, on le voit se former, au contraire, dans le tissu pulmonaire sans amener aucune modification de l'épithélium. » Il ne croit donc pas qu'on puisse accepter sans réserve la doctrine soutenue dans le mémoire dont vient de parler M. Pidoux.

Il semblerait, en outre, d'après M. Pidoux, que les auteurs allemands eussent soutenu qu'il fallait distinguer l'état caséeux du tubercule comme étant deux états morbides différents et n'ayant entre eux aucun rapport. Il est dit, au contraire, dans la plupart de ces auteurs, en particulier dans Virchow, que l'état caséeux résulte du tubercule, que les granulations grises précèdent toujours le développement de la matière caséeuse. Il ne faut pas prêter à ces auteurs des opinions qu'ils n'ont pas exprimées.

M. PIDOUX soutient, contrairement à M. Colin, que les auteurs allemands et Virchow lui-même ont très-sûrement exprimé les opinions qu'il vient de citer.

Fièvre puerpérale. — M. BLOT, à l'occasion du mémoire sur la fièvre puerpérale, dit qu'il proteste contre une opinion, soutenue dans ce mémoire, qui veut que la fièvre puerpérale ne soit, dans beaucoup de cas, que la période ultime de la fièvre de lait.

M. DEPAUL va plus loin et nie l'existence de la fièvre de lait. Quiconque sait observer des malades, dit-il, reconnaît que la fièvre de lait n'existe pas.

M. PIDOUX répond qu'il croit savoir observer les malades et que pourtant, contrairement à M. Depaul, il a pu bien souvent constater l'existence de la fièvre de lait.

LECTURE

M. COLIN lit le rapport sur le concours pour le prix Rufz de Lavison, dont le sujet était : « Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. »

La discussion des conclusions de ce rapport ainsi que de celui de M. Pidoux est renvoyée au comité secret, qui aura lieu après la séance publique.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FERMENTATION

M. MIALHE lit une note sur l'ammoniaque dans l'urine.

M. Mialhe pense que la présence du carbone d'ammoniaque dans l'urine, avant son émission, est toujours liée à la présence du ferment ammoniacal de l'urée, et il se croit autorisé à penser ainsi, non-seulement en s'appuyant sur l'ensemble des arguments de raison et de fait qui ont été si clairement exposés par M. Pasteur, mais encore parce qu'un expérimentateur plus strictement sévère, Martin-Magron, affirmait que le carbonate d'ammoniaque n'existe jamais dans l'urine d'un malade qui n'a pas été sondé.

En insistant aussi fortement sur la valeur de l'explication de M. Pasteur, M. Mialhe ne voudrait toutefois pas donner à croire qu'il considère comme certain que l'urée dans l'organisme ne puisse être métamorphosé en carbonate d'ammoniaque par une tout autre cause ; car telle n'est pas sa pensée. Ce qu'il affirme seulement, c'est que lorsque l'urine renferme du carbonate d'ammoniaque, ce composé ne provient pas du sang, mais qu'il a pris naissance dans la vessie.

M. Mialhe termine sa note en la résumant en ces termes :

En résumé, lorsqu'une urine est rendue alcaline par la présence de l'ammoniaque, cette ammoniaque, comme le pense M. Pasteur, est toujours liée à l'existence du ferment ammoniacal de l'urée, seulement, il convient de faire remarquer que l'urine de l'homme est parfois alcaline, bien que ne renfermant pas la plus petite trace d'ammoniaque. Elle doit alors son alcalinité à des bicarbonates de soude, de potasse, de chaux et de magnésie, en un mot elle est alcaline au même titre que l'urine des animaux herbivores. Or ces deux sortes d'urines alcalines donnent lieu à deux espèces de gravelles bien distinctes sur la nature desquelles M. Mialhe entre ici dans quelques détails.

M. COLIN. M. Mialhe, d'accord en cela avec M. Pasteur, prétend que la présence du carbonate d'ammoniaque dans les urines est liée à la présence du petit ferment ammoniacal. J'ai injecté dans la vessie d'une vache une grande quantité de matières putrides, j'ai fait en sorte que ces matières restassent un certain temps en contact avec la muqueuse vésicale, et d'ailleurs jamais la vessie ne se vide complétement chez les herbivores. Or comment se fait-il que si l'on vient à examiner ces urines, on n'y trouve pas la moindre trace de carbonate d'ammoniaque, quoiqu'elles soient fortement chargées de vibrions. Comment messieurs les chimistes qui expliquent tout avec une si grande facilité, expliqueront-ils ce fait ?

M. PASTEUR fait observer que cette expérience n'infirme en rien le fait qu'il a signalé, savoir que l'introduction d'une sonde dans la vessie peut donner lieu à l'écoulement d'une urine ammoniacale. Pour que l'expérience de M. Colin eût quelque valeur, il aurait fallu qu'il commençât par déterminer une altération quelconque de la muqueuse vésicale chez la vache sur laquelle il a expérimenté.

L'urine, en effet, même à la suite de l'introduction d'une sonde chargée de vibrions, ne devient ammoniacale que sous l'influence d'une affection préalable de la vessie. Dans l'expérience de M. Colin, rien ne vient donc infirmer cette proposition qu'il n'existe pas un seul fait dans la science où l'on ait constaté la présence du carbonate d'ammoniaque dans l'urine, sans que l'on ait en même temps constaté celle du petit ferment ammoniacal. M. Albert Robin, qui a fait, avec M. Gosselin, les recherches qui ont été communiquées sur ce sujet à l'Académie des sciences, a déclaré tout récemment à M. Pasteur que constamment, depuis l'époque où a été faite cette communication, il a confirmé ce fait de la présence du petit ferment ammoniacal dans les urines ammoniacales.

M. Pasteur lit en outre plusieurs passages d'un article inséré dans la *Gazette hebdomadaire*, avril 1864, qui vient complétement à l'appui de sa manière de voir.

M. GOSSELIN fait observer qu'il n'est pas nécessaire qu'une sonde soit introduite dans la vessie, pour que les urines deviennent ammoniacales. Elles peuvent le devenir sans cela. Il affirme en outre que jamais les urines ne deviennent ammoniacales sans qu'il y ait une condition pathologique spéciale, une inflammation, le plus souvent une inflammation suppurative du côté des voies urinaires.

Enfin M. Gosselin admet que l'urine peut se former ammoniacale dans les reins. Cela lui paraît démontré par l'expérience suivante : chez un malade dans la vessie duquel on a constaté la présence de l'urine ammoniacale, après avoir vidé sa vessie, il fait une injection d'eau phéniquée ; il fait plusieurs injections en changeant chaque fois de sonde et en ayant soin de les chauffer au moment de les introduire ; puis il laisse une sonde, ainsi nettoyée, à demeure dans la vessie, afin que l'urine s'écoule à mesure qu'elle y arrive.

Or cette urine, provenant directement des reins est déjà ammoniacale. Elle se forme donc ammoniacale sous l'influence de conditions pathologiques spéciales, en particulier d'une néphrite suppurative.

M. CHAUFFARD appuye cette opinion que, dans les cas où l'on constate la présence de l'urine ammoniacale, il existe une condition étiologique spéciale, un état morbide particulier.

LECTURE

M. ROUBAUD donne lecture des conclusions d'un travail sur le bromure de lithium.

Voici ces conclusions :

1° Le bromure de lithium est un médicament à double effet;

2° Il possède à un haut degré les propriétés lithontriptiques que tout le monde reconnaît aux sels de lithine ;

3° Il affecte d'une manière plus énergique que les autres bromures la sensibilité réflexe, sans avoir sur le cœur les inconvénients du bromure de potassium.

4° Par conséquent, sa place dans la thérapeutique est marquée au premier rang des médicaments antilisiaques et des médicaments sédatifs, et son action est surtout précieuse dans les accidents de la diathèse urique, qui s'accompagnent de phénomènes douloureux, et dans les névroses, qui sont si souvent compliquées par la présence de l'acide urique.

ÉLECTIONS

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination des commissions de prix pour l'année 1875. Voici, d'après les résultats du scrutin, quelle est la composition de ces commissions :

Prix de l'Académie. — MM. Broca, Giraldès, Hervez de Chégoin Legouest et Verneuil.

Prix Civrieux. — MM. Baillarger, Chauffard, Jolly, Le Roy de Méricourt et Pidoux.

Prix Capuron. — MM. Barthez, Depaul, Goubaux, Jacquemier et Tarnier.

Prix Barbier. — MM. Bourdon, Bouillaud, Colin, A. Guérin et Laboulbène.

Prix Godard. — MM. Bouvier, Cloquet, Dolbeau, Larrey et Trélat.

Prix d'Argenteuil. — MM. Demarquay, Gosselin, Ricord, Ségalas et Voillemier.

Prix Amussat. — MM. Gubler. J. Guérin, Marrotte, Richet et Sappey.

Prix Lefèvre. — MM. Guéneau de Mussy, Hirtz, Peisse, Sée et Tardieu.

Prix Portal. — MM. Barth, Béhier, Charcot, Robin et Vulpian.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des conclusions des rapports de prix de MM. Pidoux et Colin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour deux places de médecin du bureau central s'ouvrira le jeudi 15 courant à l'Hôtel-Dieu. — Le jury est composé de MM. Andral, Fauvel, Labric, Lailler, Marrotte, Tardieu et Broca. — Trente-six candidats sont inscrits; ce sont : MM. Caresme, Carrière, Chouppe, Danlos, Debove, Decori, Desplats, Dieulafoy, Du Castel, Gaillard-Lacombe, Gingeot, Gouguenheim, Gouraud, Grancher, Hallopeau, Hemey, Hirtz, Huchard, Joffroy, Laborde, Labadie-Lagrave, Landrieux, Legroux, Liouville, Quinquaud, Rathery, A. Renault, J. Renaut, Rendu, Ruck, Sanné, Schmeich, Sevestre, Straus, Tenneson et Troisier.

— Encore une victime du dévouement professionnel. Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Girard. Ce jeune médecin — il n'avait que vingt-sept ans — vient de succomber aux atteintes du croup, frappé au lit même d'un enfant qu'il soignait.

— *Distinctions honorifiques.* — M. le docteur Carof, chargé des fonctions de médecin adjoint au lycée de Brest, est nommé officier d'académie.

M. Daremberg, préparateur de chimie au laboratoire de l'hôpital de la Charité, membre de la Société chimique de Paris, est nommé officier d'académie.

— M. le docteur Guichard, médecin adjoint du lycée d'Angers, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Laroche, décédé.

M. le docteur Guichard, fils est nommé médecin adjoint du lycée d'Angers, en remplacement de M. le docteur Guichard père.

— La commission nommée par la Société protectrice de l'enfance de la Gironde vient de publier son rapport sur la question des crèches. Elle conclut par l'organe de son rapporteur, le docteur H. Devalz :

« Qu'il est urgent de provoquer la formation des crèches ; — elle incline pour les petites crèches de dix enfants ; — elle pose la question de l'admission des enfants sevrés dans la crèche ; — elle réclame, pour la Société protectrice de l'enfance un droit de surveillance sur la gestion des finances et sur le fonctionnement intérieur de l'œuvre; — elle fixe le principe d'une subvention annuelle de 1,500 francs entre trois crèches ; — elle se préoccupe enfin de déterminer à l'avance le régime hygiénique et alimentaire auquel doivent être soumis les enfants des crèches subventionnées par la société. »

— *Hôpital de Versailles.* — Un concours va s'ouvrir très-prochainement pour une place d'interne vacante à l'hôpital civil de Versailles.

Les pièces à produire sont : 1° une demande adressée à l'administration ; — 2° la feuille d'inscriptions ; — 3° un certificat de moralité délivré par le maire ou le commissaire de police.

— *Faculté de médecine.* — Les exercices de chimie pratique qui devaient s'ouvrir le 12 avril ne commenceront que le 15.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Edouard Bureau, professeur de botanique, commencera son cours le samedi 17 avril, à midi, et le continuera à la même heure les mardis et samedis de chaque semaine. — Il traitera de la classification et des familles naturelles.

M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation le 18 avril 1875 à Fontainebleau (principalement pour la recherche des plantes cryptogames).

— *École pratique.* — M. Paul Reclus, aide d'anatomie de la faculté, commencera son cours de médecine opératoire le jeudi 15 avril à trois heures dans l'amphithéâtre n° 3 de l'école pratique, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

— Le docteur Landolt commencera son cours public sur le diagnostic des maladies des yeux le samedi 17 avril à 3 heures dans l'amphithéâtre n° 2 et le continuera les samedis suivants à la même heure.

— Un médecin de province, malade, demande un jeune docteur pour le remplacer pendant quelques semaines. S'adresser pour les renseignements au docteur Constantin Paul, rue de Luxembourg, 48.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La fièvre de lait.

« La fièvre de lait n'existe pas », disait mardi dernier à l'Académie de médecine M. Depaul, à propos d'un passage du rapport de M. Pidoux sur le concours du prix Godard. Cette interjection jetée à la traverse de la discussion, avec ce ton d'autorité que donne à M. Depaul sa grande expérience en matière obstétricale, n'a pas laissé que de surprendre une grande partie de l'auditoire. A coup sûr elle surprendra beaucoup de praticiens habitués à compter avec tout ce qui touche à la santé des nouvelles accouchées, et qui se demanderont si ce n'est pas là un de ces paradoxes imaginés pour piquer l'intérêt de la galerie, ou pour se donner la petite satisfaction de réduire à néant, d'un trait de plume ou d'un mot, ce qui a été enseigné et professé depuis des siècles, et qui tombe d'ailleurs tous les jours sous le sens et sous l'observation la plus vulgaire.

Il s'agissait donc de chercher à saisir le sens réel de cette négation de M. Depaul. S'il a voulu dire par là que ce que l'on est convenu d'appeler jusqu'à présent la fièvre de lait n'est qu'un acte physiologique corrélatif de cet autre acte, physiologique aussi, mais entouré pourtant de tant de périls, l'accouchement, et qu'il y a lieu de la rayer du cadre nosologique en tant qu'entité morbide spéciale, il sera aisé de nous entendre. Nous n'irons pas invoquer contre lui le témoignage des centaines d'auteurs dont les noms figurent classés par périodes séculaires dans les listes bibliographiques qui s'allongent à la fin des traités spéciaux et des thèses sur la matière. Cela ressemblerait un peu trop à l'argument des moines de Pascal. Mais si, par ces paroles, M. Depaul entendait dire que par cela que la prétendue fièvre de lait n'est qu'un acte purement physiologique, il n'y aurait pas lieu de s'en préoccuper autrement, au point de vue médical, nous cesserions d'être d'accord. Mais ce n'est évidemment pas là sa pensée.

Cherchant à la saisir, nous avons ouvert le premier volume des *Archives de tocologie et des maladies des femmes*, dans l'espoir d'y trouver quelques développements ou quelque écho de son enseignement sur ce sujet (1). Nous n'y avons rien trouvé émanant directement de lui. Mais, à défaut de son opinion personnelle, nous avons pu recueillir celle d'un de ses élèves les plus distingués, en train de devenir maître en obstétrique, M. le docteur Chantreuil, dans un mémoire *sur les phénomènes précurseurs et concomitants de la sécrétion lactée*, qui a été couronné par l'Académie de médecine au dernier concours (1873).

Après un historique de la question, M. Chantreuil la résume en faisant remarquer que la fièvre des nouvelles accouchées, après avoir eu dans les doctrines médicales des fortunes diverses, est aujourd'hui l'objet d'une vive réaction ; « son existence, comme entité morbide, dit-il, est formellement mise en question, et nous avons entendu M. le professeur Depaul la nier d'une façon *presque* absolue ».

M. Chantreuil, dans le louable désir de s'éclairer personnellement sur cette question, a analysé toutes les observations qu'il a pu recueillir sur ce sujet, à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Depaul, et il a formulé à la fin du mémoire que nous venons de citer les conclusions qui ressortent de cette analyse.

Disons d'abord que l'étude à laquelle M. Chantreuil s'est livré sur ce sujet l'a conduit à distinguer et à séparer, dans ce que l'on observe chez les femmes pendant les premiers jours des couches, deux ordres de phénomènes : des phénomènes purement locaux consistant dans l'accroissement de volume et l'augmentation de consistance des mamelles, et des phénomènes généraux consistant principalement en frissons, élévation du pouls et de la température, avec céphalalgie, animation de la face, anorexie, soif, etc., et parfois douleurs névralgiques dans plusieurs régions du corps. En un mot, dans l'ensemble des phénomènes que l'on a l'habitude d'attribuer à la montée du lait, il a fait un départ entre des phénomènes locaux constants, évidemment inhérents à la fonction physiologique de l'établissement de la sécrétion lactée et des phénomènes que nous appellerons contingents, qui, pouvant se produire ou pouvant manquer, ne doivent pas être considérés comme nécessairement liés à cette fonction. Ce sont ces derniers phénomènes que la généralité des praticiens a considérés, jusqu'à présent, comme constituant, par leur coïncidence avec le fait local de la turgescence des mamelles, ce qu'on est convenu d'appeler la fièvre de lait, que M. Chantreuil regarde avec son maître, M. Depaul, comme devant être rattachés à des causes tout autres.

(1) *Archives de tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés*, publiées par M. Depaul. 1re année 1874. — Chez Adrien Delahaye.

Voici sur quelles données il se fonde :

De ces phénomènes, il en est trois qu'il a analysés avec un soin particulier : le frisson, le pouls et la température.

Il n'a jamais rencontré le frisson au moment de la montée du lait sur les cinquante observations qui lui sont personnelles.

Pour le pouls, sur ces cinquante cas, il a constaté que, pendant l'établissement de la sécrétion lactée, il est resté 16 fois au dessous de 76, 21 fois entre 73 et 100, et 13 fois au-delà de 100.

Dans la première catégorie, il n'y a pas de fièvre; seulement le pouls, généralement ralenti chez la femme récemment accouchée, reprend à ce moment son rhythme habituel.

Dans la deuxième catégorie, il y a des phénomènes subfébriles.

Or, dans chacune des observations qui entrent dans cette catégorie, il a trouvé, pour expliquer cette légère accélération du pouls, une cause pathologique plus ou moins accentuée : crevasses, ulcération des mamelons, angioleucite, tranchées utérines, métrite légère, etc.

Enfin, dans les observations de la troisième catégorie, il a trouvé généralement des affections abdominales plus ou moins graves : métrite, métro-péritonite, etc.

Quant à la température, M. Chantreuil a constaté qu'elle suit souvent les variations du pouls. Dans les cas normaux, caractérisés par l'absence complète d'altérations soit du côté des seins, soit du côté des organes génitaux ou autres, la température absolue ne s'élève pas, pendant la période de sécrétion lactée, au-dessus de 38°2, et même 37°8 (chiffres de la température moyenne). Les nombres que M. Chantreuil a trouvés sont : 36°8; 37°2; 37°6; rarement 37°8 et 38°2. Dans ces derniers cas, il existait déjà des lésions du mamelon ou d'autres analogues.

Il est vrai qu'il faut ajouter que, comme pour le pouls, après l'élévation immédiate qui a lieu après l'accouchement, la température baisse le jour suivant, pour remonter, dans les cas normaux, d'une légère fraction de degré comprise entre 0° et 0°5, pendant la période de la sécrétion du lait; puis elle s'abaisse ou s'élève plus tard, suivant les circonstances.

Cette légère différence de température qui existe entre les deux premières périodes, M. Chantreuil pense qu'on peut l'attribuer au travail physiologique des mamelles, mais qu'elle peut être due aussi au processus des solutions de continuité des organes génitaux.

Enfin M. Chantreuil croit pouvoir expliquer les différences de température comprises entre 0°5 et 1°, par les accidents morbides légers signalés ci-dessus. Lorsqu'il y avait une différence supérieure à 1°, cela indiquait, à ses yeux, la coïncidence d'un état morbide avec la montée du lait.

Quant aux cas de fièvre de lait proprement dite, caractérisés par un frisson et par une élévation du pouls à 130, 182, comme on en rapporté des exemples, M. Chantreuil ne les conteste pas, mais il les considère comme exceptionnels, n'en ayant pas rencontré un seul cas sur cinquante observations prises au hasard.

D'où cette conclusion générale que l'entité morbide désignée sous le nom de fièvre de lait n'existe pas ou n'existe du moins que très-rarement.

C'est, on le voit, la proposition formulée par M. Depaul, appuyée de ses motifs et dépouillée de son apparence paradoxale.

En tenant compte, d'une part, de la détermination des éléments pathologiques nombreux qui peuvent compliquer le petit mouvement fébrile, *fébricule* si l'on veut, qui accompagne souvent la montée du lait, et dont il était utile de faire la distinction ; et, d'autre part, des réserves faites par MM. Depaul et Chantreuil, relativement à la possibilité de l'existence réelle, mais exceptionnelle d'une fièvre de lait indépendante de ces diverses lésions, il ne reste plus qu'une question de fréquence, qui importe peu au fond.

Mais ce qui importe et ce qui ressort surtout des recherches que nous venons d'exposer, c'est que, sous quelque nom qu'on les désigne, les accidents concomitants de la montée du lait n'en méritent que d'autant plus l'attention des praticiens.

Délire puerpéral. — Aliénation mentale des femmes enceintes, nouvellement accouchées et nourrices.

C'est par une transition assez naturelle que nous passerons de la fièvre de lait au délire puerpéral, question traitée par M. le professeur Béhier dans quelques-unes des leçons qui ont terminé le semestre d'hiver. Nos lecteurs n'auront pas oublié que, dans le courant de ce semestre, nous les avons entretenus d'une leçon de M. Béhier, sur le délire consécutif à la fièvre typhoïde, à l'occasion d'une malade de son service qui en avait présenté un exemple. Peu de temps après, une autre malade couchée dans la même salle offrait aussi un exemple d'aliénation mentale survenue sous l'influence de l'état puerpéral.

Voici en quelques mots l'histoire de cette malade.

C'est une jeune fille de dix-huit ans qui avait accouché le 6 octobre, à l'hôpital Cochin, après quinze heures de grandes douleurs; rentrée chez ses parents le 21 octobre après quinze jours de séjour à l'hôpital, elle y avait eu une perte de sang. On remarqua déjà à cette époque quelques changements dans sa manière d'être et dans ses habitudes, lorsqu'un jour, à la suite d'une discussion au sujet de son enfant, ayant été vivement contrariée, on s'aperçut que son intelligence était sensiblement ébranlée. A dater de ce moment, elle eut un délire lypémaniaque avec des hallucinations et un état fébrile. Elle avait de temps en temps de grands frissons, des refroidissements subits et des sueurs froides. Elle accusait dans son délire les personnes de son entourage de lui avoir jeté un sort; on lui faisait voir la mort; on l'avait vouée au diable, qui lui apparaissait sous divers aspects; la sainte Vierge la tourmentait, et elle dut, plusieurs fois, pour l'apaiser, faire porter des fleurs sur son autel, etc. Enfin elle voyait constamment autour d'elle des mouches, elle les entendait bourdonner et les sentait entrer par les oreilles et par les trous qu'elle prétendait avoir sur la tête.

Ces hallucinations la tenaient continuellement éveillée, elle ne ferma pas les yeux pendant huit jours. Enfin elle était devenue indifférente à son enfant, qu'elle aimait beaucoup, au point de ne vouloir même plus le reconnaître et de refuser de lui donner le sein.

Tel était l'état de la malade au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 19 septembre. Sa physionomie était caractéristique : le facies souriant, mais d'un sourire stupide, les yeux largement ouverts, mais fixes, les joues vivement colorées, la parole très-lente et les idées peu nettes.

Le deuxième jour de son séjour à l'Hôtel-Dieu, on constatait déjà une amélioration sensible. Elle voyait moins de mouches, les personnes qui la poursuivaient étaient moins acharnées après elles; elle n'avait plus la même frayeur du diable. Ses idées étaient plus nettes, et elle avait pu raconter à la visite ses sensations des jours précédents.

Cette amélioration allait croissant les jours suivants, lorsqu'un incident vint de nouveau jeter le trouble dans ses idées. Mais ce trouble ne fut que momentané.

Le 30 novembre, on constate le retour des sentiments affectifs, poussés même jusqu'à l'exagération. Après quelques légères oscillations, le 4 décembre, après une nuit parfaite, on la trouve gaie, allant et venant dans la salle, s'occupant et enchantée d'apprendre que la sécrétion mammaire, momentanément tarie, est devenue plus active, et qu'elle pourra donner le sein à son enfant. Elle n'a plus de visions ni d'hallucinations; elle cause très-raisonnablement, sait très-bien qu'elle a déraisonné, qu'elle faisait alors beaucoup de peine à ses parents, mais qu'elle est maintenant bien guérie, et elle demande à sortir.

Le 14 décembre, la malade était en très-bonne voie, mais sa mère étant venue lui faire une scène, en même temps qu'est survenu un léger écoulement sanguin vaginal, retour probable de ses règles, sous l'influence de ces deux circonstances il y a eu un retour d'idées délirantes ; elle manifeste de nouveau la crainte de la mort, témoigne d'une sensibilité niaise et enfantine, pleurant et faisant des protestations superflues, etc. Bref, le 21 décembre, elle était encore dans cet état, lorsque sa famille est venue l'emmener de force, malgré les observations du chef de service.

On voit, en résumé, dans cette histoire, une fille qui, après un accouchement pénible, est prise d'accidents locaux notables le troisième jour, d'une perte abondante le sixième, se reproduisant le seizième jour, en même temps qu'elle est en proie à une violente secousse morale. C'est alors que cette fille manifeste les premiers troubles intellectuels sous la forme lypémaniaque, avec des hallucinations. A deux reprises, au moment où elle allait mieux et semblait atteindre la guérison, le même concours de circonstances, le retour d'un écoulement sanguin et une émotion morale la font retomber.

Il est bon de noter que cette jeune fille n'avait jamais eu aucune affection nerveuse, qu'elle était bien réglée et qu'il n'y avait aucun accident héréditaire à invoquer.

On voit là d'autant plus nettement l'effet de la secousse de l'accouchement à laquelle sont venus s'ajouter les accidents hémorrhagiques réitérés, le chagrin et les impressions morales vives et tristes auxquelles cette fille a été en proie.

A l'occasion de ce fait, M. le professeur Béhier a réuni quelques documents statistiques intéressants sur ce sujet, que nous résumerons dans une prochaine Revue.

Catalepsie.

Nous recevons de M. le docteur A. Desprès, chirurgien de l'hôpital Cochin la lettre suivante, par laquelle il nous annonce la présence d'un cas intéressant de catalepsie dans son service. Nous reproduisons textuellement cette lettre :

« Il y a en ce moment à l'hôpital Cochin, dans mon service, une malade atteinte de catalepsie. Les maladies de ce genre ont été l'objet de controverses, et l'on a même nié que l'attaque de catalepsie fût une maladie réelle, on soupçonnait toujours la simulation.

« La malade, qui est depuis longtemps dans mon service pour une affection chirurgicale, est âgée de vingt-quatre ans ; elle est vierge, et elle a eu des accidents hystériques sans attaques franches.

« Depuis mercredi dernier, cette fille est tombée dans le coma avec abolition des mouvements réflexes. Jeudi matin, elle était dans un état de mort apparente avec roideur des membres. La respiration avait lieu d'une manière insensible, et le cœur battait, mais tous les mouvements réflexes étaient abolis; les membres, le tronc, placés dans les positions variées et les plus excentriques, restaient des heures entières dans la même situation, et il fallait faire effort pour changer la position en raison de la contracture générale.

« La malade n'a rien pris pendant six jours. Sa température est restée aux environs de 38 degrés, et le pouls battait régulièrement de 64 à 76 pulsations par minute.

« La malade s'est réveillée lundi soir, mais elle n'avait point sa raison. Elle rêvait et ne répondait pas aux questions qu'on lui adressait. Elle est retombée ensuite dans l'état cataleptique.

« Cette jeune fille avait déjà été atteinte d'accidents analogues il y a deux ans environ, mais le coma n'a été suivi alors d'aucune contracture ni de catalepsie et la santé est ensuite entièrement revenue.

« Nous avons examiné à plusieurs reprises la malade avec mon collègue M. Bucquoy; M. Magnan, médecin de l'asile Sainte-Anne, est venu la voir et a fait tout ce qu'il était possible pour la réveiller : vinaigre dans les yeux, tige rigide dans les narines, mais l'insensiblité était complète. Aujourd'hui, elle revient par instants à la vie extérieure, mais elle retombe dans le coma cataleptique une grande partie de la journée. »

Nous nous tiendrons au courant de ce qui surviendra ultérieurement chez cette malade, et nous en ferons part à nos lecteurs.

Dr BROCHIN.

REVUE DE LA PRESSE

De la congestion et de l'apoplexie du rein dans l'hémorrhagie des centres nerveux. — A propos d'une analyse du travail de M. le docteur Auguste Ollivier, contenue dans le *Lyon médical* [Les hémorrhagies cérébrales accompagnées de compression de la protubérance, celles de la protubérance elle-même amènent une albuminurie consécutive à la congestion et à l'apoplexie du rein. Ces lésions rénales sont dues à une irritation vaso-motrice, soit directe par compression des centres, soit réflexe], le docteur Ghinozzi fait les réflexions suivantes :

Les choses peuvent évidemment se passer comme le veut l'auteur cité, mais il y a loin de la possibilité à l'affirmation formelle. Nous possédons sur les véritables centres vaso-moteurs du rein des notions trop vagues et trop discutées pour qu'on puisse leur faire jouer, dans la production de ces phénomènes, autre chose qu'un rôle hypothétique. L'action directe du cœur retentit bien plutôt sur le rein que celle des centres nerveux. Attendons donc, pour nous ranger à l'opinion de l'auteur, que les recherches des physiologistes aient confirmé ses vues. Il est d'ailleurs certain que beaucoup d'hémorrhagies des centres nerveux, absolument semblables aux cas rapportés, ont été observées sans que l'urine renfermât d'albumine. De même l'hyperhémie rénale peut exister au plus haut degré, et l'urine rester normale. J'en ai observé ces jours-ci un cas à ma clinique chez un malade mort de *delirium tremens*. Il y avait une forte hyperhémie des centres nerveux et de leurs enveloppes ; une *congestion excessive* des deux reins, et il n'y avait pas eu le plus léger degré d'albuminurie. L'albuminurie d'origine nerveuse est donc un phénomène complexe et qui ne s'explique point aussi aisément qu'on pourrait le croire, si l'on s'appuyait uniquement sur certaines lois encore mal établies de l'innervation et de la circulation. — (*Gaz. medic. ital. Prov. Ven.*, 13 mars 1875.)

Inoculabilité de la tuberculose (Biffi et Verga). — Des recherches déjà faites les années précédentes, et complétées par de nouvelles expériences, les auteurs ont conclu :

La matière grise tuberculeuse et les détritus des cavernes pulmonaires inoculés dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un lapin amènent le développement de tubercules dans les poumons, rarement dans le foie, avec les accidents ordinaires de la maladie : amaigrissement, anémie, leucocytose. Tous ces phénomènes sont plus intenses et marchent plus rapidement quand la matière tuberculeuse est injectée directement dans les veines. — Chez le mulet, l'injection sous-cutanée ne produit rien. Chez le cheval, l'injection veineuse de matière tuberculeuse en dissolution produit la maladie deux mois environ après le début de l'expérience. — Chez la vache, le mouton, le chien, le chat, pas de résultat. Chez le chien, l'injection intra-veineuse elle-même ne produit rien. — Chez les poulets, il est également impossible d'amener la tuberculose. — Les tubercules du bœuf et de la vache se développent aussi bien chez le lapin que ceux de l'homme, ils n'amènent rien chez le cheval. Les tubercules gris du cheval agissent plus lentement chez le lapin que ceux de l'homme. — Si l'on introduit dans le tissu sous-cutané et la cavité péritonéale des lapins et des chats, du pus caséeux, des débris musculaires, cancéreux, des bribes de papier, du cinabre, de la dextrine, on obtient la formation d'une masse caséeuse autour de ces corps étrangers. — L'injection de suie pulvérisée dans les veines des lapins n'a point amené de tuberculose au bout de six mois, quoique l'on ait pu constater à ce moment la présence de grains de suie dans le poumon. — (*Gaz. med. ital. Lomb.* 1874-75, et *Centralbl. f. Chir.* 20 mars.)

Elévation extraordinaire de température. — Écale a communiqué à la Société de clinique de Londres un fait tout à fait exceptionnel :

Une dame fit, le 5 septembre dernier, une chute de cheval et se fractura les cinquième et sixième côtes. Six heures après l'accident la température était à 101° Fah. [38°3]. Quatorze jours plus tard la patiente ne souffrait plus que d'un peu de rachialgie. Le 3 octobre la température de 100° remonte à 101°. Légères contractures dans les muscles du pied. Depuis ce moment sa température continua de s'élever, malgré l'application d'un sachet de glace sur la colonne vertébrale. Jusqu'au 5 novembre 105°. Le 6, 106°. Le thermomètre s'éleva dans la suite avec de très-courtes rémissions jusqu'à 122° Fah. [50°6]. Il redescendit à 114° [45°5], pour remonter le soir à 122°. Pendant le mois de décembre, la température descendit à 110° et revint, dès janvier, au degré normal. L'urine était riche en urate. L'intelligence était intacte, il n'y avait pas de paralysie proprement dite, mais seulement une légère faiblesse de la jambe droite. Avant comme après l'accident, on avait observé, chez cette malade, des attaques d'hystérie. Pour assurer l'exactitude de ses recherches, Ecale avait fait fabriquer des thermomètres à échelle très-étendue et en avait placé un dans chaque aisselle. Différents médecins ont pu constater comme lui l'élévation de température. — (*The Lanc.*, 6 mars 1875).

Fracture du col de l'omoplate. Fractures transversales de cet os. Fracture de l'acromion. — Le docteur Émile Rochelt ayant eu l'occasion d'observer récemment, à la clinique chirurgicale d'Innsbrück, un cas de fracture du col de l'omoplate diagnostiquée pendant la vie, passe en revue, à ce propos, tout ce que la science renferme d'analogue.

Les fractures de l'omoplate sont très-rares. En les comparant à toutes les autres fractures, elles représentent, d'après Gurlt, une proportion de 47/4310. D'après Bard Leben, 1/100. A Middlesex-Hospital, de 1831 à 1837, il y a 17 fractures de l'omoplate sur 1901 fractures, et sur ces 17 fractures, 2 seulement appartenaient au col. Pendant douze ans et demi on a trouvé, parmi les 1,722 fractures observées dans un hôpital de New-York, le col de l'omoplate brisé *une fois* seulement. Donc, les fractures du scapulum sont très-rares, et parmi elles, les fractures du col sont encore les plus rares de toutes. Voici le cas observé par M. Rochelt :

Le 3 octobre 1874, vint à la clinique d'Innsbrück, un vieillard de soixante-douze ans très-cachectique. Il souffrait depuis longtemps d'une bronchite chronique compliquée d'emphysème. La veille, il avait buté contre une pierre, et dans la chute, l'épaule gauche avait porté contre une gouttière de toit très-massive. Depuis lors, il ne pouvait plus remuer le bras de ce côté. Un médecin appelé au moment de l'accident, diagnostiqua une luxation de l'épaule et l'envoya à la clinique.

Lorsqu'il se présente, l'avant-bras gauche est incliné à angle droit sur le bras, et il le soutient avec la main droite. La tête est un peu fléchie du côté malade. Le moignon de l'épaule déformé, l'axe du bras passe en dedans de la cavité articulaire. On sent dans l'aisselle un corps dur, qui participe à tous les mouvements imprimés au bras. L'auteur (assistant du professeur Albert) crut à une luxation de l'épaule en dedans et se mit en devoir de la réduire.

Il le fit assez facilement ; le moignon de l'épaule reprit sa forme naturelle ; mais la déformation se reproduisit presque aussitôt. Se rappelant la crépitation particulière qui était survenue pendant la réduction, l'auteur en vint à penser qu'il pourrait bien avoir affaire à une fracture du col de l'omoplate. Pour s'en assurer, il plaça une main dans la cavité de l'aisselle et poussa avec l'autre le bras en haut, en prenant son point d'appui sur le coude, parallèlement à l'axe du corps. Il rendit facilement ainsi à l'épaule sa configuration normale et provoqua de nouveau la crépitation déjà perçue. La réduction fut momentanée. Il réduisit de nouveau et plaça le malade dans un appareil approprié.

En arrière de l'épaule, il y avait un fort gonflement des parties molles et une douleur assez vive dans le décubitus dorsal. Le malade alla très-bien deux jours après le placement de l'appareil, mais au bout de quelque temps, il fut pris d'une pleurésie droite et mourut.

A l'autopsie, on trouva une fracture du col de l'omoplate, une fracture transversale du *même os et une fracture de l'acromion.*

Rochelt fait ensuite l'historique de la question :

Du Verney (*Traité des maladies des os*, t. I, Paris, 1751) rapporte le cas d'une jeune fille qui, en partie écrasée sous une pierre, eut plusieurs côtes, le col de l'omoplate et l'apophyse coracoïde fracturés. Neill a montré, en 1858, au Collége de médecine de Philadelphie, une fracture de l'omoplate intéressant le col, la surface articulaire, l'apophyse coracoïde et le bord supérieur de l'os. Cette fracture avait été consolidée par un cal (*Amer. journal. of sc.*, vol. 36, 1858). — Vient encore l'observation de *J. Spence* et Freder. Steel (*Edimb. med. journal*). Il s'agissait d'un homme de quarante-six ans, présentant à peu près tous les caractères de la luxation de l'humérus en bas. Il y avait, en outre, un peu de crépitation, et l'on pensait réduire, lorsque l'on élevait le bras. On diagnostiqua une fracture du col de l'omoplate.

L'autopsie permit bientôt de constater l'exactitude du diagnostic, car le patient mourut bientôt d'érysipèle. Il y avait une fracture du col scapulaire, oblique de bas en haut et d'arrière en avant et intéressant les quatre cinquièmes inférieurs de la surface articulaire.

Dans les musées de Londres on trouve deux préparations, dans lesquelles l'apophyse coracoïde a été fracturée. Dans l'une d'elles, il y a en même temps une fracture comminutive du corps de l'os.

Gurlt divise le col de l'omoplate en *anatomique* et *chirurgical*, D'après lui, il ne peut exister de fractures du col anatomique. (C'est la portion qui se trouve immédiatement en arrière de la cavité glénoïde) (*Lehe. von den Knochenbrüchen II*). Le même auteur donne pour limite au col chirurgical une ligne partant de l'échancrure scapulaire en avant, embrassant l'épine de l'omoplate à sa racine, puis au-dessous du tubercule sous-glénoïdien, pour aboutir à l'apophyse coracoïde. Les fractures du col se font suivant cette ligne. La direction de la fracture sera donc d'abord oblique de haut en bas et d'arrière en avant en arrière, puis de dedans en dehors, de telle façon qu'elle viendra passer à un demi-pouce au-dessous de la cavité glénoïde, et que les deux extrémités se réuniront au niveau de l'échancrure semi-lunaire.

Le fragment externe est tiré en bas par le poids du bras, et en dedans par les muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond. Dans la préparation faite par Rochelt, il y a un léger degré de rotation autour d'un axe vertical et peu de déplacement en bas, de sorte que l'apophyse coracoïde est plus saillante en avant. La cavité articulaire est reportée en arrière, de sorte que la ligne de la fracture fait un peu saillie sur la face antérieure de l'omoplate.

D'après A. Cooper, il faudrait de une à douze semaines pour la

consolidation de ces fractures. Chez le malade observé, on traitait au vingt-deuxième jour un commencement de cal. Il est probable qu'il y avait eu une déchirure du ligament acromio-coracoïdien, sans cela, l'extrémité brisée de l'acromion eût été attirée en bas, et ce n'était pas le cas.

Il est également probable que le ligament transverse, qui forme l'échancrure semi-lunaire avait été respecté. Quand même une fracture de l'os eût atteint le bord supérieur en dedans de l'échancrure semi-lunaire, le ligament eût encore pu rester intact.

Chez ce malade, la fracture transversale de l'omoplate n'était pas perceptible à cause du gonflement des parties molles. Il y avait bien une forte douleur localisée, mais on n'avait pensé qu'à une contusion.

Par suite de la fracture de l'acromion, sa pointe était éloignée de un demi-pouce environ de son siége habituel.

Bardleben affirme que la fracture de l'acromion donne toujours lieu à une pseudarthrose.

De tous les auteurs qui ont observé la fracture du col de l'omoplate, un seul, parlant de sa ressemblance avec la luxation de l'humérus, donne comme pathognomonique la facilité *de la réduction* et la *crépitation particulière* qui l'accompagne.

Un certain nombre de cas, pris pour des luxations anciennes non réductibles de l'épaule, sont de véritables fractures consolidées; souvent aussi, lorsque la réduction a eu lieu et que le malade a été placé dans un appareil, la reproduction du déplacement par suite d'un mouvement accidentel même léger, permet un diagnostic rétrospectif. Dans certains cas, le diagnostic est impossible. Dans d'autres, on peut l'établir en mesurant la distance des deux apophyses coracoïdes à un point fixe comme l'extrémité supérieure du sternum, par exemple.

Dans certains cas, enfin, la fracture se consolide et les mouvements du bras redeviennent normaux. — (*Wien. Mediz. Presse*, 1875, n°s 10, 11.)

Blessure du nerf optique par la pointe d'un couteau, sans blessure du globe oculaire. — Le docteur Lawson rapporte l'observation suivante :

En juillet 1874, il eut l'occasion de voir un jeune homme de vingt-sept ans qui, dans une bagarre, reçut de son adversaire un coup de couteau sur la tête. La pointe du couteau traversa le rebord du chapeau, la paupière supérieure, et atteignit le nerf optique sans toucher au globe oculaire. Il perdit immédiatement cet œil, mais il n'éprouva rien absolument dans l'œil sain.

Au moment où l'auteur le vit, il était dans l'état suivant : pupille dilatée et insensible à la lumière. Globe oculaire sain, cicatrice très-visible sur la paupière supérieure. Pas la moindre sensation de lumière. A l'ophthalmoscope, début d'atrophie du nerf optique (pupille plus blanche que dans l'œil sain. Artères petites et filiformes). Le malade resta trois mois à l'hôpital, et une atrophie très-nette du nerf optique était facile à constater au bout de ce temps. — (*The Lancet*, 8 janvier 1875.)

Névralgie du maxillaire inférieur. — Opération de Parraricini. — Guérison (J. Seeparowicz). — Un homme de cinquante ans souffrait depuis cinq ans d'une névralgie du nerf maxillaire inférieur droit. Tous les moyens palliatifs furent essayés sans succès. C'est alors qu'on se décida à recourir à la neurectomie. Il ne fut pas difficile de rechercher le nerf ni de le séparer du lingual. On en saisit ensuite un fragment avec une petite pince, et on le sectionna avec des ciseaux. Il y eut un peu de suppuration vers la plaie, et une collection purulente gagna le cou. Le malade put sortir après vingt-huit jours.

Il n'y avait eu aucune récidive six mois et demi plus tard. — (*Pyreyald Lekarski*, 1875, n° 1, et *Centralb. f. chir.*, n° 11.)

Les parasites de la mamelle chez la femme (Haussmann). — Le kyste hydatique est le seul que l'on puisse trouver. Jamais l'auteur n'a rencontré ni lombrics, ni autres parasites. D'une analyse de douze cas bien authentiques d'échinocoques du sein, il résulte que la tumeur a occupé sept fois le sein droit, cinq fois le gauche. Toutes les parties peuvent être envahies, à l'exception du mamelon et de l'aréole. Probablement les échinocoques avaient gagné le sein par le système porte (anastomose des veines des parois thoraciques et abdominales. Anastomoses de ces dernières avec le système porte). Ils étaient contenus dans une cavité à parois épaisses de 1 centimètre et creusée entre les lobules refoulés, entourée par le tissu conjonctif interlobulaire.

L'irritation consécutive à l'application des frictions irritantes peut amener la formation d'un fluide séro-purulent entre la cavité kystique et sa paroi. D'ailleurs le kyste ressemble à ceux que l'on trouve dans les autres parties de l'économie. Il se compose d'une vésicule mère et de plusieurs vésicules filles. La plus petite des enveloppes mères a la grosseur d'une pomme.

Les premiers symptômes sont insignifiants ; la tumeur ne se manifeste que quand elle a atteint le volume d'un œuf de poule. Elle amène alors de la gêne dans les mouvements des bras, un sentiment de pesanteur et de tension dans la mamelle et un peu de douleur à la pression. Ordinairement il y a de la fluctuation. Le volume du kyste, resté souvent pendant plusieurs années stationnaire, augmente tout à coup, sans cause appréciable, quelquefois aussi pendant les lactations ou sous l'influence d'un traumatisme. L'inflammation peut être arrêtée par une incision. Il peut se former un accès avec lequel s'évacuera en une fois ou petit à petit le contenu du kyste. La santé générale n'est altérée que dans les cas de suppuration. Le diagnostic est facile, excepté en ce qui concerne le kyste simple. Pronostic favorable. Le traitement consiste dans l'ablation du kyste au moyen de l'instrument tranchant. — (*The Boston medic. Surg. Jour.*, 14 janvier 1875.)

Traitement de l'épilepsie et de l'éclampsie dans le jeune âge (Dereure). — L'injection sous-cutanée d'une solution d'atropine à dose de 0.001 à 0.002 peut rendre de véritables services dans les cas assez fréquents d'épilepsie ou d'éclampsie, amenés par un spasme vasculaire, qui va de la périphérie vers le centre. Dans un cas d'éclampsie chez un enfant de six mois, les attaques disparurent sous l'influence d'une solution d'atropine à dose de 1/2 pour 100.

D'après l'auteur, l'atropine agirait en paralysant les terminaisons intra-cardiaques du vague et n'agirait point sur les vaso-moteurs périphériques. — (*Deutsch Klin.*, n° 4, 1875, et *Alleg. Wien. Med. Zeit.*)

De la compression du thorax du côté sain comme moyen curatif des exsudats pleurétiques (Alberto Riva). — Cette méthode a été appliquée ces temps-ci par le professeur Concato (de Bologne). Pour cela, il fait coucher le patient sur le côté affecté, sur un lit dur par lui-même ou rendu tel, en laissant le côté sain libre. Un infirmier robuste place les deux mains ouvertes sur la poitrine, du côté non malade, et exerce une pression énergique et prolongée. Sa durée varie avec la manière dont la supporte la malade et les effets qu'elle produit. En principe, à la clinique du professeur Concato, elle était de cinq à six minutes. Il y avait deux séances par jour. Plus tard, on allongea chaque séance de façon à les porter, autant que possible, à quinze minutes environ. Il est indispensable alors de faire remplacer la personne qui fait la compression. Le but de ce mode de traitement est d'empêcher la dilatation du côté sain, afin de forcer le patient à respirer avec le poumon du côté malade, à le dilater et à refouler ensuite le liquide environnant, ce qui favorise de beaucoup la résorption. De même les membranes de nouvelle formation se trouvent distendues, et quelques brides déchirées, ce qui permet au poumon de reprendre sa place normale. De plus, la pression sur le côté sain prévient l'emphysème pulmonaire.

Avant d'appliquer cette méthode, on a exercé la compression sur le thorax de personnes bien portantes et bien constituées, et voilà quels ont été les résultats :

Chez une personne dont la moitié du thorax mesure 45 centimètres, le côté comprimé perd, durant l'inspiration vers la base, 4 centimètres, l'autre en gagne 3.

Dans son diamètre antéro-postérieur, le côté comprimé perd 4 centimètres. Dans son diamètre transverse, il en gagne 2.

Du côté non comprimé : Dans le diamètre antéro-postérieur, gain, 1c5. Dans le diamètre transverse, 1.

Un calcul très-simple permet de trouver que, du côté comprimé, la capacité est diminuée de 480 centimètres cubes. Du côté non comprimé, elle est augmentée de 380.

Chez une personne ayant un épanchement pleurétique, on note, au moment de la compression, quand on la fait opérer fortement, que le souffle diminue et que le murmure vésiculaire s'entend dans une plus grande étendue.

Entre les mains du professeur Concato, cette méthode aurait donné d'excellents résultats. Elle serait contre-indiquée seulement dans les cas de fièvre. — (*Rivista Clin. di Bologna*, et *la Salute*, Gennajo, 1875.)

Le coryza et son remède. — Tout le monde sait que le coryza est la suite d'un refroidissement de la tête; qu'il est même souvent plus ennuyeux qu'une maladie véritable. Pour s'en débarrasser, les inhalations d'eau fraîche ou additionnée d'un peu d'ammoniaque sont souvent employées. Il vaudrait mieux, comme le veut Proust (*New-York medical Record*) se servir de la teinture de perchlorure de fer, à dose de 20 à 30 minimes. Quand il n'y a pas d'amélioration au bout de deux à trois heures, il répète les doses trois ou quatre fois si c'est nécessaire. Voici une formule tout à fait inoffensive et qui peut rendre de vrais services en pareil cas.

Teinture de perchlorure de fer. } åå 8 grammes.
Glycérine pure. . . . . }

Une cuillerée à café dans un verre d'eau, pour inhalations. — (*La Salute*, 3 gennajo.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 avril 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° les journaux de la semaine; 2° une lettre adressée par M. Tifflit, chirurgien du City Hospital de Boston, à propos de la récente discussion sur les effets du chloroforme et de l'éther ; 3° une note de M. Boissary, candidat au titre de membre correspondant, sur le céphalotribe et ses dangers, déposée par M. Guéniot.

RAPPORT

M. Tillaux fait un rapport sur une communication de M. Périer intitulée : Ablation du sein par la ligature élastique chez une femme de quatre-vingt-quatre ans. La tumeur qui nécessita cette opération occupait le sein gauche. Elle avait le volume du poing et avait mis quatre ans à se développper. Un double fil élastique fut passé à travers la base de la tumeur au moyen d'une broche, et la constriction fut faite pour chacune des deux moitiés sans beaucoup de souffrance. La douleur ne s'éveilla qu'au bout de vingt-quatre heures et dura jusqu'au lendemain, malgré l'administration de 3 grammes de chloral. Par suite du travail d'ulcération, une nouvelle constriction devint nécessaire le dix-huitième jour, puis le vingt-quatrième jour. Le vingt-huitième jour une moitié de la tumeur se détacha ; l'autre moitié ne tenait plus que par un très-petit pédicule qui fut coupé sans hémorrhagie. La cicatrisation, qui s'était faite à mesure que la tumeur se sectionnait, fut complète quinze jours après. La malade ayant succombé trois mois plus tard à un érysipèle de la face compliqué de bronchite, les pièces ont pu être présentées par M. Périer à la société. M. Périer a fait suivre cette communication des réflexions suivantes: D'abord est-il permis de faire subir cette opération à une femme de quatre-vingt-quatre ans? Les douleurs intolérables qu'elle ressentait et leur accroissement de jour en jour nécessitaient une intervention chirurgicale, tous les moyens calmants ordinaires ayant échoué. L'opération étant décidée, quelle méthode fallait-il mettre en usage? Il fallait éviter toute perte de sang, et l'on ne pouvait soumettre la malade au chloroforme parce qu'elle était atteinte d'emphysème pulmonaire. Ces deux raisons ont fait rejeter l'emploi du bistouri et du galvano-cautère. Le procédé qui a été employé évitait les inconvénients de l'un et de l'autre. Quant au retard de la chute des ligatures, M. Périer pense qu'il faut l'attribuer à la trop grande largeur du fil qu'il a employé. Pour vérifier ce fait, M. Périer se propose, lorsque l'occasion d'employer cette méthode se présentera à lui, de placer deux fils de diamètre différent pour étudier comparativement l'influence de ce diamètre sur la rapidité de la section.

DISCUSSION

M. Verneuil a essayé deux fois la ligature élastique pour de petites fistules à l'anus. La douleur a été très-vive et la section a duré dans un cas plus de trois jours et dans l'autre plus de quatre. C'est donc un moyen douloureux. C'est de plus un moyen dangereux, car il a failli perdre un malade auquel il avait passé un fil élastique à travers un trajet fistuleux du gros orteil. Tout alla bien d'abord; mais, deux jours après, ayant serré un peu plus la ligature, le malade fut pris de frisson et de fièvre intense (40°) avec tous les signes d'une lymphangite, et ne guérit qu'après avoir couru pendant plusieurs jours de grands dangers.

M. Desprès. Il y a des cas où la ligature élastique convient et d'autres où elle ne convient pas. Lorsqu'on l'applique sur la peau, elle est très-douloureuse. Elle l'est beaucoup moins sur les muqueuses. Il a enlevé par ce moyen un épithélioma de la pointe de la langue. La douleur n'a duré que six ou huit heures, mais la section a duré sept jours.

M. Blot. La section d'une simple verrue au moyen d'un fil de soie peut causer des douleurs intolérables.

M. Polaillon a tenté d'opérer par la constriction élastique un *spina bifida* qui ne semblait communiquer avec la cavité rachidienne que par un très-petit canal. La douleur fut excessive ; l'inflammation de la peau, intense dès le lendemain, semble s'être propagée jusque dans la tumeur, car il survint des convulsions, et il dut renoncer à ce moyen.

M. Duplay se propose d'offrir prochainement à la société un travail qu'il a commencé sur les ligatures élastiques.

M. Verneuil. Il y a déjà longtemps que Clémot (de Rochefort) traitait les fistules à l'anus par une anse de fil nouée lâchement. Le frottement continu de ce fil suffisait à sectionner les parties molles et la cicatrisation se faisait à mesure que la section progressait.

M. Tillaux. M. Périer a publié une observation qui n'est qu'un fait pouvant servir à l'étude de cette méthode. Il n'a prétendu ni la combattre, ni la défendre. Il fallait opérer ; toutes les autres méthodes étant inapplicables, celle qu'il a choisie devenait la meilleure dans cette circonstance. Car, dans les cas ordinaires, le galvano-cautère est bien préférable.

M. Desprès. Il eût été préférable de ne pas opérer du tout une femme de quatre-vingt-quatre ans.

M. Tillaux. M. Périer s'est cru avec raison autorisé par la douleur et l'insomnie de cette pauvre femme, qui ne cédaient à aucun des calmants ordinaires.

M. Le Fort. Il y a à l'étranger un véritable engouement pour l'emploi du fil élastique comme moyen de diérèse. Si l'on savait se servir de notre écraseur, on aurait moins de tendances à chercher une autre méthode.

ÉLECTION

La société procède au scrutin pour l'élection d'un membre titulaire.

La liste de présentation portait :

En première ligne : M. Périer ; en deuxième, *ex æquo*, MM. Krishaber et Théophile Anger ; en troisième, *ex æquo*, MM. Gillette et Lucas-Championnière.

Sur 23 votants, majorité 12.

M. Périer obtient . . 17 voix
M. Krishaber — . . 5 —
M. Anger — . . 1 —

En conséquence, M. Périer est élu.

COMMUNICATIONS

M. Vast, membre correspondant, lit une observation de *Kyste de l'ovaire traité par les ponctions simples multiples*. Malgré les

inconvénients que peut offrir pour une ovariotomie ultérieure la ponction répétée du kyste, il est des cas où, le malade se refusant à cette grande opération, le médecin doit néanmoins intervenir pour conjurer des accidents imminents, l'asphyxie par exemple. M. Vast a pratiqué dans ces conditions 118 ponctions à une malade depuis quatre ans, évacuant chaque fois 16 à 19 litres d'un liquide clair, un peu opalescent, un peu filant (en tout 21 hectolitres environ), sans que jamais aucune complication soit survenue, à l'exception d'une seule fois, que la malade éprouva de violentes douleurs, et fut obligée de garder le lit vingt-quatre heures. Les autres fois elle se lève et sort immédiatement après la ponction terminée. (Renvoyé au comité de publication.)

M. POLAILLON fait une communication sur la difficulté du diagnostic des môles hydatiformes; à l'occasion d'une tumeur de cette nature qu'il a eu l'occasion d'observer à la Maternité et qu'il présente à la société. Il est très-difficile de les diagnostiquer dans l'utérus avec un corps fibreux.

Mort subite par embolie cardiaque consécutive à une fracture de jambe. — M. TILLAUX. On a plusieurs fois observé l'embolie pulmonaire à la suite de fractures, mais la mort survenant par embolie cardiaque n'est pas suffisamment démontrée. Virchow prétend n'en avoir jamais vu d'exemple, et les observations sur ce sujet manquent. M. Tillaux vient d'en observer un cas dans son service de Lariboisière, chez une femme de cinquante-six ans. Cette femme était entrée le 16 février pour une fracture bi-malléolaire gauche. Le vingt-troisième jour la jambe se tuméfia. Le 1er avril, quarante-troisième jour après l'accident, pendant la visite, la malade eut une syncope qui dura une demi-minute. L'auscultation ne révéla aucun embarras pulmonaire. M. Tillaux continua sa visite, mais quelques minutes plus tard, elle fut prise d'une seconde syncope et succomba en quelques instants.

L'autopsie révéla la présence d'une phlébite de la veine fémorale, et d'un caillot s'étendant depuis les veines de la jambe jusqu'à l'arcade crurale, très-adhérent au-dessous de l'embouchure de la veine saphène interne, libre et fibrineux au-dessus. L'extrémité était coupée nettement. Dans le cœur on trouva, emprisonné entre les colonnettes du ventre droit, un caillot de 2 centimètres de longueur, s'adaptant exactement à l'extrémité brisée du caillot de la veine fémorale.

DISCUSSION

M. LE DENTU a remarqué l'existence fréquente de varices chez les individus sur lesquels ces accidents se produisent. Les variqueux sont prédisposés aux embolies.

M. TILLAUX. Cette malade n'avait pas de varices. Il a actuellement dans son service deux autres cas de phlébite, également à la suite de fractures des malléoles. Ni l'une ni l'autre de ces malades n'ont de varices. L'une est une femme âgée; l'autre a vingt-six ans,

M. HOUEL. Les embolies ont été étudiées avant Virchow. Cruveilhier, dès 1848, en a publié une histoire très-complète. Velpeau a présenté à l'Académie des sciences une note sur un cas de mort subite par embolie pulmonaire qu'il avait observée sur une femme atteinte de phlébite consécutive à une fracture de jambe. Cette malade avait des varices; Velpeau avait noté cette coïncidence sur l'importance de laquelle M. Le Dentu vient d'insister. M. Houël a été témoin d'une syncope survenant au trentième jour d'une fracture de jambe, dans le service de la Clinique en 1864, pendant qu'il faisait sa visite. La perte de connaissance fut longue, les troubles circulatoires énormes. Puis l'accident se dissipa. Quelques instants après, nouvelle syncope; cinq ou six jours après, nouvelle attaque, mêmes troubles circulatoires. Le malade a guéri néanmoins. Il n'avait pas de phlébite.

M. TERRIER. Ce n'est pas la phlébite qui est cause de ces accidents, mais la thrombose. On ne les observe pas seulement dans les fractures. Il en a vu un cas dans un phlegmon diffus du bras, dans le service de Jarjavay.

M. LE FORT pense qu'une bande comprimant un point limité d'un membre fracturé, peut amener le développement d'une angioleucite ou d'une phlébite. Les accidents causés par la migration de caillots ne sont pas rares; quelquefois l'embolus traverse le cœur et l'artère pulmonaire, et les malades peuvent guérir, mais plus souvent on voit la mort résulter de cette migration.

M. TILLAUX n'a pas voulu étudier l'embolie pulmonaire, mais apporter un exemple d'arrêt d'un caillot dans le cœur. Virchow a nié cet accident, M. Tillaux le prouve par une autopsie.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. GAUJOT présente un malade porteur d'une bourse séreuse accidentelle sous-scapulaire, dans laquelle se sont produits de petits corps hordéiformes, qui semble résulter d'une chute que le malade a faite au mois de juillet dernier.

Les mouvements normaux s'exécutent facilement, à l'exception de ceux d'élévation et de circumduction qui sont un peu affaiblis. Tous les mouvements s'accompagnent d'un bruit de crépitation facile à percevoir, même à distance. M. Gaujot n'interviendra activement que si des accidents ultérieurs survenaient.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La librairie médicale vient de faire une perte aussi cruelle qu'imprévue. M. Adrien Delahaye est décédé le 14 avril 1875, dans sa quarante-huitième année.

— *École de médecine de Limoges.* — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie s'ouvrira le 8 novembre 1875.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

MÉDICATION SUDORIFIQUE ET SIALAGOGUE.
Véritable Jaborandi
du docteur COUTINHO.
Sous trois formes :
1° **Jaborandi concassé,** chaque paquet contient la dose nécessaire à une infusion ;
2° **Sirop de Jaborandi** / 3° **Élixir de Jaborandi** — deux cuillerées à bouche pour une sudation.
DÉPÔT : PHARMACIE YVON, 7, *rue de la Feuillade, près la Banque.*
Vente en gros : maison GRIMAULT et Cie, 8, rue Vivienne.

SAINT-RAPHAËL

VIN TANNIQUE, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. Pasteur, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les deux principaux repas.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Sirop de Malate de fer de **CHAUMELLE**. — Employé dans tous les cas d'appauvrissement du sang; il est le seul ferrugineux qui soit d'un goût agréable. 2 fr. 50 le flac. **Elixir; 3 fr.; Pilules : 2 fr. le flac.** Ph., 25, r. Réaumur.

CHLOROSE, ANÉMIE

PILULES ET SIROP
FAVROT
AU PYROPHOSPHATE DE FER
ET DE MANGANÈSE CITRO-AMMONIACAL
CE SEL NE CONSTIPE PAS

Il fournit les éléments principaux du sang et des os. Son action est héroïque chez les enfants débiles, les convalescents, dans le traitement de l'anémie, de la chlorose, de l'aménorrhée et de la leucorrhée. Solubilité complète. Assimilation facile, saveur agréable.

Prix : 3 fr. Pharmacie Favrot, 102, rue de Richelieu, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

Alcaloïdes, poisons, et tous médicaments dosés sous forme de GRANULES et DRAGÉES préparés par

GARNIER-LAMOUREUX et Cie

Plus de 15 ans d'existence ont établi la supériorité de nos produits. *Exiger notre cachet.*

Ph. **VIÉ-GARNIER,** 213, r. St-Honoré, Paris.

VIN ET SIROP IODO-PHOSPHATÉS
de **QUINQUINA FERRUGINEUX**
de **VIÉ-GARNIER.**

PAPIER RIGOLLOT
POUR SINAPISMES

Adopté par les Hôpitaux de Paris, les Ambulances et Hôpitaux militaires, et par les Marines française et anglaise.

24, avenue Victoria, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

Coton iodé du Dr Méhu préparé par **J. THOMAS,** *pharmacien de 1re classe, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux, lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.*

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé du Dr Méhu.* C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Prix du flacon : 3 fr. 50. — 48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharmacies.

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

(GOUDRON ET MONOSULFURE DE SODIUM INALTÉRABLES.)

Prescrit avec le plus grand succès dans la **Bronchite chronique,** le **catarrhe,** l'**Asthme,** la **Laryngite** et dans la **Tuberculose,** quand l'expectoration est très-abondante.

DÉPOT : rue Vieille-du-Temple, 21.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO. PHTHISIES, *Anémie,* **Rachitisme,** DIABÈTE, *Diarrhée,* **Cachexies,** *Albuminurie, la* **Convalescence,** *l'épuisement.* (Gros), 8, r. *Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

CONTREXÉVILLE

(SOURCE DU PAVILLON)

CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT

DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangère s.






PEPSINE BOUDAULT

SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, successeur de BOUDAULT, 24, rue des Lombards, a Paris.

SIROP ANTISCORBUTIQUE DE RIVIÈRE IODO-FERRÉ

Combinaison *stable,* intime et naturelle de l'iode et du fer avec les plantes antiscorbutiques ; très-efficace dans les *affections chlorotiques, lymphatiques, scrofuleuses* : Chlorose, Anémie, Pertes blanches, Menstruation irrégulière, etc. 3 fr. le flacon. — Dépôt à la ph. J. Rivière, 68, Chaussée d'Antin, Paris.

ÉPILEPSIE
HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Vin de Bugeaud toni-nutritif
au quinquina et au cacao.

Les propriétés du **Vin de Bugeaud,** *préparé au vin d'Espagne,* étant celles des toniques radicaux et analeptiques réunis, ce médicament est indiqué dans *l'appauvrissement du sang,* dans *les névroses, les flueurs blanches, la diarrhée chronique, les pertes séminales involontaires, les hémorrhagies passives, les affections scorbutiques, la période de convalescence de toutes les fièvres.* **Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.**

La vogue exceptionnelle acquise par le **Vin de Bugeaud** a éveillé la cupidité de certains industriels. *Les médecins et les malades* devront donc se tenir en garde contre les contrefaçons et les imitations offertes par quelques intermédiaires peu scrupuleux.

Dépôt général : Pharmacie Lebeault, 53, rue Réaumur, Paris.

Le **Vin de Bugeaud** se trouve dans toutes les principales pharmacies en France et à l'étranger.

Granules de digitaline
d'HOMOLLE et QUEVENNE

(auteurs de la découverte). — *Approbation de l'Académie de médecine. — Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris, etc.* — « C'est à tort que le nom de *digitaline* a été donné au produit cristallisé extrait de la digitale, puisqu'il ne possède pas l'action physiologique spéciale à cette plante. — Les médecins feront bien de continuer à prescrire la *digitaline de MM. Homolle et Quevenne* aux malades ne pouvant pas supporter la digitale. » (*Bulletin de l'Académie royale de Belgique,* 1874, t. VIII, p. 397.)

N. B. — Pour éviter les imitations *inefficaces* ou *dangereuses* de la *véritable digitaline,* exiger les noms *Homolle* et *Quevenne* sur les étiquettes rondes qui scellent les bouts du flacon, et le nom *C. Collas,* dépositaire général, 8, *rue Dauphine, Paris.* — Le flacon : 3 francs.

Fer dialysé Bravais
pharmacien-chimiste au Havre

LE FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide et par conséquent se présentant dans les meilleures conditions d'absorption ; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxigène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux, qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac, et qu'il ne noircit pas les dents. — Le flacon : 5 francs. — *Dépôt à Paris :* Pharmacie Vial, 20, rue de Châteaudun, où se trouvent aussi le **Sirop de Fer dialysé Bravais** et les **Pilules de Fer dialysé Bravais** — *Vente en gros, exportation :* J. P. LAROZE et Ce, 2, r. des Lions-St-Paul, Paris.

Le véritable sirop dépuratif anti-scorbutique du docteur PORTAL se prépare spécialement et exclusivement à la pharmacie Sage-Danzel, rue de Buci, n° 7, à Paris.

« Cher monsieur James,

« Ayez la bonté de m'envoyer, pour l'usage de mes enfants, un litre de votre excellent sirop antiscorbutique, dont j'ai pu bien souvent constater la bonne préparation.

« Dr Fodéré. »

Dans la même pharmacie se trouve tout préparé le Quinquina jaune Royal, pour faire le vin soi-même et instantanément; préparation également très-appréciée. — 1 fr. 15 la dose pour un litre.

N° 46. — MARDI 20 AVRIL 1875. 48e ANNÉE. MARDI 20 AVRIL 1875. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

La terrible catastrophe du *Zénith*, dont nos lecteurs connaissent sans doute déjà les détails, nous a vivement préoccupé au point de vue des causes qui ont pu amener le fatal dénoûment. Nous nous sommes demandé si ces hardis explorateurs de l'air avaient bien pris toutes leurs précautions, et, dans nos recherches, nous avons mis la main sur le numéro du 30 mars 1874 des *Comptes rendus de l'Académie des sciences*. Dans ce numéro, nous trouvons une communication de M. P. Bert, qui s'exprime en ces termes :

« Les notes successives que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie sous le titre de *Recherches expérimentales sur l'influence que les changements dans les pressions barométriques exercent sur les phénomènes de la vie* ont eu pour résultat de démontrer que les changements dans la pression barométrique (si l'on fait exception pour les décompressions très-rapides et très-fortes) n'ont, sur les animaux et les végétaux, aucune action physico-mécanique, mais les influencent exclusivement au point de vue chimique. Au-dessous de la pression normale, tension trop faible de l'oxygène, menace croissante de l'asphyxie ; au-dessus, tension trop forte, menace croissante de ces accidents redoutables que j'ai désignés par l'expression paradoxale, j'en conviens, d'empoisonnement par l'oxygène (1). De là résultait cette conséquence qu'on peut éviter tout danger en faisant varier la richesse oxygénée de l'air dans un sens inverse de la variation de pression. Ainsi, pour la diminution de pression, le *mal des montagnes*, le *mal des aérostats*, je disais :

Si les aéronautes, qu'arrêtent dans leur course verticale non la force ascensionnelle du ballon, mais la possibilité de vivre, veulent monter plus haut qu'ils ne l'ont fait jusqu'ici, ils le pourront à la condition d'emporter avec eux un ballon plein d'oxygène, auquel ils auront recours lorsqu'ils souffriront trop de la raréfaction de l'air.

Je viens aujourd'hui rendre compte à l'Académie d'expériences faites sur l'homme, et qui confirment complétement cette prévision :

(1) Nous avions, en effet, critiqué cette manière de s'exprimer dans notre compte rendu de la *Gazette des Hôpitaux*. (*Note de la rédaction.*)

Le 20 mars dernier, à deux heures trente-sept minutes, je me mis dans mon grand appareil à décompression, où la température était de 12 degrés, la pression de 759 millimètres. Sous l'influence des pompes qui entretenaient un courant d'air avec dépression croissante, à trois heures dix minutes, je me trouvais à 450 et me maintins jusqu'à quatre heures vingt minutes. Entre cette pression et celle de 408 millimètres, valeur correspondant à des hauteurs de 4,100 à 5,100 mètres, je remontai alors à la pression normale, que j'atteignis à quatre heures quarante-cinq minutes.

En arrivant à 45 centimètres, je commençai à éprouver les symptômes du *mal des montagnes ;* ils allèrent en augmentant, jusqu'au moment de la décompression : c'était un sentiment de lourdeur et de faiblesse, avec état nauséeux, fatigue de la vue, indifférence générale et paresse de l'esprit difficile à surmonter. Au moment où j'atteignais une dépression correspondant au niveau du mont Blanc, il me fut impossible, ayant compté mes pulsations pendant un tiers de minute, de multiplier par 3 le nombre trouvé. Un peu plus tard, ayant levé la jambe droite, elle fut prise de tremblements convulsifs et incoercibles qui s'étendirent à la jambe gauche et durèrent quelques minutes. J'avais alors la face un peu congestionnée, et la température sous la langue, prise avec le plus grand soin, présentait une augmentation de 1/10 à 2/10 de degré. Ma capacité respiratoire maximum, mesurée au spiromètre, avait baissé dans le rapport de 17 à 12. Enfin je noterai qu'au-dessous de 45 centimètres de pression, il m'était impossible de siffler. Le point intéressant de mon expérience est celui-ci :

J'avais emporté avec moi un petit ballon plein d'oxygène presque pur. Quand je fus arrivé à 43 centimètres, avec un malaise bien manifeste et un pouls qui de 62 pulsations était graduellement monté à 84, je fis une inspiration d'oxygène ; immédiatement le pouls tomba à 71 ; il se releva bientôt, d'autant plus que je fis effort pour souffler dans le spiromètre, et arriva à 100 pour redescendre spontanément à 90 : une nouvelle inspiration d'oxygène le fit tomber à 70. La même expérience fut renouvelée dix fois pendant la durée du séjour, et à chaque fois le même résultat se produisit.

Chaque inspiration d'oxygène était accompagnée d'un éblouissement fort désagréable ; ayant fait une fois trois inspirations de suite, je faillis tomber de ma chaise, pris de vertige ; mais cet effet ne durait pas, et il était suivi d'une courte période pendant laquelle *le mal des montagnes* disparaissait pour revenir en même temps que le pouls remontait. La sensation violente qui suivait l'inspiration d'oxygène s'explique aisément ; en effet, mon oxygène, sous la pression de 43 centimètres, avait une tension qui correspond à celle de l'oxygène

contenu dans l'air comprimé à 2,5 atmosphères. Je passai donc brusquement, quant à la tension chimique, de près de 0,5 atmosphères à 2,5 atmosphères : un pareil choc devait nécessairement entraîner quelques effets fâcheux ; mais il n'en pas moins établi que le *mal des montagnes* disparaissait, que la circulation revenait à un rhythme normal, sous l'influence d'une seule inspiration d'oxygène.

MM. Crocé-Spinelli et Sivel, qui ont voulu se préparer, dans mon appareil, à leur belle ascension du 22 mars 1874, ont éprouvé des effets analogues. Je les ai amenés jusqu'à la pression de 30 centimètres. M. Sivel, homme très-robuste, ne fut affecté qu'au-dessous de 40 centimètres, et n'éprouva pas de troubles sérieux. M. Crocé, beaucoup plus faible, fut malade de très-bonne heure ; à 30 centimètres, il avait les lèvres bleues et l'oreille droite presque noire : il asphyxiait. Or une seule inspiration d'oxygène pur faisait disparaître momentanément ces symptômes redoutables ; le pouls tombait, la respiration devenait libre ; à un moment où M. Crocé était devenu aveugle, l'oxygène lui rendit soudain la vue.

Mais ils avaient éprouvé, comme moi, l'impossibilité de respirer régulièrement l'oxygène pur ; aussi leur donnai-je à emporter deux mélanges d'air et d'oxygène ; l'un contenait 45 pour 100 du gaz comburant ; l'autre, à 73 pour 100, était réservé pour les plus grandes hauteurs.

Sans l'oxygène, ces aéronautes intrépides n'auraient pas pu atteindre les régions où ils retrouvèrent, avec 22 degrés de froid, les 30 centimètres de pression qu'ils avaient supportés dans mon appareil. Sans oxygène, M. Sivel ne pouvait soulever les sacs de lest, ni M. Crocé-Spinelli voir les raies du spectre qu'il avait mission d'observer. Ils respirèrent les mélanges sans éprouver d'éblouissement.

J'ai voulu observer sur moi-même les effets de la respiration continue d'un mélange suroxygéné. Dans une première expérience, j'ai pu, en employant un mélange à 45 pour 100, abaisser impunément la pression jusqu'à 338 millimètres, ce qui correspond à 5,600 mètres, hauteur du Chimborazo. Dans une seconde, avec un mélange à 63 pour 100, je suis descendu jusqu'à 25 centimètres, et j'aurais été plus hardi si ma machine eût été assez forte.

La pression à laquelle j'étais parvenu sans malaise, grâce à l'oxygène, était celle à laquelle Glaisher et Coxwell tombèrent sans connaissance au fond de leur nacelle. Elle correspond à la hauteur du plus élevé des pics terrestres, le Gaourichnika, pic qui devient ainsi théoriquement accessible (1). Je pense qu'on pourra atteindre de la sorte la pression de 15 centimètres. »

La communication qu'on vient de lire prouve que Sivel, Crocé-Spinelli et M. Tissandier n'avait rien négligé pour résoudre le problème de la vie aux altitudes extrêmes (2)? D'après la note qui précède, M. P. Bert, et avec lui les aéronautes paraissent s'être préoccupés exclusivement de l'influence chimique de la dépression atmosphérique. Cette influence est évidemment incontestable ; mais elle n'est pas la seule dont on doive tenir compte en pareil cas, puisque nos malheureux aéronautes s'étaient munis de ballons d'oxygène, et que cela ne les a pas empêchés de succomber.

L'influence mécanique de la dépression, déjà signalée et éprouvée par Gay-Lussac, doit provoquer des troubles dans la constitution des tissus dont on ne paraît pas s'être suffisamment préoccupé. Il nous semble également qu'on n'a pas mesuré la vitesse de l'ascension avec la rigueur qui aurait permis sans doute de s'arrêter ou de descendre dès l'apparition des symptômes graves.

Bientôt nous saurons par le dépouillement des *baromètres témoins* la hauteur extrême à laquelle le ballon s'est élevé.

— M. Sédillot lit un rapport sur un mémoire de M. J. Hennequin, intitulé : *De l'allongement du fémur dans le traitement de ses fractures*. Dans ce mémoire, publié en 1869 et couronné par la Faculté de médecine (prix Barbier, 1869), M. Hennequin n'avait pas hésité à annoncer que non-seulement il pouvait, à l'aide d'un appareil de son invention, rendre à la cuisse sa longueur dans les fractures diaphysaires, mais encore qu'il devait se mettre en garde contre un excès de longueur, plus encore qu'un raccourcissement. M. Sédillot s'applique à démontrer que les observations sur lesquelles repose cette assertion imprévue n'ont pas la valeur que leur accorde M. Hennequin, et tout en rendant hommage à l'utilité incontestable de *l'appareil à extension continue*, il propose à l'Académie « d'engager M. Hennequin à poursuivre ses recherches sur les conditions et le mécanisme des os fracturés, et de déposer honorablement son mémoire aux archives de l'Académie ».

— MM. Musculus et de Mermé annoncent l'invention d'un nouveau corps qui se trouve dans l'urine après l'ingestion de l'hydrate de chloral. Ce corps, désigné par les auteurs sous le nom d'*acide urochloralique*, ne cristallise bien que s'il est complétement exempt de produits azotés. Il est soluble dans l'eau et dans l'alcool et presque insoluble et dans l'éther pur. Cet acide paraît être formé par la combinaison d'une certaine quantité de chloral inaltéré avec une substance organique.

— M. Monoyer adresse une note concernant la description d'un nouvel ophthalmoscope. Cet appareil n'est qu'une simple modification de celui de M. Sichel. Par un artifice semblable à celui qui dédouble le faisceau lumineux destiné à éclairer l'œil dans l'ophthalmoscope binoculaire de M. Giraud-Teulon, M. Monoyer est parvenu à *détripler* le faisceau et à obtenir aussi trois images du fond de l'œil visibles simultanément par trois personnes.

Cet appareil présente l'avantage de permettre à trois observateurs de voir commodément et tout à leur aise, sans que leurs têtes se gênent mutuellement. Dr Édouard FOURNIÉ.

HOPITAL COCHIN. — M. BUCQUOY.

Laryngites tuberculeuse et syphilitique.

J'ai en ce moment dans mon service deux malades atteints d'affection grave du larynx. L'un est un homme couché depuis plusieurs semaines au n° 7 de la salle Saint-Jean, l'autre est une femme qui nous est arrivée récemment et qui présente avec notre premier malade une certaine analogie de symptômes.

L'homme dont il s'agit est vernisseur. Il a quarante ans. Sa santé a été parfaite jusqu'à vers la fin de l'année 1873, où il commença à ressentir certains symptômes indiquant une perturbation du côté des voies respiratoires. Interrogé sur ses antécédents, il nous a déclaré que pendant sept ans il avait habité les halles, vendant des pommes de terre pendant la nuit et se livrant à l'abus des boissons alcooliques. Depuis qu'il est malade, il s'est, dit-il, corrigé de cette passion, quoique buvant encore de deux à deux litres et demi de vin par jour.

Le premier symptôme qu'il a éprouvé remonte au mois de

(1) Ce pic mesure 8,840 mètres.

(2) Cet article était écrit, lorsque nous avons appris la communication faite sur ce sujet par M. Paul Bert, à la Société de biologie (voir plus loin).

décembre 1873, époque à laquelle il fut pris d'une hémoptysie assez abondante, qui, après avoir persisté pendant un temps assez long, disparut pour revenir plus tard à différentes reprises. Jusqu'au mois d'août 1874, il n'a pas maigri. A cette époque sa voix s'est éteinte, son larynx est devenu douloureux, en même temps que cet homme éprouvait dans la déglutition une gêne sur laquelle il insiste, et qui depuis a toujours persisté. A partir de ce moment il a commencé à respirer difficilement, et il a même éprouvé à différentes fois des accès de suffocation assez pénibles.

Telles étaient à peu près les conditions dans lesquelles il se trouvait quand il est entré à l'hôpital le 2 février.

Lorsque nous le vîmes, sa voix était excessivement rauque. Pour respirer un peu librement, il était obligé de se tenir assis sur son lit, et chacune de ses inspirations était rude, sifflante, donnant lieu à une sorte de cornage. L'expiration était beaucoup moins difficile que l'inspiration et se faisait d'une façon relativement libre.

Outre cette dyspnée permanente, il avait par moments, et surtout vers le soir, des accès de suffocation extrêmement violents : il se précipitait alors à bas de son lit, la figure cyanosée, le corps couvert de sueur, sous la menace imminente de mourir par asphyxie.

Chez la femme qui est couchée au n° 16 de la salle Sainte-Marie, les symptômes présentent avec ceux-ci une certaine ressemblance. Mais chez elle l'aphonie est complète; la malade ne parle qu'à voix basse, et il lui est impossible d'articuler un son. Elle n'a pas, comme notre homme, une dyspnée continue. Lorsqu'elle est en repos, la respiration se fait assez facilement, du moins en apparence. Il n'y a pas d'orthopnée. Néanmoins les accès de suffocation sont d'une violence extrême, et c'est pour cette raison qu'elle est entrée une première fois déjà à l'hôpital où elle était couchée au n° 9 de la même salle. Elle a également eu deux ou trois hémoptysies dans le courant de l'année dernière.

Le premier accès qu'elle éprouva fut d'une violence particulière, accompagné de hoquets, de frissons, de nausées et déterminant une sensation d'angoisse extrême. L'air semblait lui manquer. Ce ne fut qu'au bout d'une dizaine de minutes que le calme se rétablit et que la respiration commença à redevenir plus libre. Depuis cet accès elle en a éprouvé sept ou huit autres, mais ils ont été beaucoup moins violents.

Elle n'a eu ni amaigrissement, ni toux, ni symptômes pulmonaires d'aucune sorte.

Elle a quarante ans et exerce la profession de blanchisseuse. Elle offre des antécédents évidents de syphilis. En 1865, elle a en effet été atteinte de chancres aux parties génitales et présente encore aujourd'hui dans l'aine gauche un chapelet ganglionnaire très-manifeste. Elle a eu également une éruption syphilitique. Le traitement que cette femme a suivi a été très-irrégulier; elle l'a cessé au bout de six semaines environ. Ce ne fut que cinq mois après, en 1870, que sa voix s'éteignit à la suite d'un refroidissement. Cette aphonie dura deux mois. Deux ans plus tard, nouvelle extinction de voix, sans cause appréciable cette fois. Depuis ce moment sa voix est restée complétement éteinte.

Ainsi, chez l'un et chez l'autre de ces malades, le larynx est le siége d'une affection que, en raison du début éloigné des premiers symptômes, nous pouvons considérer comme passée à l'état chronique.

Chez notre premier malade nous avons fait deux explorations au moyen du laryngoscope. La première a eu lieu à son entrée, la seconde samedi dernier.

Voici les résultats que nous a donnés le premier de ces examens : l'épiglotte est un peu rouge, mais n'est pas considérablement épaissie; les ligaments arythéno-épiglottiques sont volumineux, d'une coloration rouge foncé et forment deux bourrelets aplatis qui masquent presque complétement le côté externe des cordes vocales supérieures, tandis que celles-ci sont jaunâtres et présentent à leur partie interne, surtout la gauche, des échancrures dues à des ulcérations bien évidentes. Enfin la muqueuse qui revêt les cartilages arythénoïdes est rouge, tuméfiée, boursouflée.

Le deuxième examen, après un traitement de nature à modifier l'état local, nous a donné les résultats suivants : les bourrelets si volumineux formés par les replis arythéno-épiglottiques ont presque complétement disparu; la tuméfaction de la muqueuse au niveau des cartilages arythénoïdes n'existe plus. Les cordes vocales et la muqueuse, sont rouges, mais sans ulcérations. Leur surface est parfaitement lisse.

Chez notre second malade, l'application du laryngoscope est impossible à cause de la susceptibilité du larynx que le bromure de potassium lui-même n'a pas pu insensibiliser. Cependant, à la vue, on constate une rougeur vive de l'épiglotte et des replis arythéno-épiglottiques s'accompagnant de tuméfaction notable; de plus, le gonflement extérieur du larynx, la sensibilité qu'il présente, lorsqu'avec la main, on exerce une légère pression à sa surface, ses altérations fonctionnelles dont il est le siége, nous mettent en droit de conclure à une altération profonde des cordes vocales.

En présence de ces deux cas si nets de laryngite chronique, il nous reste à nous demander à quel propos celle-ci est survenue et quelle influence la constitution de nos malades a exercée sur son développement.

Rarement, messieurs, la laryngite chronique survient en dehors de causes diathésiques, à moins qu'elle ne soit déterminée par un usage immodéré de la parole, par l'abus des boissons alcooliques, par l'action de vapeurs, de poussières irritantes. En dehors de ces cas de laryngite simple, elle est ordinairement le résultat d'une affection diathésique. C'est, en effet, ce qui a lieu chez l'un et chez l'autre de nos malades.

Bien que le premier ait quarante ans, âge auquel n'éclate pas ordinairement la tuberculisation pulmonaire, il présente cependant les signes les plus marqués de cette affection. Depuis un an il a des hémoptysies; il a perdu ses forces; il a maigri. Si l'on pratique la percussion, on perçoit au sommet du poumon droit, en arrière, une matité notable. L'auscultation fait entendre à ce niveau des râles, des craquements humides; la toux est retentissante, l'expiration prolongée. A gauche la respiration est soufflante.

En avant, sous la clavicule, ce sont des signes inverses qu'on observe : à droite, craquements fins, secs, superficiels, assez abondants; respiration rude du côté opposé.

Les crachats sont opaques et souvent teints de sang. Enfin cet homme a des antécédents héréditaires des plus accentués : son père et sa mère sont morts de la poitrine.

Chez notre seconde malade, je n'ai trouvé aucun indice d'une lésion du poumon. La respiration m'a paru assez nette ; je n'ai perçu ni râles, ni souffle, ni craquements, et bien qu'elle ne s'entendît que très-faiblement en avant à cause de la pénétration difficile de l'air dans la poitrine, elle ne s'accompagnait d'aucun bruit anormal.

Il est donc évident que la laryngite est liée à l'existence de la tuberculose chez le premier de ces malades, à celui de la syphilis chez l'autre.

(A suivre.)

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES.

M. DE SAINT-GERMAIN

—

Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants (1).

(Recueillies par MM. CHENET et TAPRET, internes du service.)

DE LA LARYNGOTOMIE

La toilette terminée, vous reportez le petit malade dans un lit préalablement muni d'une boule d'eau chaude, et vous faites annoncer aux parents que tout est terminé. Le plus souvent, le soulagement qui suit l'opération est tel, l'amélioration est si notable, l'aspect du petit malade a tellement changé, qu'un véritable enthousiasme éclate. On croit l'enfant sauvé, on vous remercie avec effusion; on a banni toute crainte. C'est ici que je vous conseille de jeter, dût-il vous en coûter, un peu d'eau froide sur ce feu de paille.

Rappelez que tout n'est pas fini; que les conditions et les chances restent douteuses, et qu'il vous faut au moins trois fois vingt-quatre heures accomplies pour promettre quelque chose. Si vous ne prenez pas cette garantie, l'enthousiasme de tout à l'heure devant tomber de lui-même au moindre incident fâcheux, une réaction déplorable se produira, et vous ne tarderez pas à en ressentir les effets. Il est donc bien entendu que la famille a compris qu'avant l'opération, l'enfant était absolument condamné, qu'un sursis lui a été accordé par la trachéotomie, et que c'est à la nature ou à la thérapeutique de guérir l'affection première, le croup.

Préoccupez-vous, si vous ne l'avez déjà fait, de la personne qui, durant un temps variable, de trois à dix jours, restera près du petit malade et lui donnera les soins nécessaires.

Les soins consécutifs entrent pour une énorme part dans le résultat de la trachéotomie, et, à mon avis, le chirurgien qui néglige cet élément de succès, risque de compromettre singulièrement sa statistique. Défiez-vous, pour remplir cet office de de garde-malade éclairé et intelligent, d'un membre de la famille.

Je me souviendrai toute ma vie d'un pauvre petit opéré, qui fut absolument étouffé par son père, qui avait tenu à soigner lui-même son enfant et avait laissé, malgré nos recommandations, s'accumuler un bouchon de mucosités et de fausses membranes à l'extrémité de la canule externe. Les meilleurs gardes, je le déclare hautement, sont les internes habitués à la trachéotomie; et je ne crains pas, pour ma part, de leur attribuer une très-large part dans les succès que j'ai pu obtenir. C'est qu'en effet personne plus qu'eux n'est apte à saisir les indications qui nécessitent une intervention immédiate : gêne croissante de la respiration, accès de suffocation, etc.

Vous comprenez que c'est là une ressource qui manque souvent, soit à cause de la situation éloignée des centres, soit à cause des conditions de fortune des parents. La surveillance du petit opéré est de tous les instants; elle exige des connaissances particulières et n'est point sans dangers; je vous rappelle qu'un certain nombre de médecins, Valleix, Gillette, Henri Blache, ont contracté auprès de leur malade les affections diphthériques auxquelles ils ont succombé.

A défaut d'internes, ayez sous la main une garde-malade ou une religieuse, à qui vous aurez montré la conduite à tenir, qui doit se résumer ainsi :

1° Faire que la canule interne ne s'engoue pas; 2° obvier autant que possible aux accès de suffocation qui pourront se produire malgré la présence de la canule.

Pour atteindre ces deux buts, il est nécessaire d'enlever toutes les deux heures la canule interne, de l'écouvillonner avec soin soit avec une plume d'oie, soit avec une petite brosse spéciale, analogue à celles dont se servent les fumeurs pour nettoyer leurs pipes, et quand la canule est absolument nette, de la réintroduire *complétement ;* je ne saurais trop insister sur cette précaution. Les personnes très-habituées à la trachéotomie, sûres qu'elles sont d'amener les deux pavillons au contact parfait peuvent négliger de fermer à chaque réintroduction le petit verrou qui fixe les deux canules. Comme nous ne pouvons compter sur les personnes étrangères à la chirurgie, exigez d'elles que le verrou soit fermé chaque fois. De cette façon seule vous aurez la certitude que la canule interne est complétement en place et que rien ne pourra s'accumuler par l'extrémité de la canule externe; vous n'oublierez pas cette précaution si vous vous souvenez de ce petit malade de deux ans, qui mourut par un bouchon de fausses membranes qui obturait la canule externe, alors que la canule interne était absolument libre.

M. Roger conseille de provoquer de temps à autre une toux expulsive, en instillant de temps en temps quelques gouttes d'eau de chaux dans la trachée; peut-être se joint-il à cet effet une action dissolvante sur les fausses membranes.

Le service est donc bien établi : la canule fonctionne bien, et cependant l'enfant respire mal. La respiration, d'abord ample et silencieuse, s'accélère peu à peu, devient saccadée, incomplète et de plus en plus perceptible à l'oreille; son timbre s'élève progressivement et prend un caractère métallique analogue au souffle tubaire; la toux est sèche et rude, ou bien tout d'un coup un bruit de clapet, de drapeau se fait entendre; le tirage revient et la cyanose apparaît. Soyez persuadé que vous avez à l'extrémité de votre canule une fausse membrane, à moitié détachée, qui fait soupape et empêche l'accès de l'air.

C'est ici que vous allez intervenir utilement.

Sollicitez un effort de toux plus violent par la titillation directe de la trachée; bien souvent vous obtiendrez l'expulsion de l'obstacle qui, tantôt sera projeté directement au dehors, tantôt s'arrêtera dans la canule interne à cause de sa viscosité. Si vous n'avez obtenu aucun résultat, enlevez tout l'appareil. Allez au besoin chercher dans la trachée, à l'aide de la pince à fausses membranes, l'obstacle en question. Beaucoup, n'ont dû leur salut qu'à cette précaution prise à temps.

Rappelez-vous que l'alimentation du malade est une des plus importantes conditions à remplir. Que les parents s'ingénient à trouver les aliments les plus propres à exciter l'appétit de l'enfant, déjà dégoûté, écœuré par les vomitifs dont il a été saturé avant l'opération. A défaut d'aliments solides, administrez des liquides réconfortants : vin de Bordeaux, vins d'Espagne et surtout vin de Champagne. Je conseille aussi souvent une glace à la vanille, au café ou au chocolat, et j'ai vu bien rarement les enfants refuser absolument cet aliment, qui a pour eux le mérite de la nouveauté, et dont la basse température leur est fort agréable.

Vingt-quatre heures se sont écoulées, et ce ne sont pas les pénibles; en effet, même dans les plus mauvais cas, on observe ordinairement, pendant la première journée qui suit l'opération, une rémission notable; la respiration étant devenue relativement libre et la fatigue aidant, l'enfant a plusieurs heures de sommeil et son facies paraît beaucoup meilleur. Quelquefois même, l'état général du malade est satisfaisant. Vous devez

(1) Suite. — Voir les numéros des 10, 17 décembre 1874, 11, 23 mars, 6 et 10 avril 1875.

retirer complétement la double canule et laisser, si faire se peut, le malade livré à lui-même pendant quelques minutes.

Cette pratique a l'avantage de faire reposer quelque peu la plaie, de permettre de la toucher soit avec une solution de chlorate de potasse, soit comme je l'ai vu faire constamment dans le service de mon excellent collègue le docteur Labric, à l'aide d'un crayon de nitrate d'argent.

N'oubliez pas ici une recommandation capitale. Ayez à votre portée une canule garnie de même calibre, et UN DILATATEUR. N'oubliez pas non plus de replacer, autant que possible pour ce premier retrait de canule, l'enfant dans la situation où il était pour l'opération.

C'est pour avoir négligé cette précaution, que j'ai failli perdre sous mes yeux un enfant vigoureux, que j'avais simplement fait tenir devant la fenêtre sur les genoux de son père. En se débattant, l'enfant m'empêchait de replacer la canule et faillit étouffer.

Au bout de vingt-quatre heures, en effet, la voie n'était pas entièrement tracée. La plaie extérieure n'a pas encore affecté cette forme d'ouverture, taillée à l'emporte-pièce que vous constaterez les jours suivants. Il faut donc se mettre en garde contre toute espèce de difficultés.

L'enfant a bien supporté le retrait de la canule; il est cependant un peu anxieux; il sent que la prise d'air a perdu de son ampleur; une petite quinte survient, et avec elle un peu de suffocation; réintroduisez la canule, en suivant pour cette opération le même procédé que la première fois, à savoir la présentation suivant l'horizontale et le demi-tour de maître.

Vous atteindrez ainsi le plus souvent votre but; mais pour peu que vous ayez des difficultés, n'hésitez pas à introduire aussitôt votre dilatateur et votre canule ensuite. Cette manœuvre, longuement décrite, se répétera au moins toutes les vingt-quatre heures durant trois jours environ, et vous devrez vous efforcer chaque fois de laisser l'enfant sans canule le plus longtemps qu'il vous sera possible. Dans certains cas très-favorables on a pu, le troisième ou même le deuxième jour, retirer absolument la canule et laisser l'enfant livré à lui-même. Je n'ai pas besoin de faire observer que c'est surtout dans ces cas qu'une surveillance rigoureuse est indiquée. Le retrait définitif de la canule se fait habituellement du cinquième au huitième jour.

Je n'aborderai pas ici la question si importante des cas dans lesquels il est impossible de retirer la canule; ce sont des cas anormaux encore mal définis, mal expliqués, sur lesquels je compte plus tard attirer votre attention.

Votre rôle est à peu près fini; cependant la cicatrisation de la plaie n'est pas faite, vous devez la surveiller. N'employez ni taffetas ni diachylon, et ne cherchez pas à obtenir une réunion trop rapide. Cela est au moins inutile et parfois nuisible. Bornez-vous à réprimer de temps à autre avec le nitrate d'argent des bourgeons trop exubérants; et vous serez frappé de la rapidité avec laquelle marche ce travail de réparation.

Voilà, messieurs, comment je pratique la trachéotomie, et bien qu'on ait une tendance à admettre que le *modus faciendi* de cette opération n'a que bien peu d'importance sur le résultat, je consigne pourtant avec plaisir le résumé de ma statistique pour 1873 et 1874, à savoir, neuf guérisons tant en ville qu'à l'hôpital sur vingt-deux trachéotomies.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 17 avril 1875. — Présidence de M. Cl. BERNARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Myélite aiguë. — M. RAYMOND expose à la société un nouvel exemple de myélite aiguë ayant déterminé la mort en l'espace de sept jours.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt et un ans, qui est entré le 7 janvier dans le service de M. Vulpian, à l'hôpital de la Pitié. Jusque-là il ne s'était plaint que de légers frissons, d'un peu de courbature et de quelques phénomènes de gastrite. Le 4, au soir, il fut pris d'une douleur dans le pouce de la main gauche, qui bientôt s'étendit à l'avant-bras, puis à tout le bras gauche. Rien au bras droit, ni dans les membres abdominaux; la température s'élève assez rapidement à 40 degrés. La mobilité du bras gauche s'affaiblit de plus en plus, la sensibilité fut conservée ainsi que la contractilité électrique. Il n'y avait aucune trace d'affection cérébrale.

Le 12, au matin, ce malade éprouve quelques difficultés à avaler; son pharynx se remplit de mucosités, une certaine anxiété s'empare de lui, et à onze heures et demie, il succombait après avoir présenté quelque phénomènes d'asphyxie.

A l'autopsie on ne trouva rien à l'œil nu, mais l'examen histologique montra des lésions de la substance grise de la moelle cervicale, en particulier des cornes antérieures. La plupart des cellules étaient détruites, ou tout au moins granuleuses et fendillées. Il s'agissait bien là d'une myélite aiguë qui, en sept jours, avait détruit toute la substance grise de la moelle cervicale et fini par amener une asphyxie qui emporta le malade en l'espace de deux heures et demie.

DISCUSSION

M. HALLOPEAU dit qu'en général il n'existe pas de douleurs dans les myélites antérieures, et demande à M. Raymond s'il n'a rien trouvé dans les nerfs ou dans les muscles qui pût expliquer celles que son malade avait éprouvées.

M. RAYMOND répond négativement.

M. LÉPINE fait remarquer que cette observation présente beaucoup d'analogie avec celle que M. Cornil et lui ont présentée récemment à la société, sous le nom de paralysie générale spinale subaiguë, et dans laquelle ont été constatés les mêmes symptômes et les mêmes lésions. (Voir *Gazette des Hôpitaux*, numéro du 2 mars 1875.)

Composition de l'eau dans la profondeur des lacs et des mers. — M. MOREAU par des expériences de laboratoire est arrivé à déterminer exactement la composition des eaux dans la profondeur des lacs et des mers. Ces expériences lui ont montré : 1° que la vessie natatoire est un organe de station et non de locomotion; 2° que les poissons produisent des quantités de gaz en rapport avec les pressions qu'ils supportent; 3° que l'eau dans les profondeurs des lacs et des mers possède sensiblement la même quantité d'air qu'à la surface.

Catastrophe du ballon *le Zénith*. — M. PAUL BERT donne à la société quelques détails sur le terrible accident dont viennent d'être victimes deux hommes de science, qui s'étaient si courageusement dévoués à la recherche de la solution d'un problème intéressant le monde savant tout entier.

C'est avec un profond chagrin, dit-il, que j'aborde ce sujet d'autant plus pénible pour moi que j'étais attaché à ces deux hommes par les liens d'une sincère amitié.

MM. Sivel et Crocé-Spinelli, qui ont succombé tous deux, avaient déjà fait plusieurs ascensions. Déjà ils étaient arrivés à une hauteur de 7,500 mètres, hauteur à laquelle on peut, comme je l'avais démontré dans mes expériences, éprouver des accidents assez sérieux pour troubler les expérimentateurs dans leurs manœuvres. Ils avaient eu, en effet, l'occasion de confirmer les expériences que j'avais faites au sujet de l'influence des diverses pressions sur l'organisme.

Jeudi dernier, ils entreprenaient une nouvelle ascension dans le but, entre autres recherches, de déterminer la composition de l'air aux diverses hauteurs auxquelles ils atteindraient. Ils ne devaient pas dépasser 7,500 mètres. Les conditions étaient peu différentes de celles dans lesquelles ils se trouvaient lors de leur dernière ascension; cependant, au lieu d'être deux, ils étaient trois. M. Tissandier, dont nous tenons ces détails, s'était joint à eux; mais le ballon cubait une plus grande quantité de gaz; ils avaient beaucoup plus de lest et, en outre, ils emportaient un aspirateur qui, à lui seul, pesait 30 à 40 kilogrammes.

Le *Zénith* (ainsi s'appelait le ballon qui les portait) partit vers sept heures du matin, de l'usine à gaz de la Villette; le temps était superbe, il n'y avait pas un nuage au ciel; le ballon, poussé par une légère brise du nord-est, monta assez rapidement jusqu'à la hauteur de 7,000 mètres. A ce moment, il se produisit une sorte d'accalmie; M. Sivel, qui dirige l'ascension, demande à ses compagnons s'ils devaient monter encore; sur leur réponse affirmative, le ballon continue à monter. Seul, M. Tissandier commence alors à éprouver un certain malaise, quelques troubles dont il revient assez vite en respirant un peu d'oxygène. Ils arrivent à la hauteur de 7,800 mètres. Mais à peine M. Tissandier eût-il jeté les yeux sur le baromètre pour s'en assurer, que soudain il éprouve un violent malaise; il veut aussitôt atteindre le tube par lequel il devait aspirer de l'oxygène, mais, par suite d'un phénomène sur lequel, j'ai déjà eu l'occasion d'insister en parlant de mes propres expériences, son bras se trouva comme paralysé, et le seul effort qu'il fait pour l'élever à la hauteur du tube suffit pour le faire rouler au fond de la nacelle. J'ai, en effet, démontré dans de précédentes communications, que sous la cloche à expériences, lorsque le malaise commence à se produire, le peu d'oxygène qui reste à la disposition de l'organisme est employé tout entier par le bulbe pour la respiration, et que si l'on en distrait la plus petite partie pour une contraction musculaire, pour le plus léger effort, l'asphyxie survient aussitôt. C'est absolument ce qu'éprouva M. Tissandier. Il se rappelle qu'à ce moment MM. Sivel et Spinelli paraissaient, de leur côté, fort agités. Il put encore se rendre compte que le ballon continuait à monter, et il vit ses deux compagnons tomber successivement, comme lui, dans le fond de la nacelle; puis il ne se souvient plus de ce qui se passa pendant un certain temps. Quand il revint à lui, il vit Spinelli se relever, et par une de ces aberrations d'esprit qui ne peut s'expliquer que par un état pathologique spécial, il le vit se précipiter sur les couvertures, sur les appareils, sur l'aspirateur lui-même, et tout jeter par-dessus la nacelle. On sait que cet aspirateur seul ne pesait pas moins de 30 à 40 kilogrammes; or il suffit de quelques grammes en moins, il suffit, pour ainsi dire, de cracher par-dessus la nacelle pour qu'aussitôt le ballon se mette à remonter. Aussi le *Zénith* bondit-il à des hauteurs dont on n'a pas d'idée. Tissandier retomba de nouveau en syncope, mais pas assez vite cependant pour qu'il ne lui fût pas possible de voir avec quelle rapidité s'élevait de nouveau le ballon. A quelle hauteur sont-ils ainsi montés? On ne pourra le savoir que si le baromètre a été conservé.

Après deux heures de ce terrible voyage, M. Tissandier revint à lui; à ce moment le ballon était à 5,000 mètres; il descendait rapidement. A mesure qu'il descendait, Tissandier se remettait, les sens lui revinrent peu à peu. Mais quel spectacle l'attendait! A peine eut-il tourné ses regards vers ses deux amis qu'il reconnut qu'ils étaient morts; leur figure était bleue, leur bouche grande ouverte et pleine de sang; l'un deux en avait même assez perdu pour tacher une partie du fond de la nacelle. Alors survint une période de désespoir, bien naturelle, bien facile à comprendre, pendant laquelle le malheureux survivant ne sut ce qu'il devait faire; cependant le ballon descendait toujours avec la même vitesse. Bientôt alors il songea, pour amortir la chute, à jeter un peu de lest, car, par bonheur, il en restait encore. Malgré ses efforts, il ne put parvenir à accrocher l'ancre convenablement; pendant un certain temps le ballon fut entraîné par bonds au niveau du sol, et Tissandier mettait tous ses efforts à maintenir dans le fond de la nacelle les deux cadavres que de violentes secousses menaçaient à chaque instant de précipiter au dehors de la nacelle. Enfin le ballon, s'étant accroché à un arbre, se déchira dans toute sa longueur, et Tissandier parvint à en sortir. Il était encore extrêmement faible et put à peine appeler du secours.

Actuellement il est encore fort malade, bien qu'il n'ait été constaté chez lui aucune lésion traumatique, ni aucune lésion interne. Mais on comprend que, sous l'influence d'émotions aussi violentes, aussi terribles, un organisme humain, quelque bien constitué qu'il soit d'ailleurs, soit rudement éprouvé.

Quant à Sivel et Spinelli, je ne puis me défendre d'une certaine angoisse en songeant que, depuis longtemps, ils étaient travaillés par un désir ardent d'arriver à dépasser 8,000 mètres. Glaisher avait bien atteint 8,800 mètres; il avait éprouvé les mêmes accidents; mais, grâce à la précaution qu'il avait prise d'enrouler autour de son bras la corde de la soupape, lorsque, comme eux, il roula au fond de la nacelle, son propre poids suffit à ouvrir la soupape, et il fut sauvé.

Mais comment se fait-il que Sivel et Spinelli n'aient pas pris au moins la précaution de mettre à leur portée la corde de la soupape ou le tube de leur ballon d'oxygène? C'est là ce que je ne puis comprendre et ce que nous ne saurons peut-être jamais, car M. Tissandier a eu déjà beaucoup de peine à se rappeler les quelques détails qu'il a pu donner. Quoi qu'il en soit, c'est là un grand malheur que, pour ma part, je déplore d'autant plus qu'il frappe des hommes courageux, dévoués à la science, que ces deux hommes étaient mes amis, et je ne puis me défendre d'une sorte de remords en me demandant si je n'ai pas été pour quelque chose dans leur hardie tentative par les expériences et les travaux auxquels je me suis livré. C'est un grand malheur aussi en ce qu'il peut enrayer le mouvement qui s'opérait depuis quelque temps en faveur de la navigation aérienne, de son application à des recherches scientifiques vraiment dignes de ce nom. Une société était déjà fondée, société uniquement composée de savants qui n'avaient qu'un but, la recherche de la vérité.

Non-seulement, par ses travaux, elle avait déjà singulièrement favorisé l'aérostation en perfectionnant les appareils, mais encore elle devait concourir puissamment à ce que j'appellerai l'étude de l'anatomie et de la physiologie de l'atmosphère. Le ballon tendait à devenir un laboratoire ambulant à l'aide duquel le savant se mettait à même de conquérir l'air, l'atmosphère. C'est donc avec un profond chagrin que je vois deux hommes, jeunes encore, pleins de courage et d'ardeur scientifique, tomber victimes de ce courage et de ce dévouement à la science; je crains, en effet, que cette double mort ne soit comme un signal de rétrogradation du mouvement scientifique qui s'opérait.

Les corps de mes malheureux amis seront transportés demain dimanche à Paris, et mardi sera célébrée en leur honneur une cérémonie très-simple, mais qui, je n'en doute pas, sera rendue importante par le grand nombre des savants qui y assisteront pour rendre hommage à deux nouvelles victimes de la science.

DISCUSSION

M. ONIMUS demande à M. Bert si, suivant lui, M. Tissandier ne doit pas son salut à la syncope qu'il a eue avant les deux autres. On sait, en effet, qu'en pareil cas un individu qui a été pris déjà de syncope résiste beaucoup mieux après aux phénomènes d'asphyxie.

M. BERT partage cette opinion. Il fait observer, en outre, que M. Tissandier était de beaucoup le moins robuste des trois. Il en est de même pour le mal des montagnes : ce sont toujours les hercules de la bande qui sont pris les premiers des accidents. Les plus faibles, au contraire, supportent beaucoup mieux les ascensions.

M. Bert exprime le regret de n'avoir pas été à Paris lors du départ du *Zénith*. Il aurait fait en sorte que ses amis prissent avec eux une plus grande quantité d'oxygène. Ses calculs lui ont démontré qu'ils n'en avaient que pour une vingtaine de minutes, tandis qu'ils sont restés près de deux heures dans ces régions dangereuses pour la vie, et M. Tissandier en avait déjà usé une certaine quantité, alors que cela n'était pas absolument nécessaire.

Il faut, ajoute M. Bert, laisser de côté l'hypothèse qui a été émise par plusieurs journaux que MM. Sivel et Spinelli auraient été asphyxiés par un flux d'hydrogène au moment où l'on aurait ouvert la soupape du ballon.

Le *Zénith* était organisé de telle façon que cet accident, qui avait failli tuer MM. Barral et Bixio, ne pouvait arriver ici.

Il est bien certain que MM. Sivel et Spinelli ont succombé par suite

de la raréfaction de l'air, par insuffisance d'oxygénation du sang. C'est le premier cas que l'on observe chez l'homme.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La faculté de médecine de Montpellier vient de faire une grande perte en la personne de M. Moutet, professeur de clinique chirurgicale, décédé à l'âge de cinquante et un ans.

— Nous avons le profond regret d'annoncer le mort de notre vénérable ami le docteur Miquel (de Tours).

— Une place de médecin-adjoint à l'hôpital Rothschild va être mise au concours. Ce concours *sur titres* aura lieu dans le courant du mois de mai prochain. Les candidats sont invités à adresser leur demande et l'exposé de leurs titres au secrétariat général du consistoire, rue du Vertbois, 8. Le registre d'inscriptions sera clos le 5 mai.

— *Hôpital Saint-Antoine.* — M. le docteur Peter a repris samedi dernier ses conférences cliniques. Il les continuera le samedi de chaque semaine à neuf heures et demie.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Becquerel a ouvert son cours de physique appliquée aux sciences naturelles le lundi 19 avril 1875, à midi et demie, et les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Le professeur traitera de la météorologie et de la climatologie dans leurs rapports avec les sciences naturelles et l'agriculture. Il exposera, notamment, le phénomène dépendant de la chaleur terrestre, les propriétés physiques des sols, l'action calorifique, chimique et hygrométrique de l'air, ainsi que les effets de la chaleur, de la lumière et de l'électricité sur les corps organisés.

En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Edmond Becquerel.

— M. Delafosse a commencé son cours de minéralogie le lundi, 19 avril 1875, à huit heures et demie, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et les continuera les lundi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

Après avoir exposé les propriétés générales des minéraux et les principes qui servent de base à leur classification, le professeur traitera, cette année, des substances non combustibles (oxydes, chlorures et sels).

En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Édouard Jannezat, aide naturaliste.

— M. de Quatrefages commencera son cours d'anthropologie le mardi, 20 avril, à trois heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants. à la même heure.

Le professeur examinera d'abord les questions relatives au cantonnement primitif et à l'ancienneté de l'espèce humaine, au peuplement du globe par migrations accomplies par terre ou par mer; il résumera les phénomènes généraux de l'acclimatation des races humaines. Il exposera ensuite les caractères généraux, physiques, intellectuels, moraux et religieux de ces races.

— M. Daubrée, membre de l'Académie des sciences, a commencé son cours de géologie le samedi 17 avril 1875, à quatre heures un quart précises, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie et de géologie, et le continuera les mardis suivants à la même heure.

Le professeur traitera des faits fondamentaux de la géologie et particulièrement de l'histoire des terrains stratifiés; il exposera aussi le rôle des causes actuelles.

En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Stanislas Meunier, aide naturaliste, à qui est confiée la direction des excursions géologiques.

— M. Albert Gaudry ouvrira son cours de paléontologie le mercredi, 21 avril, à trois heures et demie, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure.

Il exposera l'histoire des êtres qui ont vécu pendant les temps géologiques; il s'attachera particulièrement à l'étude des fossiles des terrains tertiaires inférieurs.

Ce cours aura lieu dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée.

Les lundis, à trois heures et demie, le professeur fera une conférence dans le laboratoire de paléontologie, ou dans les galeries du Muséum.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 47. — JEUDI 22 AVRIL 1875. 48e ANNÉE. JEUDI 22 AVRIL 1875. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une communication de M. Woillez a fait les frais de cette séance. On sait avec quel zèle persévérant M. Woillez dirige principalement ses recherches vers tout ce qui peut contribuer à éclairer le diagnostic des maladies des organes thoraciques. En 1854, il avait adressé à l'Académie des sciences un pli cacheté, qui a été ouvert sur sa demande dans la séance de lundi dernier. Ce pli contenait l'énoncé des principaux résultats de recherches qu'il avait faites à cette époque à l'aide d'un appareil de son invention auquel il a donné le nom de spiroscope. Mais cet appareil ne répondant pas alors entièrement à ses vues, il y a introduit depuis des modifications qui lui ont permis d'apporter plus d'exactitude dans ses expériences. Ce sont les résultats de cette seconde série de recherches qu'il a exposés hier à la tribune de l'Académie. Ils ont donné lieu à quelques judicieuses observations de M. Barth sur la théorie de la production des bruits respiratoires, que les expériences de M. Woillez viennent éclairer d'un nouveau jour, et à quelques réflexions critiques de M. Colin, qui ne laisse échapper aucune occasion d'apporter son contingent ou celui de ses collègues d'Alfort au service de toute question de physiologie ou de pathologie comparée.

Quelques-unes des idées émises, à ce sujet, sur la respiration et sur l'asphyxie, répondaient trop aux vives préoccupations du moment pour qu'il n'y fût pas fait allusion. Quelques mots de douloureuse sympathie prononcés à cette occasion par M. Larrey ont donné lieu à un échange d'opinions entre MM. Colin, Mialhe et Blot, sur la nature des phénomènes probablement plus complexes qu'on ne pense, qui ont dû amener la mort des malheureux aéronautes. L'histoire de ces nobles martyrs de la science ajoutera le sujet d'un triste mais instructif chapitre au bel ouvrage de M. Jourdanet sur l'*influence de la pression de l'air sur la vie de l'homme*, que nous n'avons fait qu'annoncer encore en passant, mais qui devra être de notre part l'objet d'une étude attentive.

Dr Brochin.

THÈSES DE CONCOURS

POUR L'AGRÉGATION EN MÉDECINE (1).

Des contractures. — « Quand un muscle souffre, c'est plus loin et plus haut, dans un élément hiérarchiquement plus élevé, qu'il faut rechercher la vraie cause de sa souffrance. » Dans cette proposition se résume presque toute la pathogénie des affections musculaires. S'agit-il, en effet, d'atrophie, il faut en chercher l'origine et la source dans les cellules motrices de la moelle. S'agit-il de paralysies, de convulsions ou de contractures, c'est toujours à l'une des portions du système nerveux qu'il faut remonter. Pous les contractures, qui devaient seules être prises ici en considération, M. Straus montre tout d'abord un point de leur pathogénie sur lequel le jour a commencé à se faire, savoir le rôle que la sclérose de certains faisceaux spinaux paraît jouer dans leur production. Mais comme ce n'est là encore qu'une détermination partielle et incomplète, et sur laquelle règne une assez grande obscurité, M. Straus n'a pas jugé qu'il fût prudent d'en faire la base de la division de son travail et il s'est renfermé dans une division et une description principalement basées sur la clinique. Aussi, procédant d'après un ordre qu'il reconnaît lui-même arbitraire, il étudie successivement : les contractures liées aux maladies de l'axe cérébro-spinal ; les contractures hystériques ; les contractures liées à des maladies des muscles et des nerfs (contractures partielles) ; les contractures réflexes, et enfin les contractures dans les maladies par intoxication. Une dernière espèce vient se ranger seule à la fin comme étant sans lien direct avec les précédentes, la tétanie.

Dans l'histoire générale des contractures dans les maladies cérébrales, histoire nécessairement abrégée et reposant sur quelques types principaux seulement, M. Straus met tout d'abord en relief la distinction importante entre la contracture précoce et la contracture tardive des hémiplégies, et il montre en même temps que leur différence d'origine, la valeur clinique et séméiologique différente de ces deux sortes de contractures.

A l'histoire de ces deux ordres de phénomènes, qui semblaient devoir se confondre, n'étant séparés dans leur succession que par un espace de temps relativement assez court, se rattachent deux points de physiologie pathologique d'un très-grand intérêt et que les recherches modernes ont vivement éclairés ; savoir, la découverte de la faculté excito-motrice de certaines régions de la substance grise, les circonvolutions cérébrales, dont il a été déjà question dans notre précédent article, et celle des dégénérations secondaires de la

(1) Suite. — Voir les numéros des 10 et 15 avril.

moelle épinière, qui ont été l'objet des belles études que l'on connaît.

L'histoire des contractures par dégénération secondaire de la moelle est naturellement complétée en même temps que la théorie en est confirmée par l'étude de la contracture dans les maladies spinales. Prenant comme type la lésion spinale la plus fréquente, la myélite chronique (transverse, comme on la désigne maintenant), on y voit, comme dans la contracture par lésion cérébrale, la même succession de phénomènes paralytiques d'abord, puis de roideur, de rigidité tétanique, en un mot de la contracture tardive et permanente, cortége obligé de la sclérose consécutive descendante des cordons latéraux.

Cette étude, la plus intéressante sans contredit de la thèse de M. Straus, est suivie de l'histoire des contractures hystériques, qui lui donne l'occasion d'exposer les observations récentes si curieuses qui ont été faites sur les trois grandes formes hémiplégique, paraplégique et diplégique de la contracture chez les hystériques, contractures qui ne sont pas toujours le fait d'une simple lésion fonctionnelle ou dynamique, mais qui, alors même qu'elles ont été telles au début, deviennent parfois des lésions profondes et permanentes dont on trouve alors la raison d'être dans la sclérose des cordons latéraux de moelle.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'histoire des contractures dans les intoxications, etc., bien qu'il y ait çà et là quelques points dignes d'intérêt à relever.

M. Straus termine sa thèse par quelques considérations de physiologie pathologique.

La physiologie pathologique, tout en lui paraissant une base encore trop fragile pour servir d'appui et de guide dans l'étude des contractures, lui a fourni cependant quelques utiles données. C'est ainsi qu'il a été amené avec les physiologistes à considérer la contracture comme une exagération morbide de la tonicité normale du muscle. La physiologie pathologique permet, en outre, d'entrevoir le lien qui existe entre l'existence d'une contracture permanente et la lésion scléreuse d'une partie déterminée des cordons latéraux. C'est là un fait de corrélation qui, bien qu'en apparence paradoxal, puisqu'il fait dépendre une contracture, phénomène actif, d'une altération portant sur les cordons moteurs de la moelle, ne laisse pas moins que d'aider à l'appréciation de la valeur symptomatique de la contracture dans les maladies de la moelle. Quant aux diverses explications que l'on a cherché à en donner, M. Straus n'en trouve aucune suffisante quant à présent.

Aussi se borne-t-il à constater le fait et à l'enregistrer comme définitivement acquis à la science. « C'est là, dit-il, une donnée qui découle uniquement des enseignements cliniques et que la physiologie ne pouvait faire pressentir. »

Nous aurions voulu pouvoir dire quelque chose de la thérapeutique des contractures. Mais cette partie du travail de M. Strauss est tellement écourtée que nous ne la citons que pour mémoire.

Des anesthésies spontanées. — Il était assez difficile de circonscrire nettement un sujet aussi vaguement déterminé et qui eût été plus facile à définir peut-être parce qu'il n'est pas que parce qu'il est. En effet, pour arriver à déliminer sa question, M. Rendu a été obligé de procéder par voie d'élimination, et c'est ainsi qu'il est arrivé à circonscrire dans son cadre les anesthésies qui ne dépendent pas d'un traumatisme, ou qui ne sont pas provoquées par un agent extérieur, et qui reconnaissent comme cause première une modification spontanée de la santé générale.

Pour donner une base au classement des anesthésies de cette origine commune, M. Rendu s'est appuyé sur les considérations de physiologie pathologique et sur les notions acquises relativement au mécanisme ou plutôt aux conditions de manifestations des impressions sensitives. Il a été conduit par cet ordre de considérations à admettre trois groupes. Dans un premier groupe il comprend toutes les anesthésies qui ont pour origine une altération de l'appareil central où viennent s'élaborer les impressions, l'encéphale.

Un deuxième groupe comprend celles qui proviennent d'une altération de la moelle, organe conducteur à la fois et centre de perception inconsciente.

Le troisième groupe correspond à tous les faits dans lesquels la continuité de la fibre nerveuse est plus ou moins altérée. A cette catégorie s'ajoutent les anesthésies que l'on observe dans le cours des différentes névroses, des intoxications à la suite des maladies aiguës et chroniques, enfin celles qui sont liées aux affections cutanées, etc. Tout ceci est bien quelque peu arbitraire, comme la division des contractures que nous mentionnions tout à l'heure. Mais, comme toute classification forcée, celle-ci cloche nécessairement un peu. L'essentiel est de bien faire comprendre ce que l'on a voulu décrire, sous quelque étiquette qu'on l'ait mis.

Après un chapitre sur la sensibilité envisagé en général et sur les diverses modifications qu'elle peut présenter, non-seulement dans ses modalités, mais encore dans les divers tissus qui peuvent en être le siége, M. Rendu étudie successivement les anesthésies de cause cérébrale, puis les anesthésies de cause spinale, les anesthésies liées à des lésions des nerfs, l'anesthésie dans les névroses, dans les intoxications chroniques, dans les maladies aiguës et dans les maladies chroniques, dans les maladies de la peau.

Bien que la thèse de M. Rendu soit une des plus volumineuses (180 pages), il s'en faut, comme on le pense bien, qu'il ait épuisé ce vaste programme. Mais, bien que beaucoup de points soient traités d'une manière sommaire, nous aurions quelque peine à en faire ici une analyse quelque peu suivie. Nous nous rejetterons, en conséquence, sur le résumé qu'il en a fait lui-même, en envisageant d'un coup d'œil rétrospectif l'anesthésie dans son ensemble, de manière à se faire de ce symptôme une notion plus nette et plus générale.

Pour commencer par le cas le plus simple, il prend pour exemple un nerf malade. La voie de transmission des impressions périphériques vers l'encéphale étant interrompue, tout le département cutané auquel il se distribue se trouve frappé d'insensibilité.

Dans un groupe de maladies plus nombreuses, ce ne sont plus les conducteurs périphériques qui sont intéressés, c'est la moelle elle-même. Ici le problème devient beaucoup plus complexe, en raison de la fonction complexe de l'axe gris médullaire, à la fois conducteur et centre d'actions réflexes.

Envisageant au double point de vue physiologique et clinique les diverses maladies qui atteignent le centre rachidien, M. Rendu montre la sensibilité générale totalement abolie dans les myélites aiguës à marche rapidement ascendante; partiellement atteinte dans les myélites circonscrites; à peine modifiée dans certaines myélites diffuses. Par contre, il met en relief ce fait remarquable, que toutes les fois que la lésion spinale intéresse les portions postérieures de l'axe gris, les troubles sensitifs deviennent prédominants, tandis que les altérations limitées aux portions antérieures du centre nerveux laissent intacte, ou peu s'en faut, la sensibilité périphérique. En procédant ainsi par voie d'éliminations successives, il est

arrivé à cette conclusion, que certains faits cliniques permettent de soupçonner l'existence, dans la moelle, d'un véritable centre de sensibilité, et que ce centre serait placé dans le segment postérieur de l'axe gris.

Dans les maladies de l'encéphale, l'interprétation de l'anesthésie est beaucoup plus difficile. Parmi ces maladies, en effet, les unes ne déterminent que peu ou point d'anesthésie, bien que les lésions soient souvent très-tendues et profondes; d'autres, au contraire, quoique plus circonscrites, occasionnent parfois des troubles de la sensibilité fort considérables. Cependant M. Rendu ne pouvait manquer de signaler ici, et c'est ce qu'il a fait avec tous les développements que comportait le sujet, la découverte importante que nous avons mentionnée déjà plus haut, et qui a permis de circonscrire une région spéciale de l'encéphale comme étant un des centres de la perception générale des impressions sensitives. Tout en reconnaissant ce que l'on doit à cet égard à l'analyse clinique, M. Rendu n'oublie pas le tribut que la physiologie est venue apporter l'appui de l'observation.

Telles sont les trois notions fondamentales développées dans ce travail.

Pour les anesthésies des névroses, s'appuyant sur le caractère essentiellement central de l'hémianesthésie, M. Rendu a discuté la question de leur origine encéphalique ou médullaire.

Quant à toute cette classe d'anesthésies dont on n'a pu donner l'explication jusqu'à présent, telles que l'anesthésie des aliénés, les anesthésies des affections cutanées, celles qui sont liées à diverses intoxications, M. Rendu s'est borné à signaler les nombreuses lacunes et les *desiderata* que renferme encore la science à leur égard.

A peu près les mêmes réflexions à faire pour la partie thérapeutique de ce travail que pour le précédent. Même brièveté, même pénurie. L'électricité fait à elle seule presque tous les frais pour les anesthésies comme pour les contractures. Quant à savoir lequel est préférable des courants continus ou des courants interrompus, M. Rendu et M. Straus nous laissent l'un et l'autre dans le même doute.

Des paralysies périphériques. — Conformément aux termes de la question, M. Desplats n'a dû traiter dans sa thèse que des paralysies liées à une lésion des nerfs, à un état morbide des nerfs eux-mêmes ou à une ischémie. Le groupe des paralysies par lésion des nerfs, étant de beaucoup le plus important, est aussi celui qui a reçu naturellement le plus de développements dans ce travail.

Les nombreuses expériences faites, depuis quelques années, sur des lésions expérimentales des nerfs, en simplifiant considérablement la question, ont fourni des éléments essentiels à cette partie du travail de M. Desplats. On a appris, en effet, grâce à elles, que les nerfs ont une vie propre, qui leur permet de se régénérer. On en a déduit aussi la connaissance importante du fait de l'autonomie de la fibre musculaire, dont la contractilité est une propriété qui lui est inhérente, mais qui a besoin pour se manifester et se maintenir dans son intégrité fonctionnelle du double concours des nerfs et de la circulation. Ce qu'a appris à cet égard l'expérimentation, l'observation clinique l'a maintes fois confirmé; et c'est là une notion fondamentale sur laquelle repose presque tout entière l'histoire des paralysies périphériques.

Partant de cette notion et des données fournies par l'exploration électrique, comme moyen de diagnostic, et par l'examen histologique des muscles paralysés, qui montre l'atrophie des faisceaux musculeux et la métamorphose adipeuse du tissu interstitiel marchant parallèlement, M. Desplats étudie, dans autant de chapitres distincts, les symptômes, la marche, la durée et la terminaison, le diagnostic et le pronostic des paralysies périphériques considérées d'une manière générale. Le traitement occupe ici une place un peu plus étendue. C'est encore l'électricité qui en fait les principaux frais, après avoir fait, toutefois, la part des indications causales.

Dans une deuxième division de son travail, M. Desplats étudie quelques-unes des principales espèces de paralysies périphériques en particulier, dont il rapporte des exemples : notamment les paralysies traumatiques par lésion du plexus brachial, les paralysies du radial par saturnisme, par compression ou par le froid : les paralysies de la face et particulièrement les paralysies syphilitiques, les paralysies périphériques rachidiennes; les paralysies périphériques crâniennes généralisées, les paralysies par compression du recurrent et du pneumo-gastrique, les paralysies périphériques du grand sympathique, enfin les paralysies ischémiques.

Nous en avons fini avec le groupe des thèses sur les affections du système nerveux et de ses dépendances immédiates, le plus important, sans contredit, de toute cette collection, en ce qu'il résume, sous des aspects multiples et divers, un ensemble d'affections qui ont été, dans ces dernières années, l'objet des recherches les plus actives et les plus fructueuses. On ne devait s'attendre à trouver, dans aucun de ces travaux improvisés pour les exigences d'en concours et dans les conditions parcimonieuses de temps que l'on connaît, ni faits nouveaux, ni idées originales. Tout ce qu'on pouvait en espérer était un exposé plus ou moins complet de l'état présent de la science sur chacun des points déterminés par les questions du jury. Si nous sommes parvenu, dans cette rapide analyse, à donner une idée de chacun de ces exposés, on ne peut s'empêcher de reconnaître avec satisfaction le travail considérable qui s'est fait de nos jours sur la physiologie et la pathologie du système nerveux.

Dans un prochain article, nous examinerons le groupe des thèses qui ont pour objet des questions générales ou particulières de thérapeutique.

Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. le professeur Vulpian.

Antagonisme du jaborandi et du sulfate d'atropine.

Dans une de ses dernières leçons, M. le professeur Vulpian a reproduit devant ses auditeurs les expériences sur l'antagonisme du jaborandi et du sulfate d'atropine dont il les avait entretenus dans une réunion précédente.

Il a montré : 1° qu'il suffisait d'injecter dans la veine crurale d'un chien une certaine quantité (4 grammes environ) d'une solution de jaborandi pour déterminer une exagération considérable des sécrétions salivaire et biliaire, lesquelles étaient complétement suspendues lorsqu'on faisait suivre l'injection de jaborandi d'une injection semblable de sulfate d'atropine.

2° Que, déposé directement sur le cœur ou injecté sous la peau d'une grenouille, le jaborandi avait pour effet de déterminer un ralentissement considérable et même un arrêt complet des mouvements du cœur, tandis que cet organe ne tardait pas à reprendre sa régularité et sa fréquence normales sous l'influence de l'atropine. La même expérience, faite sur le chien, a donné des résultats identiques.

3° Enfin que l'extrait de jaborandi détermine une myosite presque aussi considérable que celle que l'on obtient avec la fève de Calabar, et qu'ici encore le sulfate d'atropine triomphe facilement des effets produits par le premier de ces médicaments.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 avril 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet :

1° L'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Dechambre dans la section des associés libres.

Sur l'invitation de M. le président, M. Dechambre prend place parmi ses collègues.

2° Deux exemplaires du programme et du règlement du congrès médical international de Bruxelles.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° Huit exemplaires d'un rapport fait par M. Rollet, membre du comité d'hygiène de Lyon sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans cette ville en 1874. — 2° Un exemplaire d'un traité d'assainissement des régions chaudes insalubres, par M. le docteur Carlotti. — 3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1874, dans les départements des Pyrénées-Orientales, de l'Allier, dans l'arrondissement de Villefranche et de Bar-sur-Seine. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. Péan, qui soumet à l'examen de l'Académie un porte-canule trachéal à embouts mobiles, servant à introduire dans la trachée, sans le secours d'aucun dilatateur, des canules de toutes dimensions.

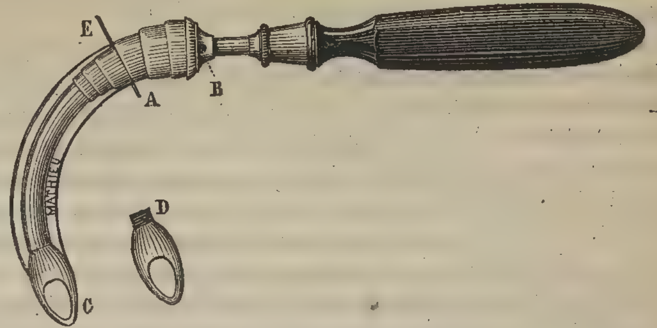
Les deux difficultés principales, dans l'opération de la trachéotomie, sont l'hémorrhagie et l'introduction de la canule.

Depuis plus de dix ans, M. Péan a surmonté la première à l'aide de ses pinces hémostatiques. Ces pinces lui servent, comme dans les autres régions, à remplacer avec avantage les rétractions pendant l'opération. Celles qui sont placées sur les vaisseaux sont habituellement retirées après l'opération, ou bien quelques-unes sont laissées à demeure, si le calibre l'exige. M. Péan s'est toujours servi du bistouri pour mettre à nu la trachée, et, avec ses pinces, il n'a jamais eu d'hémorrhagie dans les nombreuses opérations de trachéotomie qu'il a pratiquées, soit chez l'enfant, soit chez l'adulte.

L'introduction de la canule exige habituellement l'emploi de dilatateurs. M. Péan, depuis une quinzaine d'années, les remplaçait par des mandrins faits de diverses substances, métal, buis, baleine, etc., qui formaient, en dehors de l'extrémité libre de la canule, un cône saillant, aplati et assez mince pour pouvoir s'engager dans la trachée par une petite incision. Il a continué, en effet, de faire l'incision trachéale et même, pour ne pas blesser inutilement les vaisseaux situés en dehors de la trachée, il a soin de ponctionner celle-ci avec un bistouri, immédiatement en dessous du cartilage cricoïde et de couper rapidement les anneaux cartilagineux et le périchondre de dedans au dehors, en s'arrêtant aussitôt qu'il sent la résistance vaincue.

Le cône formé par le mandrin permettait de l'introduire avec la canule aussi rapidement que possible. Mais comme, dans ce temps de l'opération, l'ouverture trachéale et le passage de l'instrument provoquent une sorte de suffocation assez effrayante, M. Péan a fait construire par MM. Mathieu père et fils un instrument qui paraît remplir aussi bien que possible ces indications. Cet instrument est creux dans toute sa longueur, de façon à permettre à l'opéré de respirer librement pendant l'introduction de la canule.

Il se compose : 1° d'une tige tubulée courbe, montée sur un manche, graduée à sa base par des échelons correspondant aux divers calibres de canules ; 2° d'une extrémité libre, aplati, conique, très-amincie, pour pouvoir s'engager facilement dans l'incision de la trachée. Ces embouts sont aussi fenêtrés que possible, de façon à permettre à l'air de passer par la tubulaire de la tige et les ouvertures pratiquées près du manche.



Bien que basé sur le même principe, cet instrument diffère complétement de la canule à embout perforé de M. le docteur Henriette (de Bruxelles).

M. Péan s'est déjà servi un grand nombre de fois avec avantage de cet instrument. Il ne cause aucun désordre sur la face interne de la trachée pendant son introduction, comme cela peut arriver avec les autres dilatateurs et les autres canules. En simplifiant l'opération, il concourt puissamment à son succès.

PRÉSENTATION

M. Devilliers présente de la part de M. le docteur Farina, une brochure intitulée : *le Climat de Menton.*

M. Briau offre en hommage un traité des opérations de chirurgie, par Ambroise Bertrandi.

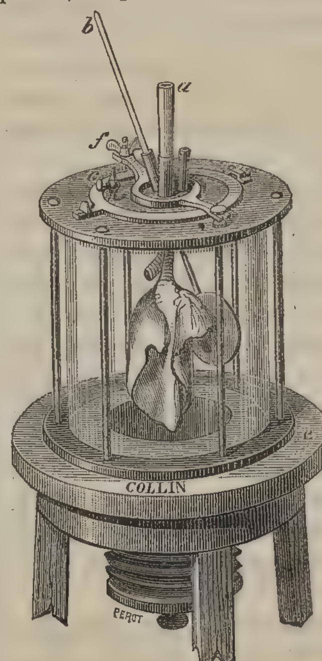
M. Bussy, de la part de M. Eug. Marchand, présente une brochure ayant pour titre : *Une étude sur la force chimique contenue dans la lumière du soleil.*

M. Piorry présente, au nom de M. le docteur Tamin-Despalles, une brochure intitulée : *Traitement physiologique des maladies consomptives et héréditaires.*

M. Larrey dépose une biographie du docteur Desruelles.

COMMUNICATION

Spiroscope. Appareil destiné à l'étude de l'auscultation, de l'anatomie et de la physiologie du poumon. — M. Woillez lit un travail dans lequel il rappelle des expériences qu'il a faites en 1854, sur ce sujet, à l'aide d'un appareil de son invention, alors imparfait, et qu'il a perfectionné depuis.



LÉGENDE.

a. — Tube sur lequel est fixé le poumon dans l'intérieur de l'appareil.

b. — Palette mobile destinée à rapprocher le poumon des parois du manchon de cristal pour l'auscultation.

c. — Robinet pour faciliter le jeu du soufflet situé inférieurement.

d. — Soufflet cylindroïde destiné à faire le vide dans le manchon.

e. — Support de l'appareil.

f. — Traverse pour la fermeture hermétique du couvercle.

La communication récente de M. Cornil, relative à la reproduction sur le cadavre des bruits d'auscultation, l'a engagé à reprendre ces expériences dont il expose dans ce travail les résultats.

Après l'exposé de l'appareil et de la relation des expériences qu'il a faites, M. Woillez résume en ces termes les résultats qu'il a obtenus :

Des recherches au point de vue pathologique sont encore insuffisantes. Une question notamment est restée intacte, c'est l'auscultation pratiquée au niveau du poumon immergé dans le spiroscope comme il l'est dans la plèvre dans les cas d'épanchement liquide ou dans le pneumohydrothorax, dont les conditions peuvent être artificiellement reproduites.

Au point de vue anatomique, le spiroscope produit une insufflation parfaite du poumon, qui peut recevoir cinq litres d'air et être desséché ensuite.

A la place d'air, on peut injecter dans les cavités aériennes des substances coagulantes qui en conservent l'empreinte, ou des liquides qui agissent chimiquement de manière à faciliter les études microscopiques.

L'injection des vaisseaux pulmonaires par aspiration au moyen du spiroscope n'a pas encore donné des résuttats suffisants.

La physiologie comme l'anatomie peut tirer profit de l'emploi de cet appareil.

Il démontre que l'aspiration est le moyen le plus parfait de pénétration facile de l'air dans les poumons, ce qui explique comment un demi-litre d'eau peut suffire pour les deux poumons dans la respiration ordinaire, comme l'ont constaté les physiologistes.

La nécessité de l'extension permanente du poumon, même dans les expirations les plus énergiques, est prouvée clairement par le jeu du spiroscope.

Il permet d'établir aussi combien il faut de mouvements respiratoires pour renouveler entièrement l'air contenu dans les poumons.

Enfin il y a une question que je veux rappeler en terminant, parce que son importance ne peut échapper à personne : c'est celle du meilleur traitement à appliquer aux noyés ou aux asphyxiés, qui pourrait être mieux résolue que par le passé en utilisant le principe sur lequel est basé le spiroscope.

La facilité avec laquelle l'air extérieur pénètre dans la profondeur des voies aériennes des poumons, lorsque, au lieu de les insuffler, l'on fait d'abord dilater ces organes, comme on le voit avec le spiroscope, semble prouver en effet que le meilleur moyen de rétablir la respiration chez les asphyxiés serait l'aspiration extérieure pratiquée sur les parois thoraciques pour obtenir leur dilatation, et sur l'abdomen pour agir de même sur le diaphragme.

La solution du problème ainsi posée est parfaitement réalisable.

DISCUSSION

M. PIORRY, à l'occasion de la communication de M. Woillez, rappelle les travaux et les expériences qu'il a faites, en 1825, en 1826, et plus tard sur les causes de l'agonie, sur l'asphyxie par l'écume bronchique.

M. J. GUÉRIN fait également observer qu'il y a une trentaine d'années il a fait construire par M. Charrière un instrument analogue à celui que vient de présenter M. Woillez et destiné à faire pénétrer, par la pression atmosphérique, des liquides et des gaz dans les poumons. Mais ses recherches avaient un autre but que celles de M. Woillez.

M. BARTH. Lorsque l'auscultation a été répandue dans le monde médical, il s'est élevé une discussion sur les causes du murmure respiratoire vésiculaire. Deux théories se trouvaient en présence : les uns, avec Beau, soutenaient que ce bruit n'était autre chose que la transmission des bruits qui se produisaient dans les voies respiratoires supérieures. Beau avait d'abord prétendu que c'était le bruit produit par le passage de l'air contre le voile du palais qui était ainsi transmis; mais on lui a fait ausculter des individus dont le voile du palais était détruit et chez lesquels ces bruits persistaient. Il a dit alors qu'ils se passaient au niveau de la glotte, mais on n'a pas tardé à lui faire entendre ces bruits chez des malades privés de glotte. Beau voulut alors que le bruit se passât dans la trachée; on lui fit ausculter des malades qui avaient subi la trachéotomie, mais jamais il ne voulut entendre raison. M. Roger et moi soutenions, au contraire que dans le poumon se trouvaient des conditions suffisantes pour expliquer la production du murmure vésiculaire, et cette opinion était basée d'ailleurs sur un très-grand nombre d'observations et d'expériences. Aussi a-t-elle bientôt prévalu, tandis que la théorie de Beau ne compte plus aujourd'hui de partisans. Les expériences de M. Woillez viennent confirmer maintenant d'une façon irréfutable notre manière de voir à ce sujet. Ces expériences auront, en outre, pour effet de démontrer comment se comporte le poumon lorsqu'il y a un épanchement dans la poitrine. Elles démontrent aussi ce fait, que nous avions énoncé; que le degré de la respiration bronchique est en rapport avec la viscosité du tissu pulmonaire.

Cet ingénieux instrument donne donc la solution de plusieurs problèmes importants.

M. BOUILLAUD. Il y a dans l'appareil respiratoire autant de bruits que de divisions, et suivant que l'air pénètre dans le larynx, dans la trachée, dans les bronches et dans les vésicules pulmonaires, on a les respirations laryngée, trachéale, bronchique et vésiculaire ou alvéolaire, offrant des caractères particuliers, qui permettent de les distinguer. Mais les bruits produits par l'arrivée de l'air dans les vésicules elles-mêmes passeraient inaperçus s'il n'y avait pas certaines conditions de transmission. C'est ce que confirment parfaitement bien les intéressantes expériences de M. Woillez.

M. COLIN rappelle à cette occasion les expériences faites à ce sujet, il y a vingt ans, par M. Delafont, expériences qui avaient déjà mis à néant la théorie de Beau. Je regrette, dit-il, que M. Woillez, dans son travail, ne les ait pas au moins mentionnées.

Dans une première expérience, Delafont faisait, chez un animal une ample trachéotomie, puis il auscultait et constatait que le murmure respiratoire persistait, à peu près avec son intensité habituelle. Dans une seconde, il coupait en travers la trachée et tamponnait le bout supérieur; mêmes résultats. Dans une troisième, il tamponnait les narines, les fosses nasales, le larynx et le bout supérieur de la trachée, et toujours il constatait que les bruits pulmonaires persistaient, seulement avec un peu moins d'intensité. Les expériences avaient déjà démontré d'une façon complète que les bruits se passent dans le poumon.

Pour arriver à cette démonstration il n'était donc pas nécessaire d'avoir recours à des machines qui trompent plus souvent qu'elles ne servent. Un simple tube en communication avec le poumon d'un cadavre et dans lequel on insuffle doucement de l'air, remplace très-bien la machine, d'ailleurs très-ingénieuse, mais très-compliquée, de M. Woillez.

M. WOILLEZ n'a pas cru devoir citer les expériences de Delafont, parce qu'elles sont aujourd'hui connues de tout le monde. L'instrument qu'il présente est un instrument de recherche qui n'a pas seulement pour but de confirmer les expériences de Delafont.

M. BARTH. Il n'est pas toujours aussi facile que semble le croire M. Colin de reproduire les bruits normaux en insufflant le poumon d'un cadavre. En pareil cas, en effet, il se produit des râles crépitants qui masquent le murmure vésiculaire. Les expériences qu'il a faites avec M. Roger, et qui sont antérieures à celles de Delafont, avaient déjà montré que les bruits se passaient bien dans le poumon lui-même.

M. COLIN. Il est vrai que, lorsqu'on expérimente sur des chiens, il se produit des râles crépitants qui empêchent de bien percevoir les bruits pulmonaires. Mais il n'en est plus de même chez le cheval sur lequel on reproduit très-exactement les bruits normaux. Il faut, en outre, ne pas attendre que le poumon soit tant soit peu desséché, car alors on retrouve le râle crépitant qui se produit avec la plus grande facilité.

M. WOILLEZ. L'insufflation simple est un très-mauvais moyen au point de vue de l'auscultation. Il se produit toujours des bruits anormaux qui sont le résultat du passage de l'air entre des parois accolées entre elles, et qui sont soulevées par le passage de cet air. Pour bien déterminer les conditions de l'auscultation normale, il faut obtenir la dilatation préalable du poumon, comme je l'obtiens ici.

M. LARREY demande si les ingénieuses recherches de M. Woillez ne pourraient pas fournir des indications utiles au point de vue des accidents auxquels ont succombé les deux malheureux aéronautes

dont la mort occupe en ce moment tout le monde savant, et si M. Woillez ne pourrait pas arriver à formuler, à l'aide de ses expériences, des conseils utiles pour les courageux expérimentateurs qui entreprendront de nouvelles ascensions.

M. WOILLEZ pense que la respiration n'a pas joué le principal rôle dans la mort des deux aéronautes, et que cette mort est due principalement à la diminution considérable de la pression atmosphérique, diminution à laquelle on ne peut pas remédier.

M. COLIN. Puisque cette question est soulevée, je voudrais dire mon opinion sur les causes de la mort des deux aéronautes. Ils avaient mangé tous deux avant leur ascension, tandis que que celui qui a survécu était à jeun. Or on peut se demander si la production du gaz qui se fait dans l'estomac et dans les intestins pendant la digestion et qui peut-être assez considérable pour soulever le diaphragme outre mesure, ne serait pas pour quelque chose dans l'asphysie qui a causé la mort de ces deux malheureux. On sait, en effet, que ces indigestions gazeuses qui se produisent si souvent chez les ruminants suffisent parfois pour amener l'asphyxie. Même chose doit se passer chez les individus qui digèrent des substances fermentescibles, ce fait pourrait être admis d'autant mieux pour les deux aéronautes, qu'on sait qu'ils avaient perdu leurs forces et qu'ils ne pouvaient plus contracter leurs muscles, ni résister par conséquent à cette tension du diaphragme produite par le développement du gaz dans l'estomac, et les intestins. Il serait donc prudent peut-être d'engager à l'avenir les aéronautes à s'abstenir de manger, ou tout au moins à ne manger que des substances qui ne fermentent pas dans l'appareil digestif.

Quoi qu'il en soit, il est bien évident qu'il ne suffit pas, comme l'a pensé M. Bert, de faire respirer de l'oxygène aux aéronautes pour les prémunir contre les dangers de mort; c'est la diminution de pression et non l'insuffisance de l'oxygène qui est surtout à redouter en pareil cas.

M. BLOT. M. Colin commence en attribuant la mort des deux aéronautes à l'indigestion gazeuse, et il finit en la rapportant, avec raison, à la diminution de pression. Cette dernière cause de mort est suffisante : il n'est pas nécessaire d'en aller chercher une autre.

M. MIALHE. Il ne peut être établi de comparaison entre ce qui se passe chez les ruminants et chez l'homme. Nous ne digérons pas de la même façon ; il ne se produit pas dans l'estomac de l'homme des gaz en aussi grande quantité que chez les animaux. Nous ne ruminons pas.

M. COLIN. Il y a, pour les aéronautes, deux causes de mort qui ne s'excluent pas l'une l'autre, l'expansion des gaz intestinaux et la diminution de la pression atmosphérique. M. Mialhe prétend que l'homme ne digère pas de la même façon que certains animaux; mais l'homme serait donc doué d'un privilége spécial au point de vue de la digestion ! N'est-il donc pas démontré pour tous les physiologistes que certains aliments donnent lieu à la production de gaz dans l'appareil digestif? Je m'étonne que M. Mialhe soutienne de pareilles hérésies physiologiques.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

I. L'Année scientifique (1), de Louis FIGUIER. — Le Lendemain de la mort (2), par Louis FIGUIER.

I.—Pour la dix-huitième fois, et puisse-t-il le faire longtemps encore, M. Louis Figuier nous offre le résumé du mouvement scientifique de l'année qui n'est plus. Avoir, avec le même succès, pendant dix-huit ans, suivi la même ligne, c'est prouver par le meilleur des arguments que la ligne était bonne. Les formules d'éloges s'épuisent volontiers devant un semblable lutteur; disons donc pour la dix-huitième fois que ce livre rend de vrais services en servant de memento à l'homme d'études ; et abordons immédiatement le contenu de l'année scientifique de 1874.

Il est presque inutile de dire que le livre devait s'ouvrir sur le grand événement scientifique de l'année, le passage de Vénus sur le disque du soleil. M. Figuier a saisi cette occasion de dire quelle était l'importance de ce passage, pourquoi on expédiait de tant de points du monde savant les hommes les plus instruits dans les études astronomiques.

De l'astronomie M. Figuier nous conduit à la météréologie, à la mécanique, nous expose le grand projet de tunnel sous-marin entre la France et l'Angleterre, nous raconte le tunnel du Simplon, nous expose les dernières conquêtes de la chimie; puis signalant les voyages scientifiques récents, il nous signale les travaux si curieux et si nombreux que nous devons aux naturalistes, *les Hommes fossiles trouvés à Menton*, par M. Rivière, un vrai savant, que la médecine devrait compter parmi les siens, car il nous souvient que M. Rivière ne quitta autrefois le service des hôpitaux que pour demander au Midi le rétablissement d'une santé délicate ; *les Éruptions de l'Etna ; — la Physiologie du vol des oiseaux ; — l'Action de la chaleur sur la coloration des fleurs;* pour ne citer que quelques travaux.

M. Figuier complète son travail par des études sur l'hygiène, la médecine, les arts industriels. Il ferme son livre par un pieux souvenir à ceux qui ne sont plus, et cette année que de perte cruelles : Élie de Beaumont, Cruveilhier, Auguste de la Rive, Quételet, sans compter Papillon, Legros et Namias et Guérin-Meneville, le savant naturaliste, si bon, si dévoué à la science et à ceux qui la cultivaient.

II. — Où sont-ils maintenant tous ces hommes que nous avons admirés, estimés ou aimés ?

M. Figuier tente de nous répondre dans un livre qu'il a intitulé *le Lendemain de la mort*, et dont nous avons sous les yeux la seconde édition.

Quel problème ! et que l'imagination et le cœur et le sentiment ont beau jeu en cette matière abstraction faite de toute croyance religieuse. M. Figuier tient pour la *réincarnation*. Son système vaut-il mieux qu'un autre, et, croyance pour croyance, mérite-t-il plus d'attention? Nous ne sommes pas un recueil théologique, et nous n'avons aucunement l'intention de discuter semblable conception. Nous ne voulons en retenir qu'une déclaration de l'auteur : elle mérite toutes nos méditations.

« La société actuelle est en proie à un mal terrible, à un cancer moral, qui menace de l'emporter; ce mal, c'est le matérialisme. Prêché d'abord en Allemagne..... le matérialisme s'est répandu en suite en France..... Il est évident que, du moment où l'on est convaincu que tout finit sur cette terre, qu'il n'y a rien après cette vie, nous n'avons plus, les uns et les autres, qu'à faire appel à la violence, à provoquer partout les troubles et l'anarchie, pour trouver, dans ce désordre propice, le moyen de satisfaire nos désirs brutaux, notre ambition et nos passions sensuelles. »

Le lecteur a maintenant la clef de cette œuvre, très-intéressante, que l'auteur aurait pu intituler : *le Spiritualisme démontré par la science.*

— Une bonne nouvelle pour terminer, M. Maxime Ducamp vient de terminer son ouvrage si curieux et si rempli d'intérêt : *Paris, sa vie, ses fonctions.* Nous nous réservons d'en faire une très-prochaine analyse.

(1) Un vol. in-12. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Ce.
(2) Un vol. in-12. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Ce.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La lecture des compositions pour l'agrégation en chirurgie et accouchement s'est terminée mardi.

MM. les candidats doivent se réunir demain jeudi, dans le grand amphithéâtre, pour tirer la question orale qu'ils auront à traiter et l'ordre suivant lequel se fera la lecture. Samedi aura lieu la première réunion.

— M. le docteur Romieux (Ernest-Edme) est nommé médecin adjoint du lycée de la Rochelle, en remplacement de M. le docteur Hamon, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur baron Oscar de Langenhagen, ancien médecin cantonal à Niederbronn, membre de la Société de médecine de Paris, enlevé, à l'âge de quarante-quatre ans, à l'affection de sa famille et de ses amis.

— Un de nos correspondants nous adresse la note suivante :

« Je lisais hier dans le cimetière de la ville de Sarlat (Dordogne), l'inscription suivante, gravée en lettres d'or sur plaque en marbre, à la base d'un superbe munument :

« *Ici repose L. M., âgée de treize ans, innocente victime, impitoyablement sacrifiée par les médecins ses bourreaux.* »

Cette note se passe de commentaires.

— La Société protectrice de l'enfance de Marseille met au concours les deux questions suivantes :

1° Étudier l'influence des émanations de cuisine, tabac et autres sur la santé de l'enfant (de la naissance à trois ans. — 2° Relever les lois qui ont été édictées chez tous les peuples relativement au premier âge (infanticide, abandon, assistance, protection, tutelle, puissance paternelle, fécondité). Étudier l'influence que ces lois ont exercée sur le développement des jeunes générations et sur la mortalité.

Les mémoires sur *l'une ou l'autre question* doivent être adressés, dans les formes académiques, à M. le président de la commission scientifique de Marseille, rue de la Daise, 19, avant le 15 décembre 1875, *terme de rigueur*. Des médailles d'or, de vermeil, d'argent, de bronze et des mentions honorables seront décernés en séance publique aux meilleurs mémoires.

— *École pratique.* — M. le docteur Paul Labarthe commencera son cours sur les maladies vénériennes le mardi, 27 avril, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 24 avril 1875, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

1° De la glossite papillaire, par M. le docteur Marcet; — 2° Discussion sur la paralysie générale progressive. — 3° Présentation d'instrument (porte-caustique intra-utérin), par M. le docteur Leblond.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Influence de la pression de l'air sur la vie de l'homme, climats d'altitude et climats de montagne, par M. le docteur JOURDANET. — 2 vol. grand in-8° avec huit cartes géographiques en couleur, 39 belles vignettes hors texte et 3 chromolithographies. Prix : 30 francs. — Paris, 1875, G. Masson.

Principes de thérapeutique générale, ou le médicament étudié aux points de vue physiologique, posologique et clinique, par J. B. FONSSAGRIVES, professeur d'hygiène et de clinique spéciale des enfants et des vieillards à la faculté de médecine de Montpellier. — 1 vol. in-8° de 450 pages. Prix : 7 francs. — — Paris, 1875, J. B. Baillière et fils.

De la dégénérescence palustre, par le docteur Édouard BURDEL. — Grand in-8° de 35 pages avec 8 photographies prises sur nature. Prix : 3 francs. — Paris, 1875, G. Masson.

Menton sous le rapport climatologique et médical, par le docteur Jacques-François FARINA. — In-12 de 245 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1875, Octave Doin.

Des scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngienne (angines), par M. HOMOLLE, docteur en médecine de la faculté de Paris, etc., etc. — Paris, 1875, grand in-8° de 130 pages. Prix : 2 fr. 50. — J. B. Baillière et fils.

De l'enseignement médical, l'enseignement officiel et l'enseignement libre, création de facultés nouvelles en France, par GALLUS. — In-8° de 80 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1875, Germer-Baillière.

Boîte-gouttière à suspension appliquée au traitement des fractures des membres. Emploi d'un nouveau procédé, la coaptation immédiate, pour la contention exacte et permanente des fragments déplacés; application de l'appareil comme moyen de transport à l'armée, par le docteur PHILIPPE, médecin principal d'armée en retraite. — In-8° de 24 pages. Prix : 1 fr. 25. — Paris, 1870. Impr. F. Malteste.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

L'aliénation mentale des femmes enceintes, nouvellement accouchées et nourrices.

On a lu dans la revue de samedi dernier la relation d'un cas d'aliénation mentale survenue chez une jeune femme récemment accouchée. On se rappelle, pour le résumer ici en peu de mots, qu'il s'agit d'une jeune fille qui accouche péniblement après de grandes douleurs très-prolongées, qui est prise d'une perte abondante six jours après, et qui, après un séjour de quinze jours à l'hôpital, étant rentrée dans sa famille, y est prise d'une nouvelle perte; puis, sous la double influence de ces hémorrhagies répétées, des émotions tristes et des secousses morales qu'elle a subies, surviennent des hallucinations et un délire lypémaniaque dont on a vu se dérouler les principales scènes. Or cette jeune fille n'avait jamais eu aucune affection nerveuse; elle avait toujours été bien réglée et avait joui d'une bonne santé; il n'y avait point à invoquer chez elle l'influence héréditaire. C'était donc bien à la secousse de l'accouchement et aux circonstances qui l'avaient suivi qu'il convenait d'attribuer le développement de l'affection délirante.

Les cas de troubles de l'intelligence développés par le fait de l'accouchement sont relativement rares assurément. D'après les quelques relevées qui ont été faits à ce sujet, et auxquels M. Béhier a joint celui qu'il a été à même de faire à l'hôpital Beaujon, sur un total de 10,638 accouchements, on aurait constaté 22 cas d'aliénation. C'est déjà beaucoup trop assurément pour une fonction physiologique. Mais si l'on suppute le chiffre des cas d'aliénation mentale puerpérale par rapport au total des femmes aliénées dans une période de temps donnée, on arrive à une proportion considérable. On trouve, en effet, dans un relevé de divers services, sur un total de 9,179 aliénées, 622 cas liés aux conditions de la puerpéralité; soit 14, 7 pour 100. (Marcé.)

Chez la jeune malade dont nous avons rapporté l'histoire, le délire s'est manifesté après les couches. Mais ce n'est pas seulement dans cette période de la puerpuralité qu'on le voit éclater. On l'a observé pendant la grossesse, pendant l'accouchement ou les suites immédiates de couches, et enfin pendant la période de l'allaitement.

Voici quelle est à peu près la fréquence relative du délire dans ces trois périodes, d'après un relevé qui porte sur le chiffre de 310 cas.

Pendant la grossesse	27
Après la délivrance	180
Pendant la lactation	103

Sans attacher à ce relevé plus d'importance qu'il ne mérite, vu le chiffre peu élevé sur lequel il s'appuie d'une part et la grande disproportion réelle qui existe entre les accouchées et les nourrices, on peut voir cependant que le plus grand nombre paraît porter sur la période des suites de couches. La malade en question rentre dans cette catégorie, c'est-à-dire dans le cas le plus fréquent.

Chez les nouvelles accouchées les formes sont différentes de ce qu'elles sont après les maladies aiguës. On a vu pour la fièvre typhoïde que la manie s'était montrée 11 fois sur 43, 7 fois dans la pneumonie, 1 fois dans le rhumatisme, 2 fois dans les fièvres éruptives, 1 fois dans l'angine.

Ici sur 44 malades on trouve la manie 29 fois, la mélancolie 10, la monomanie 5, l'affaiblissement 2.

Pour les nourrices, c'est la mélancolie qui prédomine. Pour l'époque où la manie se déclare après l'accouchement on a établi une distinction. Tantôt le délire éclate dans les dix premiers jours, tantôt ce n'est que vers le cinquième ou la sixième semaine après l'accouchement. La malade de l'Hôtel-Dieu se place sur ce rapport dans un rang intermédiaire (16e jour).

Certaines femmes ont le délire plus tôt. Mais alors c'est une sorte d'état transitoire, qui se rapproche du délire pendant l'accouchement même.

A cette catégorie se rattachent des exemples assez nombreux, parmi lesquels M. Béhier n'avait que l'embarras du choix, depuis la simple altération passagère des sentiments affectifs, qui fait prendre en horreur, par les femmes en proie à la douleur, leur mari ou l'enfant si désiré quelques instants auparavant, jusqu'aux actes les plus violents ou aux idées le plus exagérément délirantes. C'est une femme qui, au moment où l'enfant franchit le passage, demande à grands cris qu'on le rentre ; celle-ci qui veut se suicider; celle-là demandant qu'on lui ouvre le ventre ; cette autre ne se bornant pas à le demander, mais le faisant elle-même ; enfin cette mère qui, après avoir mis deux jumeaux au monde, veut les jeter par la fenêtre ; une autre qui veut étrangler son enfant ou le jeter dans un four.

A côté de ces idées délirantes violentes, qui semblent ré-

pondre à la violence même de la douleur, se place la série de ces autres cas où, pendant le travail, les femmes sont en proie à un délire plus ou moins tranquille, et dont l'objet semble tout à fait étranger à ce qui se passe. C'est une femme qui, pendant que M. Béhier l'accouchait, chantait à tue-tête, ou bien celle dont a parlé Cazeaux, et qui chantait l'air de *la Lucia* pendant qu'il lui appliquait le forceps, ou bien encore le fait, que je racontai dans le temps à la Société médico-psycologique, et que M. Béhier a bien voulu rappeler, d'une femme chez qui chaque contraction utérine, au lieu de se traduire par une douleur, se traduisait par une série d'idées délirantes, cessant à chaque repos et reprenant à chaque contraction nouvelle jusqu'à la dernière.

Ce ne sont là qu'autant d'exemples d'aberrations momentanées, passagères, qui ne laissent aucune trace après elles, mais qu'il est utile de connaître, parce qu'il peut se présenter telles circonstances où elles se traduisent par des actes malheureux qu'on peut avoir à apprécier au point de vue de la responsabilité légale.

La manie, chez les nouvelles accouchées, survient, dans quelques cas, brusquement, sans prodromes. Le plus souvent, cependant, il y a des prodromes. Avant la manifestation du délire, les femmes sont ou excitées, ou mauvaises et désaffectionnées, ou, au contraire, affectionnées à l'excès, puis elles se livrent à des violences contre elles-mêmes ou contre leurs enfants. Ces accès de manie sont le plus ordinairement accompagnés d'un état fébrile.

Le pronostic, d'ailleurs, n'en est pas grave, en général.

Voici quelques chiffres sur lesquels on peut se baser pour l'asseoir :

Sur 29 malades, on compte 21 guérisons, 2 cas incurables, 2 cas où l'aliénation durait encore après un an, 4 cas de mort.

La guérison s'est produite quelquefois en quelques jours ; dans le plus grand nombre des cas elle a eu lieu vers la quatrième ou la cinquième semaine ; le délai le plus éloigné a été un an et plus même dans quelques cas.

La forme la plus commune de l'aliénation des femmes en couche est la forme mélancolique avec variété hypochondriaque. C'est cette forme qu'a présentée la malade dont nous avons rapporté l'histoire. On se rappelle qu'elle était dans une situation irrégulière, qu'elle avait des chagrins de famille et qu'elle était préoccupée du déshonneur et de la honte attachés à son état. Aussi remarquait-on chez elle cette forme dépressive qui se traduit par des idées de persécution, par le refus d'aliments et des hallucinations variées de l'ouïe, de la vue, du goût ou de l'odorat.

Ces hallucinations cessent en général de bonne heure chez les nouvelles accouchées, contrairement à ce qui a lieu chez les mélancoliques ordinaires ; c'est ce qu'on a vu chez la jeune malade du service.

En somme le pronostic est peu grave. La durée de cette affection oscille entre un et six mois.

Chez les nourrices on a vu survenir le délire pendant les six ou sept premières semaines après la couche, ou après huit, dix et même vingt semaines d'allaitement.

Sur un relevé de 22 cas fait par Marcé, il s'en est trouvé 16 dans lesquels le délire n'est survenu qu'après un allaitement déjà prolongé. Serait-on fondé à en déduire l'influence délétère de la lactation ? Non, car on trouverait à côté l'influence tout aussi fâcheuse du sevrage (19 fois sur 38 d'après Esquirol).

Le début est tantôt brusque, tantôt graduel comme pour les nouvelles accouchées.

Pendant la grossesse, rien n'est commun comme certaines dispositions morales plus ou mois bizarres, la tendance au découragement et à la mélancolie, les idées de terreur de la mort pour l'enfant ou pour la mère elle-même, le dégoût pour les objets précédemment affectionnés, etc.

La manie débute quelquefois au moment de la conception. Sur 16 cas étudiés au point de vue de sa forme, on compte 10 mélancolies avec hallucinations ayant trait à la situation où se trouvent ces femmes.

La maladie peut cesser avec l'accouchement ou persister.

Les causes de la folie puerpérale considérée en bloc sont : la suppression des lochies, l'hérédité, les hémorrhagies et l'anémie qui en est la conséquence, le nombre des grossesses antécédentes, des accès de folie antérieurs, l'éclampsie, etc.

Le pronostic est généralement peu grave; il doit être subordonné surtout aux circonstances de l'hérédité et de la prédisposition.

Dans le traitement, il faut prendre surtout en considération le caractère dépressif qui domine dans cette forme, rejeter, en conséquence, la saignée et les débilitants en général. Les moyens les plus utiles au début sont les bains prolongés, l'opium, la diète lactée, les toniques et l'alimentation reconstituante. Plus tard, s'il y a des tendances congestives, les lotions froides, les douches, les ventouses sèches. Surveiller l'état de l'utérus et des mamelles.

On voit que cette forme d'aliénation mentale, comme celle qui complique les maladies aiguës, est généralement plus bénigne que l'aliénation vraie, et qu'elle réclame à peu de choses près le même traitement.

M. Béhier a terminé cette esquisse clinique dont nous ne présentons ici qu'un résumé, par des considérations pratiques très-importantes sur le point de vue de la responsabilité. Il est évident que, dans la plupart des cas qui viennent d'être passés en revue, ainsi que dans les cas de délire dans la convalescence de la fièvre typhoïde, qui ont fait le sujet d'une conférence précédente, on ne saurait imputer à de pauvres malades la responsabilité d'actes criminels commis dans de pareilles conditions d'inconscience.

Des accidents consécutifs à l'usage de l'atropine.

On sait combien s'est généralisé depuis quelques années l'usage de l'atropine, surtout dans le traitement des affections oculaires. On sait aussi quels sont les dangers auxquels peut exposer l'administration intempestive ou peu mesurée de cet agent si énergique, sous certaines formes, notamment par la méthode hypodermique. Mais ce que l'on connaît moins, et ce qu'il était important de signaler à l'attention des praticiens, ce sont les accidents, soit locaux, soit généraux, qui peuvent résulter aussi de l'administration prolongée de l'atropine en instillation dans l'œil pour le traitement des affections oculaires où son utilité est, d'ailleurs, si bien démontrée. Il appartenait à un recueil spécial, comme le *Recueil d'ophthalmologie*, et surtout à son directeur, M. Galezowski, si compétent en cette matière, de nous donner à cet égard d'utiles informations.

Dans une note sur ce sujet, insérée dans le dernier fascicule du recueil que nous venons de citer, M. Galezowski nous fait connaître, par des exemples puisés dans sa propre pratique, les deux sortes d'accidents auxquels peut donner lieu l'instillation de l'atropine dans l'œil, accidents locaux et accidents généraux.

Parmi les accidents locaux, figure en première ligne la conjonctivite, susceptible d'acquérir une très-grande intensité si

l'on persiste dans l'emploi de l'atropine, et qui ne cède qu'à la cessation de l'usage de cet agent et à l'emploi des douches de vapeur et des cautérisations.

L'irritation que produit l'atropine sur certains yeux ne s'arrête pas seulement sur la conjonctive, mais elle se communique quelquefois à la cornée, et il en résulte des abcès et des ulcères plus ou moins profonds et très-tenaces.

L'un des effets les plus remarquables des instillations intra-oculaires d'atropine est l'inflammation du sac lacrymal avec déviation du point lacrymal. M. Galezowski avait déjà remarqué depuis longtemps que, chez certains individus, l'instillation d'atropine amenait des altérations dans les voies lacrymales. Mais il n'avait pas eu encore l'occasion d'observer la production de ces accidents au point où ils se sont produits chez un malade que nous lui avons adressé, et qui était atteint d'iritis avec conjonctivite très-intense. L'usage de l'atropine, que l'iritis rendait ici indispensable, a déterminé dans ce cas une véritable dacriocystite aiguë, qui s'est terminée par suppuration. Force fut ici de renoncer à l'usage de l'atropine, qui, à chaque instillation nouvelle, accroissait l'intensité des symptômes inflammatoires et de laisser les synéchies s'établir.

Quant à l'intoxication générale, révélée par le délire atropinique, on en avait déjà observé depuis longtemps des exemples. Aux faits connus de ce genre, M. Galezowski en ajoute deux nouveaux, dans sa note, l'un observé par M. Richet, l'autre par lui-même.

D'où l'importance de l'appel que M. Galezowski fait à l'attention des praticiens sur ce sujet, et auquel nous avons cru devoir ajouter la publicité de nos colonnes.

La cataleptique de l'hôpital Cochin.

La jeune cataleptique dont nous avons entretenu nos lecteurs dans la dernière revue s'est réveillée jeudi dernier; elle a pu prendre du bouillon et du café noir; elle est retombée dans l'état cataleptique vendredi pendant seize heures.

Il y a eu samedi un nouveau réveil; pendant ce réveil, la malade demandait à boire, et elle a pris à plusieurs reprises quelques boissons, mais elle ne paraissait avoir aucune notion du monde extérieur. Dans la nuit, l'état cataleptique est revenu.

Le dimanche, elle s'est réveillée de nouveau, a parlé, mais sans avoir plus de connaissance que la veille.

Lundi, elle a paru reconnaître quelques personnes du service.

L'abstinence prolongée a déjà laissé des traces; la malade a maigri, son pouls est petit, à 100, et les extrémités sont un peu froides. La température intérieure reste la même, de 38 à 38,05.

Nous avons vu cette malade hier matin (jeudi 22 avril); dès le mercredi, elle avait repris tout à fait connaissance. Le jeudi, elle va bien, elle se plaint seulement d'un peu de fatigue et de douleur dans les jointures; elle répond nettement aux questions qu'on lui fait. La chaleur des extrémités est redevenue normale; la température est de 37 degrés, le pouls à 70. La malade prend du bouillon et du café, dont elle vomit une partie quelque temps après. L'anesthésie est incomplète; cependant elle est encore assez marquée.

L'observation sera publiée *in extenso*.

Action du sulfate de quinine.

M. le docteur Ménard (de Pézenas) nous fait part dans une lettre de ce qu'il a pu observer au sujet de l'action du sulfate de quinine sur l'utérus.

« Il m'a été donné, dit-il, une dizaine de fois environ de prescrire du sulfate de quinine chez des femmes enceintes, n'importe à quelle période de la grossesse; jamais je n'ai observé le moindre phénomène utérin; et cependant la dose du remède a été quelquefois assez élevée, témoin le dernier cas où, dans le cours d'une pleuro-pneumonie catarrhale, la malade, enceinte de huit mois, a pris successivement 8 grammes de sulfate de quinine. »

Dr BROCHIN.

OBSERVATION DE POLYDACTYLIE

Par M. DE BEAUVAIS.

Dans le cours de l'année 1874, j'ai eu l'occasion d'observer, à l'infirmerie de Mazas, un cas de polydactylie double aux pieds, sans aucun autre vice de conformation extérieure de quelque genre que ce soit. Ce qui est rare, car presque toujours les deux mains et les deux pieds sont symétriques et ont le même nombre de doigts et d'orteils. En voici la description :

Le sujet qui présente cet exemple d'orteils surnuméraires est un jeune homme de vingt ans, d'une excellente santé et parfaitement constitué d'ailleurs. Sa taille est moyenne.

Le pied gauche paraît, au premier abord, tout à fait normal, ce n'est que par un effort d'attention qu'on remarque une augmentation dans le nombre des doigts, régulièrement conformés du reste.

Le pouce et les trois orteils suivants ont la forme, la grosseur, la longueur et la direction voulues; les deux orteils externes sont identiques, de même longueur, mais moins larges qu'ils ne le seraient à l'état physiologique. Le cinquième orteil *semble être doublé*. Ce pied gauche est plus large que le droit, un peu plus large même qu'à l'état normal, malgré le petit volume des deux orteils externes.

Le pied droit, au contraire, offre des vices de conformation qui attirent l'attention. Le pouce est fortement déjeté en dehors, et de plus, tandis que les deuxième, troisième, quatrième et sixième orteils ont la direction et la conformation normales, le cinquième orteil, orteil surnuméraire, analogue à celui du pied gauche, c'est-à-dire supplémentaire du petit doigt, est situé transversalement de dehors en dedans, au-dessus des troisième et quatrième orteils qu'il croise. Il y a une espèce de luxation en haut et en dedans de la phalange sur le métatarsien correspondant, si toutefois il y a articulation. La largeur de ce pied droit est normale, ce qui s'explique assez aisément par la direction vicieuse du pouce et de l'orteil surnuméraire.

Il ne m'a pas été possible de constater la présence de métatarsien supplémentaire ni au pied droit, ni au pied gauche.

A chaque pied, les deux orteils externes (cinquième et sixième) semblent s'articuler d'une manière incomplète, surtout l'orteil surnuméraire, avec le même métatarsien, et être relevés par le même tendon bifurqué de l'extenseur commun. La marche est aussi facile qu'à l'ordinaire et n'occasionne ni fatigue, ni douleur. Ce jeune homme veut même s'engager comme volontaire. Il attribue la déviation du pouce et de l'orteil supplémentaire du pied droit à des chaussures trop étroites, dont il a fait usage pendant sa jeunesse.

A titre purement historique, nous croyons devoir mentionner la cause aussi curieuse que peu physiologique à laquelle il rattache le vice de conformation de ses pieds.

Sa mère, qui est enfermée comme aliénée à l'asile de Maréville, près Nancy, étant grosse de lui, ne cessait de compter et recompter les doigts de ses mains et de ses pieds, prétendant, dans sa folie, qu'elle en avait un trop grand nombre. « Et voilà pourquoi, ajoutait notre polydactyle, je suis venu au monde avec un doigt de plus à chaque pied. » Le père de ce jeune homme est bien portant et n'a aucun vice de conformation. Il a eu deux frères bien constitués; l'un est mort du croup à l'âge de huit mois; le second à l'âge de deux ans, à la suite de convulsions.

Cette observation de polydactylie des pieds nous a paru curieuse et rare à deux points de vue principaux : absence complète d'hérédité, d'une part, et absence, d'autre part, de vice de conformation des mains. La fréquence des difformités congénitales des doigts est moins grande qu'on ne le croirait le prime abord. La polydactylie se rencontre plus souvent que les autres difformités et généralement

chez des sujets bien conformés. Elle était si connue chez les Romains qu'on donnait le nom de *sexdigiti* aux individus qui avaient six doigts. Maupertuis n'a pu trouver que trois sexdigitaires, ainsi qu'il les appelait, sur 100,000 habitants qu'avait alors la ville de Berlin.

Dans le service d'accouchement de Guy's Hospital, à Londres, et celui de Gebär und findelhaus, à Vienne (1862) on n'a noté qu'un seul doigt surnuméraire sur 14,000 nouveau-nés.

M. Béchet, sur 2,500 enfants entrés aux Enfants-Trouvés, du 1er juillet 1851 au mois d'août de la même année, n'a vu qu'un cas de doigt surnuméraire.

M. Danyau n'a constaté qu'une dizaine de cas pendant vingt-quatre ans d'exercice à la maternité.

M. Blot, sur 10,000 nouveau-nés observés à l'hôpital des Cliniques, a vu un seul polydactile.

Is. Geoffroy Saint-Hilaire cite comme sexdigitaires deux filles de Caïus Horatius, le poëte Volcatius, un Philistin gigantesque dont la bible fait mention, Anne de Boleyn, si cruellement punie par son mari, Henri VIII, pour lui avoir caché l'existence d'un autre vice de conformation, une mamelle supplémentaire.

Samuel Cooper parle, dans ses annales, d'un homme qui avait six doigts aux mains et six orteils aux pieds.

M. le professeur Verneuil a vu un jeune enfant qui avait six doigts à chaque main et six orteils à chaque pied. Les sixièmes doigts n'étaient pas gênants.

M. Pravay de Lyon a fait mouler les mains et les pieds d'un sexdigitaire, dont il a donné communication à la Société de chirurgie.

Platerus rapporte qu'un enfant avait six doigts à chaque main, six orteils au pied droit, sept au pied gauche.

Valleriola raconte qu'on voyait à Arles, en 1561, un jeune homme de douze ans, qui avait six doigts à chaque main et sept orteils à chaque pied. Le pouce était double.

Kerkring a décrit le squelette d'un enfant ayant sept doigts à chaque main et huit orteils à chaque pied.

Bartholin, dans les *Transactions*, de Copenhague, parle d'un squelette sur lequel il a vu sept doigts à la main droite, six à la gauche et le pouce double; huit orteils au pied droit, avec six métatarsiens; neuf orteils et sept métatarsiens au pied gauche.

Saviard, dans les observations de chirurgie, cite un enfant nouveau-né de l'hôtel-Dieu de Paris, qui portait dix doigts et dix orteils de chaque côté.

Rueff fait mention d'un enfant ayant douze doigts à chaque main et douze orteils à chaque pied.

Voight cite le cas d'un enfant qui avait treize doigts à chaque main et douze orteils à chaque pied.

M. Crawford raconte le fait singulier suivant : Une fille enceinte accusait un homme sexdigitaire ; l'homme niait ; mais bientôt cette femme accoucha de deux jumelles, présentant chacune six doigts à chaque main.

Godehen communique, en 1771, à l'Académie des sciences, l'histoire très-curieuse d'une famille de Malte dont le chef, Gratio Kallua, avait six doigts aux mains et six doigts aux pieds.

Gratio devint père de quatre enfants, trois fils et une fille. Parmi ces fils, l'aîné, Salvator, naquit sexdigitaire comme son père; le doigt surnuméraire des mains n'était pas aussi bien conformé que chez Gratio, mais celui du pied était mieux disposé. Les trois autres enfants n'eurent, au contraire que cinq doigts aux mains et aux pieds, mais tous, hors le dernier fils, André, avaient des difformités plus ou moins marquées des doigts. Ainsi, sur les quatre enfants de Gratio, un seul avait les mains et les pieds parfaitement normaux; il fut aussi le seul qui ne donna le jour qu'à des enfants bien conformés. En effet, le fils aîné, Salvator, eut deux garçons et une fille sexdigitaires; un autre garçon bien conformé; le second fils, Georges, eut trois filles sexdigitaires et un enfant bien conformé; enfin la fille de Gratio eut deux filles et un garçon bien conformés, mais aussi un garçon sexdigitaire.

M. Carlisle publie un cas de doigts et orteils surnuméraires qui s'était montré pendant quatre générations successives. La dernière de ces générations comprenant huit personnes, dont quatre offraient ces anomalies.

Renou, cité par Geoffroy Saint-Hilaire, aurait vu en Anjou plusieurs familles sexdigitaires, dont le vice de conformation aurait été transmis à plusieurs générations.

La *Gazette des Hôpitaux* de 1861 (page 555) contient une observation fort intéressante, extraite d'un travail anglais. Il s'agit d'une famille dans laquelle la polydactylie fut transmise jusqu'à la cinquième génération.

Maupertuis a vu une famille sexdigitaire dont le vice de conformation s'est conservé jusqu'à la quatrième génération.

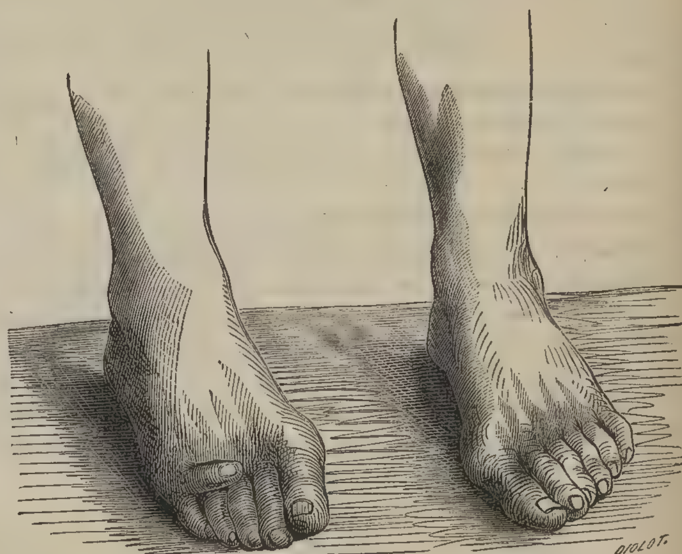
M. Voisin cite dans la *Gazette médicale* (1852, page 822) l'observation suivante.

Dartijas a douze enfants, dont neuf garçons et trois filles. Louis a un orteil surnuméraire au pied gauche, entre le quatrième et le cinquième métatarsien. Cet orteil a deux phalanges et paraît n'adhérer au squelette que par des ligaments. Pierre a six orteils à chaque pied : le dernier est adhérent dans toute sa longueur au petit orteil : tous deux sont d'égale longueur. Jean-Baptiste a eu six enfants. Le dernier avait un doigt surnuméraire à l'extrémité antérieure et au côté externe du premier métatarsien gauche. Marie a un doigt surnuméraire à l'extrémité antérieure de l'éminence hippoténar de la main gauche : il tenait par un léger pédicule et fut enlevé à la naissance. Une sœur de Dartijas a eu huit enfants. Le garçon portait un doigt surnuméraire à l'extrémité antérieure et au bord externe du premier métatarsien gauche.

Parmi ces citations, trop nombreuses peut-être, puisées dans la savante thèse du docteur Fort pour le concours d'agrégation en 1869, j'ai voulu prouver que, la polydactylie est très-souvent et même pendant plusieurs générations transmise par hérédité. Le même auteur ajoute que dans toutes les observations réunies dans son travail, il n'a trouvé qu'un *seul cas de vice de conformation des doigts chez un enfant né de parents consanguins.*

Dans un très-intéressant rapport lu l'année dernière à la société de chirurgie par M. Demarquay sur des observations de polydactylie et de syndactylie recueillies par le docteur Launay, se trouve une explication du mode de formation des doigts surnuméraires, tirée d'un travail communiqué en novembre 1873, à l'Académie des sciences.

Son auteur M. Lavocat, après avoir étudié d'une manière très-sérieuse l'observation du pied polydactyle présentée; en 1770, à l'Académie des sciences, par Morand, monstruosité connue depuis sous le nom de pied de Morand, conclut que, dans l'état primordial, il y a trois doigts qui sont doublés normalement. Ce sont le premier, le troisième et le cinquième : ce dernier par *duplication complète* : les deux autres par un état particulier de leur métatarsien, qui est bifurqué. L'auteur s'appuie sur ce fait que, dans le plus grand nombre des cas observés jusqu'ici, ce sont ces trois doigts qui ont été trouvés atteints du vice de conformation en question.



Il nous a paru intéressant de rapprocher cette théorie de notre observation de polydactylie des pieds, qui est un cas bien caractérisé *de doigts surnuméraires par duplication complète du cinquième*

orteil des deux pieds, à l'exclusion de toute autre difformité et de transmission par hérédité. Je joins à mon observation le dessin aussi exact que possible des deux pieds polydactyles. Il a été fait sous mes yeux par M. Revel, pharmacien de la maison d'arrêt cellulaire.

PHARMACOLOGIE

A propos d'une teinture obstétricale

Par M. Richaud, pharmacien.

Le docteur Alfred Liegard a publié, dans la *Gazette des Hôpitaux* (numéro du 9 mars), une formule de teinture obstétricale. En lisant attentivement cette formule et les doses des substances employées, j'ai cru, dans l'intérêt même de la préparation, devoir présenter quelques observations.

Les substances indiquées contiennent une grande quantité d'huile volatile et de principe extractif; le chiffre total de ces substances est de 87 grammes ; 150 grammes d'alcool seulement sont employés. A mon avis, cette proportion d'alcool est insuffisante pour s'emparer complétement des principes contenus dans les substances, par conséquent une partie d'entre elles est perdue et retient, en outre, environ la moitié de l'alcool que la presse ne permet pas de retirer; eu égard à la quantité de matières employées, le rendement de la teinture n'est pas constant.

En formulant cette opinion, je m'appuie non-seulement sur mes propres expériences, mais encore et surtout sur les travaux de la commission pharmaceutique nommée pour la rédaction du Codex et sur les travaux de Personne et de Soubeiran.

Les teintures doivent fournir en tout temps au médecin des dissolutions concentrées, préparées à l'avance et faites suivant des doses toujours identiques. Le plus grand nombre des substances végétales exigent cinq parties d'alcool pour céder tous leurs principes solubles au véhicule. Un petit nombre peuvent être traitées par quatre parties d'alcool, mais dans le cas qui nous occupe, il n'y a pas lieu d'opérer de la sorte.

J'ai préparé la teinture proposée par M. le docteur Liegard, en employant exactement les doses indiquées, et je n'ai retiré que 75 grammes de liqueur.

Devant un produit aussi minime (la moitié de l'alcool employé), je suis donc bien fondé à dire que 150 grammes d'alcool sont insuffisants pour s'emparer de la matière soluble des substances, et qu'il serait plus rationnel d'opérer ainsi que le Codex le prescrit pour la préparation des teintures en général.

En le faisant, il y aurait assez d'alcool pour agir sur la totalité des substances employées, et ce qu'il faut bien considérer, c'est que l'on aurait une préparation constante et d'un dosage rigoureusement exact. Voici donc la formule que je crois pouvoir proposer :

Pr. Sabine pulv.	20	grammes.
Rhue pulv.	12	—
Seigle ergoté.	40	—
Uva ursi.	15	—
Alcool à 35 degrés. . . .	435	—

Faites macérer pendant huit jours, en ayant soin d'agiter deux fois par jour. Exprimez fortement, lavez le résidu avec suffisante quantité d'alcool (environ 75 grammes) pour obtenir avec le produit de la première expression 435 grammes de liqueur, que vous filtrerez et à laquelle vous ajouterez : Ergotine, 1 gramme.

En suivant ce *modus faciendi*, une cuillerée à bouche de la liqueur représentera :

Sabine.	0 gr 60
Rhue.	0 36
Seigle ergoté.	1 20
Ergotine.	0 03
Uva ursi.	0 45

Cette formule donnerait aux médecins la faculté d'augmenter à volonté la dose du médicament, tout en sachant toujours exactement la dose de matière active employée. Il suffit de se rappeler que la liqueur est au cinquième. La quantité d'alcool est seule augmentée, afin de donner au médecin un dosage toujours exact et régulier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 avril 1875. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. Paulet dépose, au nom du docteur Lietvent (de Lyon), une observation d'empyème ouvert spontanément (Commiss. : MM. Tillaux, L. Dentu, Paulet.), et au nom du docteur Huë (de Rouen), un mémoire intitulé : *Contribution à l'étude des complications pelviennes que peuvent occasionner les tumeurs de l'utérus, et des moyens qu'on peut leur opposer.* (Commiss. : MM. Polaillon, Blot, Guéniot.)

COMMUNICATION

Hernie ombilicale étranglée. Opération. Guérison. — **M. Després.** L'opération de la hernie ombilicale étranglée est considérée en France comme une opération inutile, la mort en étant toujours la conséquence. Cependant les Anglais pratiquent cette opération, et leur statistique (publiée dans le livre de Collis et citée par M. Le Dentu dans son article du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*) donne six guérisons et deux morts sur huit opérations.

M. Després croit pouvoir attribuer ces différences dans le résultat à la différence dans le mode opératoire. Les Anglais, contrairement à la méthode française, n'ouvrent pas le sac herniaire.

M. Després a pratiqué cette opération au mois de janvier dernier, à l'hospice la Rochefoucault, sur une femme de quatre-vingts ans, portant une hernie ombilicale du volume d'un œuf de poule et présentant tous les signes de l'étranglement. Après avoir fait sur la ligne médiane une incision de 4 centimètres et tenté sans succès de réduire le sac qu'il avait mis à découvert, le chirurgien en fit l'ouverture et put alors réduire facilement l'intestin hernié sans débrider l'anneau ombilical. Cette anse intestinale n'avait contracté aucune adhérence avec l'anneau assez largement ouvert pour permettre l'introduction de la pulpe du doigt, mais était simplement retenue au fond du sac où des fausses membranes la fixaient. L'incision du sac, en détruisant ces brides, fit disparaître l'obstacle à la réduction. L'intestin fut lavé et réduit, l'épiploon lié, puis sectionné et cautérisé, et trois points de suture furent placés, dont l'un comprenait, avec la peau, l'épiploon et les ligatures. Les vomissements cessèrent le soir; des gaz sortirent le lendemain de l'anus, des purgatifs légers rétablirent les fonctions de l'intestin, et la guérison se fit sans accidents. M. Després a ouvert le sac, ce que ne font pas les Anglais; il a cependant, comme eux, obtenu un succès. C'est pourquoi il pense que c'est au debridement de l'anneau ombilical et non à l'ouverture du sac qu'il faut attribuer la grande mortalité de cette opération.

DISCUSSION

M. Cruveilhier a opéré deux femmes atteintes de hernie ombilicale étranglée. La première a succombé à une péritonite du petit bassin, due à une fausse couche survenue après l'opération; la seconde opération, faite suivant la méthode anglaise, n'a pas donné de meilleur résultat.

M. Le Dentu. M. Després, en ouvrant le sac, s'est mis dans les conditions ordinaires et non dans celles qu'ont adoptées les Anglais. Il a, dans ces conditions, opéré une hernie ombilicale étranglée, et sa malade a guéri. C'est un succès exceptionnel, mais qui ne doit pas être attribué à la réduction en dehors du sac, celui-ci ayant été ouvert. Mais puisque la question de ce mode de réduction est soulevée, M. Le Dentu s'en déclare partisan en faisant, néanmoins, une restriction fondée sur un seul fait. Il a opéré, à la Salpêtrière, par le débridement en dehors du sac, une malade qui a, néanmoins, suc-

combé. La principale cause d'insuccès, lorsque le sac a été ouvert, est la suppuration qui s'y établit, à la partie supérieure de l'abdomen. La hernie crurale opérée donne une proportion de guérisons plus grande que la hernie inguinale, parce que l'anneau inguinal conduit plus directement dans le péritoine le pus et les liquides septiques qui se développent dans la plaie. La hernie ombilicale est, à ce point de vue, dans les plus mauvaises conditions. On a recommandé divers modes de sutures pour éviter ce danger. Dans le cas actuel, n'est-ce pas à la suture qu'a été dû le succès?

M. GIRALDÈS. M. Desprès n'a pas débridé d'anneau fibreux. Où siégeait alors l'étranglement? C'était une hernie enflammée et non une hernie étranglée. M. Desprès a fait allusion à la pratique anglaise. Il faudrait préciser davantage, car tous les chirurgiens, en Angleterre, n'opèrent pas de la même manière.

M. VERNEUIL. Il y a deux divisions à établir dans les hernies ombilicales, les grandes et les petites. M. Verneuil est adversaire de toute opération, même du taxis, dans les hernies ombilicales. Si l'on perd vingt-cinq malades sur cent, par l'expectation, on en perd quatre-vingt-dix-huit par l'opération et le taxis. Quant aux petites, c'est-à-dire celles qui ne dépassent pas le volume d'une mandarine, y compris l'épiploon, elles doivent être divisées aussi. Sept fois sur huit, lorsqu'il arrive des accidents, il n'y a pas d'étranglement. Quant à la cause de la mort après l'opération, elle est bien, comme l'a dit M. Le Dentu, dans cette communication directe d'une plaie avec l'intérieur de l'abdomen. M. Verneuil a perdu quelques malades par l'expectation. Il n'a jamais, à l'autopsie, constaté d'étranglement. Quant à la méthode, dite anglaise, de kélotomie sans ouverture du sac, dont le véritable père est J. L. Petit, elle est impraticable dans la véritable hernie ombilicale, parce que le sac adhère au pourtour de l'anneau quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent.

M. TILLAUX. Il ne faut pas faire le taxis pour une grande hernie ombilicale étranglée depuis longtemps, mais lorsque l'accident vient de se produire, l'intervention est souvent efficace.

M. DESPRÈS. Dans les hernies anciennes, on ne cherche pas à réduire toute la hernie, mais seulement l'anse nouvelle qui est venue s'y ajouter et qui s'est étranglée. Quant aux constatations *post mortem* qu'a faites M. Verneuil, il ne faut pas oublier que la réduction se fait souvent après la mort, pour toutes les hernies, par suite du relâchement des tissus.

M. PERRIN. Ce n'est pas une opération sans débridement qu'a faite M. Desprès, car en ouvrant le sac il a détruit des brides qui faisaient partie du collet.

M. GIRALDÈS. M. Desprès, par ses explications, a démontré que sa hernie n'était pas étranglée.

M. DESPRÈS. Nos maîtres nous ont donné les signes de l'étranglement herniaire. Tous les symptômes existaient chez la malade qu'il a opérée et le soulagement a été immédiat après l'opération.

M. PAULET n'admet pas que la petite plaie faite au péritoine constitue le grand danger du débridement dans la hernie ombilicale.

M. DESPRÈS. La mort a été le résultat de toutes les opérations où l'on a débridé sur l'anneau fibreux, que l'on ait ou non fait des sutures. Ce semble être une condition favorable au développement de la péritonite.

PRÉSENTATION DE MALADE

Fracture chirurgicale du col du fémur. — M. TILLAUX. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-huit ans, qui, à la suite d'un accouchement, le 2 novembre 1872, fut atteinte d'une arthrite coxo-fémorale aiguë du membre gauche. Au mois d'avril 1873, sa cuisse fut redressée et placée dans un appareil inamovible, qu'elle ne put supporter plus de cinq jours. Elle resta dans son lit pendant un an et guérit avec une enkylose coxo-fémorale complète et flexion et rotation en dedans.

Devenue enceinte de nouveau, elle accoucha facilement, malgré cette ankylose et cette attitude vicieuse, le 3 août 1874. Elle entra, au mois de janvier suivant, dans le service de M. Tillaux. Le 13 janvier, après l'avoir endormie par le chloroforme, M. Tillaux, se plaçant à droite de la malade, chercha à redresser le membre en le repoussant de droite à gauche. Mais il ne put y parvenir. Se plaçant alors à gauche, il saisit le genou et le tira vigoureusement à lui. Un craquement sec se fit entendre, et aussitôt la cuisse redevint droite et mobile, présentant tous les signes d'un fracture du col fémur. Placée dans un appareil inamovible, elle y resta jusqu'au 13 mars. La consolidation était complète, la déformation nulle. La malade fut évacuée peu après sur le Vésinet, où elle séjourna un mois. Il reste aujourd'hui un peu d'ankylose de l'articulation coxo-fémorale et un raccourcissement de 1 ou 2 centimètres.

DISCUSSION

M. DUBRUEIL. Il est peut-être préférable, après la fracture du col fémur, de tenter d'obtenir une pseudarthrose plutôt qu'une ankylose.

M. DESPRÈS. Nélaton et Desprès père ont fait intentionnellement, en 1860, la fracture chirurgicale du col du fémur sur un malade de Bicêtre, qui a guéri. Nélaton l'a faite une autre fois sur une jeune femme avec le même succès.

M. TILLAUX n'a pas voulu faire l'historique de cette opération, mais apporter à son appui un fait nouveau, surtout un fait heureux. Il n'a pas osé tenter d'obtenir une pseudarthrose en présence du bon résultat obtenu, qui eût pu être compromis par de nouvelles tentatives.

M. PERRIN, après avoir examiné la malade, n'a pas constaté une ankylose. Les mouvements sont considérables. Si le col a été fracturé, il s'est établi une pseudarthrose. Mais M. Tillaux n'a peut-être eu affaire qu'à une ankylose fausse et a pu, dans ce cas, obtenir le rétablissement des fonctions de l'articulation après rupture des attaches fibreuses qui s'y opposaient.

M. FORGET. Il faut admettre qu'il y avait chez cette malade une pseudo-ankylose qui a cédé aux efforts de M. Tillaux, car une pseudarthrose ne se produit pas en trois mois si l'on ne l'aide pas, et l'immobilisation pendant deux mois n'est pas faite pour obtenir ce résultat.

M. SÉE voit beaucoup d'ankyloses coxo-fémorales, à l'hôpital Sainte-Eugénie. En les réduisant, on produit souvent des craquements violents qui ne sont dus qu'à des ruptures de parties fibreuses très-fortes, et non à la fracture du col. Il est facile d'admettre la même cause pour expliquer le bruit entendu au moment de la réduction chez le malade de M. Tillaux. Car la maladie ne datait que de deux ans et les soudures fibreuses qui peuvent se développer en deux ans, n'offrent pas autant de résistance à la brisure que le col du fémur lorsqu'il est sain; et, dans le cas présent, la malade est douée d'une bonne constitution et n'avait pas eu des lésions osseuses antérieures.

M. GIRALDÈS a également constaté des mouvements au niveau du col. Sont-ils dus à une pseudarthrose ou au rétablissement des fonctions de l'articulation; il faudrait, pour s'en assurer, soumettre la malade au chloroforme.

M. TILLAUX, en expérimentant sur des cadavres, a entendu assez souvent le bruit produit par une fracture osseuse, pour ne pas s'y méprendre. Tous les assistants ont constaté comme lui la fracture. Il n'a pas fait l'examen de la malade depuis qu'elle a quitté son service. Cependant il est facile de voir qu'elle ne peut s'asseoir qu'en tenant sa jambe allongée.

M. DEPAUL. Au point de vue de la possibilité de l'accouchement, il n'y a rien à redouter de ces ankyloses coxo-fémorales. On applique alors la méthode anglaise, en faisant coucher la malade sur le côté, la jambe fléchie. Elle l'est ordinairement par suite de l'ankylose. Quant à la déformation du bassin qu'elles produisent, on constate plutôt un agrandissement qu'un rétrécissement.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. DEPAUL présente à la société les pièces provenant de l'autopsie d'une femme morte à la suite de grossesse extra-utérine, et dont il a été question dans la séance du 27 mars dernier.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

38. Coupé. Du secret médical au point de vue moral, professionnel et criminel.
39, Bourretère. Étude sur l'érysipèle de la face.
40. Homolle. Des scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngienne (angine scrofulide grave, lupus de la gorge).
41. Appay. De la transmission de la syphilis entre nourrices et nourrissons et notamment par l'allaitement, avec considérations médico-légales.
42. Lapeyre. Recherches sur la nature de l'hémophilie.
43. Fourmestraux. De la guérison des fissures des os.
44. Bouchet. Étude clinique comparée de trois cas d'ictère.
45. Viguier. Essai sur les varices et les tumeurs lymphatiques superficielles.
46. Racord. De la racine de colombo.
47. Raynaud. Vitiligo et goître exophthalmique.
48. Poisson. Traction continue appliquée à l'extraction des sequestres.
49. Richard. Quelques considérations sur l'hygiène de la bouche du soldat.
50. Glénard. Contribution à l'étude des causes de la coagulation spontanée du sang à son issue de l'organisme; application à la transfusion.
51. (Sera soutenue ultérieurement.)
52. Lurat. Études sur le suicide des aliénés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Alcide Ricard, étudiant en médecine, décédé le 19 avril 1875, à l'âge de vingt-neuf ans.

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. le docteur Hillairet commencera ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, le jeudi 29 avril 1875, à huit heures du matin, et les continuera les jeudis suivants.

A huit heures précises, examen des malades, salles Henri IV et Saint-Louis. A neuf heures et demie, conférence théorique.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. le professeur Adolphe Brongniart, ou, en son absence, M. Maxime Cornu, aide naturaliste, commencera son cours de botanique (organographie et physiologie végétale), le mercredi 28 avril 1875, à neuf heures et demie, et le continuera à la même heure, les vendredis et mercredis de chaque semaine.

Ce cours aura pour objet l'étude anatomique et physiologique des organes des végétaux servant à leur nutrition et à leur accroissement.

Deux conférences pratiques auront lieu les mercredis et vendredis de chaque semaine, de trois à cinq heures, dans le laboratoire de botanique (rue de Buffon, n° 63) ; elles seront consacrées à l'étude de l'anatomie des organes qui feront le sujet du cours. Ces conférences commenceront le mercredi 5 mai.

— M. Daubrée, professeur de géologie, ou, en son absence, M. Stanislas Meunier, aide naturaliste, fera une excursion géologique le dimanche, 25 avril 1875, à Beyres et Montainville.

On se réunira à la gare de Montparnasse (cour d'en haut), où l'on prendra, à sept heures du matin, le train de Villier-Néauphle.

— *École pratique.* — M. le docteur Galezowski commencera son cours public sur les maladies des yeux (opérations de cataracte et iridectomie) le lundi 3 mai 1875, à sept heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre n° 3, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, jusqu'à la fin du mois de mai.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Études cliniques sur le traitement de quelques complications des rétrécissements de l'urèthre, rétrécissements infranchissables ou difficiles à franchir, compliqués d'infiltration urineuse, d'abcès urineux, de fistules urinaires, par E. Martin, ancien interne des hôpitaux de Paris, docteur en médecine (travail couronné par la commission du prix (Civiale, pour 1874. — Paris, 1875, in-8° de 205 pages. Prix : 3 francs. — J.B. Baillière et fils.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

MÉDICATION SUDORIFIQUE ET SIALAGOGUE.

Véritable Jaborandi
du docteur COUTINHO.

Sous trois formes :

1° **Jaborandi concassé,** chaque paquet contient la dose nécessaire à une infusion ;
2° **Sirop de Jaborandi** } deux cuillerées à bouche pour une sudation.
3° **Élixir de Jaborandi** }

Dépôt : Pharmacie YVON, 7, *rue de la Feuillade, près la Banque.*
Vente en gros : maison GRIMAULT et Cie, 8, rue Vivienne.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le droit de vente de médicaments par le médecin dans une localité dépourvue de pharmacien, cesse du moment où un pharmacien vient à s'y établir.

Un de nos confrères nous adresse les questions suivantes, auxquelles nous avons cru devoir répondre publiquement, dans la pensée que cette réponse pourrait intéresser tous ceux qui pourraient se trouver dans une situation analogue à la sienne.

1° Un pharmacien, nouvellement établi dans la localité que j'habite et qui en avait été dépourvue jusque-là, s'est installé sans venir me demander à acheter mon fonds de pharmacie que j'étais obligé d'avoir. Ce pharmacien a-t-il le droit de m'empêcher d'écouler auprès de mes malades les produits que je possédais, et ce en dehors de la commune que nous habitons tous les deux ?

2° Ce pharmacien a-t-il le droit de m'empêcher de délivrer des médicaments dans toute l'étendue du canton, ou seulement dans un certain rayon ? La loi a-t-elle fixé dans les campagnes une distance reconnue nécessaire pour que la pratique rurale soit possible ? Peut-il m'empêcher de délivrer des médicaments dans les cantons voisins où il y a officine ouverte, avec ou sans la permission du titulaire ?

3° Le pharmacien peut-il empêcher le médecin de campagne, qui se transporte à 15 ou 20 kilomètres, de délivrer dans des cas pressants, comme croup, hémorrhagie, coliques, fièvres pernicieuses, etc., des médicaments tels que, émétique, ergotine, perchlorure de fer, laudanum, quinine, etc. ?

4° La loi du 21 germinal an XI, article 27, appliquée par la cour d'Orléans et confirmée par la cour de cassation (Brant et Chaudé, *Médecine légale*) offre-t-elle des exceptions ? Y a-t-il, depuis 1844, de nouvelles dispositions de nouveaux arrêts sur cette matière ?

Il y a, indépendamment des termes de l'article 27 de la loi de germinal an XI, dans les divers jugements et arrêts rendus depuis sur la matière tous les éléments d'une réponse formelle à la question principale posée par notre confrère.

Si le droit exclusif des pharmaciens de vendre les médicaments cesse en faveur du médecin établi dans des bourgs, villages ou communes où il n'y a pas de pharmacie ouverte, c'est à la condition que le médecin se renferme strictement dans les cas prévus par l'article 27, c'est-à-dire qu'il ne fournisse de médicaments qu'aux malades près desquels il est appelé et qu'il en tienne d'officine ouverte.

Le médecin qui se trouve dans ce cas prévu, ne peut pas fournir dans tous les lieux où il a le droit d'exercer les médicaments aux malades qui l'appellent ; il ne peut en fournir, notamment, aux malades qu'il va visiter dans une commune où se trouve une pharmacie. Il ne peut davantage en fournir au malade qui vient le voir d'une commune où il y a un pharmacien.

Si donc le médecin vend des médicaments à d'autres personnes que celles qui l'ont appelé ; s'il en vend même à celles qu'il soigne dans une commune où un pharmacien est établi, quoiqu'il n'y en ait pas dans celle qu'il habite lui-même ; ou bien encore, lorsqu'il existe une officine dans la commune qu'il habite, s'il en fournit à ses malades domiciliés dans une commune privée de pharmacien, il commet une infraction à la loi.

Ce privilége ainsi restreint institué, à titre d'exception par la loi, non en faveur du médecin, mais en faveur des malades soignés par un médecin exerçant dans une localité où il n'y a pas de pharmacien, cesse naturellement du moment où un pharmacien vient à s'établir dans cette localité.

Telle est la situation dans laquelle se trouve notre correspondant. Elle nous paraît nette ; la loi, à cet égard, est formelle et absolue. — Ceci répond catégoriquement à la deuxième et à la quatrième question.

La réponse à la troisième question ne paraît pas devoir être douteuse. Il est évident que, dans la prévision d'un cas d'urgence, tout médecin se transportant à une distance éloignée a le droit de se munir d'avance de médicaments dont il croira devoir faire un usage immédiat, à la condition que ces médicaments aient été fournis par un pharmacien.

Mais il reste le cas spécifié par la première question, qui ne paraît avoir été prévu ni par la loi, ni par aucun arrêt, et qui semblerait cependant mériter d'avoir été l'objet d'une mesure transitoire. Là-dessus nous ne connaissons comme précédent que le fait rapporté par Trébuchet dans sa *Jurisprudence de la médecine*, où il s'agit de poursuites intentées par un pharmacien nouvellement établi dans une localité contre les deux officiers de cette localité, qui avaient usé jusque-là du droit que leur conférait la loi, mais qui « au lieu de se contenter d'écouler les médicaments qu'ils avaient en réserve, avaient continué à en débiter ». Le pharmacien obtint condamnation contre eux. Mais on voit que, dans les termes même de la poursuite « la faculté d'écouler les médicaments en réserve » avait été reconnue. Ceci, ainsi que le rachat des médicaments, faisant partie de la provision du médecin, est pure affaire de convention et d'arrangement amiable entre le médecin et le pharmacien.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GUIBOUT.

Étude pathologique comparative des membranes muqueuses et de la peau.

Messieurs,

En dehors des tissus cellulaire et aponévrotique, trois membranes principales existent dans le corps humain : les séreuses, les muqueuses et la peau. Les séreuses nous représentent des sacs sans ouverture, partout et sur toute leur surface en rapport avec elles-mêmes, toujours à l'abri du contact de l'air, ne supportant rien qui leur soit étranger, toujours isolées, elles constituent un monde à part, et leur histoire, au triple point de vue anatomique, physiologique et pathologique, nous offre des caractères tout à fait spéciaux et que nous ne retrouvons nulle part ailleurs. La peau et les muqueuses ont, au contraire, les traits de ressemblance les plus nombreux, et les plus intéressants à saisir. Si la peau est le tégument externe ou du dehors, les muqueuses sont la peau du dedans; la peau et les muqueuses ne sont, pour ainsi dire, qu'une seule et même membrane, car on voit la peau, par des gradations successives, se transformer progressivement à mesure qu'elle se rapproche des muqueuses, se confondre et se continuer avec elles sans ligne de démarcation bien tranchée.

Considérez la peau à la partie postérieure et supérieure du tronc et aux membres du côté de l'extension, c'est là qu'elle est le plus éloignée des orifices naturels et des muqueuses; c'est là aussi que vous lui voyez le plus de sécheresse, le plus d'épaisseur et le moins de ressemblance avec les muqueuses. Mais voyez-la à mesure qu'elle se rapproche des ouvertures naturelles; voyez ce qu'elle devient dans le sillon interfessier et à la marge de l'anus; suivez-la à la face interne et supérieure des cuisses, dans les plis génito-cruraux, à l'entrée de la vulve ou des fosses nasales; voyez-la dans toutes ces régions, prendre petit à petit la finesse, la délicatesse, l'humidité, la coloration et tout l'aspect des muqueuses qui vont être sa continuation.

Les muqueuses et la peau nous offrent, quant à leur structure, les plus grandes analogies; c'est, de part et d'autre, une trame dans les mailles de laquelle serpente un réseau inextricable de vaisseaux et de nerfs, s'entre-croisant à l'infini autour de glandules sudoripares, sébacées et mucipares ou aboutissant à des papilles sensitives qui sont le siége, ici du toucher, là du goût, de l'olfaction.

Leurs fonctions physiologiques sont encore à peu près les mêmes : la peau est l'enveloppe externe du corps; elle le met en contact avec le monde extérieur; elle est, de ce côté, à la fois, un intermédiaire et une protection, en même temps qu'elle assure le libre fonctionnement de tous les organes qu'elle recouvre. Les muqueuses tapissent l'intérieur de nos organes; elles reçoivent, absorbent ou rejettent tout ce qui vient du dehors; elles aussi sont à la fois et un trait d'union et une défense entre notre corps et le monde extérieur.

Mais c'est surtout au point de vue de la pathologie que nous allons trouver, entre la peau et les muqueuses, des ressemblances dignes de fixer toute notre attention. La peau nous représente comme un vaste champ ouvert au développement d'une infinité de maladies. S'il est vrai que les yeux sont le miroir de l'âme; il n'est pas moins vrai que la peau est le miroir de la santé. Son aspect, sa coloration, sa température, sa sécheresse ou son humidité, sont de précieux caractères, que la séméiologie ne néglige jamais. C'est sur la peau que se produit l'efflorescence de toutes les pyrexies, et que s'épanouissent avec leurs traits distinctifs les principales lésions de l'herpétisme, de la syphilis et de la scrofule; c'est encore sur la peau que se traduisent des désordres qui ne sont que le reflet extérieur et que l'écho des troubles intérieurs les plus variés et les plus profonds, tels que les troubles hépatiques gastro-intestinaux et circulatoires. Ainsi, de tous les points de l'organisme part comme un grand courant morbide, qui apporte à la peau des lésions, des altérations de tissu, des modifications d'aspect, de coloration, de température, qui ne sont que des symptômes.

Mais la peau n'est point une membrane inerte, elle a sa vitalité propre, et quand son tissu, sa circulation et son innervation se trouvent ainsi atteints, elle ne reste point impassible, elle réagit et devient à son tour une nouvelle cause d'accidents et de troubles; l'intensité des lésions dont elle est devenue le siége, la douleur, les désordres fonctionnels qui en sont la conséquence, ont un retentissement général qui se traduit par un état d'agitation, de malaise et de souffrance, par de la fièvre, par de l'inappétence, par de l'insomnie. Les altérations que la peau avait subies n'étaient primitivement que des *symptômes*, mais ces symptômes n'ont point tardé à devenir à leur tour de *véritables causes*, et à engendrer par eux-mêmes de nouveaux états pathologiques; en sorte que si nous avons constaté un premier courant morbide dont la peau était l'aboutissant, nous en constatons maintenant un second qui, partant de la peau, reflue dans toutes les directions et dans toutes les profondeurs de l'économie.

Eh bien, ce double courant morbide, dont la peau est à la fois le point d'arrivée et le point de départ, l'aboutissant et la source, est-ce que nous ne le retrouvons pas sur les muqueuses? est-ce que les muqueuses n'ont point, comme la peau, leurs exanthèmes, leurs hémorrhagies, leurs ulcérations, leurs lésions syphilitiques, herpétiques et strumeuses? est-ce que, elles aussi, n'offrent point leurs vastes surfaces au développement des affections les plus diverses par leur nature? Et quand elles sont ainsi devenues le siége d'états pathologiques, qui, pour n'être que des *symptômes*, n'en sont pas moins des lésions graves, est-ce que, par le fait même de l'atteinte portée à leur fonctionnement et à leur vitalité, vous ne voyez pas se produire des accidents généraux et des troubles fonctionnels? En sorte que, de ces lésions qui, primitivement et par leur nature, n'étaient que des *symptômes*, elles font, pour ainsi dire, leurs *maladies propres*, en leur imprimant une puissance perturbatrice sur toute l'économie.

D'autre part, si vous considérez les muqueuses d'une manière générale, relativement à la séméiologie, est-ce qu'elles ne nous offrent pas des caractères tout aussi précieux et tout aussi tranchés que ceux qui sont fournis par la peau? N'avez-vous pas à noter, comme des indices de la plus haute importance, leur coloration trop rouge ou trop pâle, leur teinte ictérique ou d'un jaune feuille morte, leur pulvérulence, leurs fuliginosités, leur sécheresse ou leur humidité?

Si maintenant nous quittons les généralités pour descendre dans les détails, nous constatons qu'un grand nombre des affections de la peau se retrouvent sur les muqueuses. Il y a un psoriasis des lèvres et de la langue; l'herpès avec ses vésicules et ses ulcérations, se montre sur les lèvres, dans la bouche et à la vulve; l'eczéma affecte les conjonctives et la vulve; certaines angines pharyngées ressemblent beaucoup à l'érythème et même à l'érysipèle; les granulations de l'isthme du gosier et du pharynx rappellent l'acné couperosique et boutonneuse; les muqueuses ont, comme la peau, leurs ulcérations simples, scorbutiques, syphilitiques, strumeuses, cancé-

reuses, gangréneuses, leurs hémorrhagies interstitielles et leurs foyers hémorrhagiques.

Les muqueuses et la peau présentent habituellement dans leur manière d'être la plus remarquable concordance. Dans la fièvre typhoïde et dans d'autres états pathologiques graves, les escarres de la région fessière vont de pair avec les ulcérations de l'intestin ; la suppression des sécrétions des muqueuses, symptôme toujours fâcheux, la sécheresse du globe oculaire, des fosses nasales, des lèvres et de la bouche, coïncident avec la sécheresse de la peau ; et lorsque les sécrétions de cette dernière se reproduisent, lorsqu'elle redevient humide et sudorale, on voit en même temps reparaître, signe d'heureux augure, la sécrétion des larmes, de la salive et du mucus nasal. Les mêmes colorations morbides existent en même temps sur les muqueuses et sur la peau, avec la même valeur séméiotique : pâles dans l'anémie, violacées quand la circulation est gênée, ictériques dns les affections hépatiques, elles sont d'une teinte jaune feuille morte ou jaune paille dans la cachexie cancéreuse.

Les muqueuses sont le siége d'hypersécrétions auxquelles on a donné le nom vague et générique de *catarrhes*. Il y a le catarrhe nasal ou coryza, le catarrhe de la bouche, de l'intestin, de l'utérus, du vagin et de la vessie. La peau, elle aussi, a son catarrhe ; est-ce que ces larges surfaces d'eczéma fluent où le derme dénudé de son feuillet épidermique, et ulcéré, donne lieu à une sécrétion souvent si abondante de liquide sérogommeux, ne constituent pas un véritable catarrhe de la peau, catarrhe présentant, comme celui des muqueuses, des caractères d'acuité ou de chronicité ? Certaines muqueuses, et en particulier la muqueuse intestinale, sont quelquefois le siége d'une sécrétion tellement abondante, qu'elle amène rapidement les malades à l'épuisement, à l'émaciation, à la mort ; il semble que la masse entière du sang est décomposée et que sa partie séreuse s'écoule à travers les mailles de la muqueuse de l'intestin. Ce même flux colliquatif se produit sur la peau. Ne voit-on pas, en effet, dans certains états généraux graves, dans certaines affections qui ont porté à la santé une atteinte profonde, ne voit-on pas des diaphorèses que rien ne peut arrêter, et dont l'excessive abondance ne tarde pas à consommer la perte du malade ?

Si la peau et les muqueuses sont également le siége d'accidents colliquatifs, fâcheux quand ils ne sont pas mortels, en revanche aussi, il se produit également à leur surface des phénomènes critiques et salutaires. Combien de fois ne voit-on pas une maladie grave se terminer brusquement et de la manière la plus heureuse à la suite d'une diarrhée, d'une sécrétion abondante d'urine ou d'une poussée éruptive ou sudorale ?

Il est impossible qu'il y ait, entre les membranes muqueuses et la peau, de si nombreuses ressemblances de structure, d'action physiologique, d'états morbides, et qu'en même temps il n'existe point entre elles une véritable et profonde solidarité ; la peau et les muqueuses sont, en effet, solidaires ; elles exercent réciproquement sur elles-mêmes une influence et une action qui les placent mutuellement dans une dépendance réciproque intime et absolue. Qu'une cause morbide, un refroidissement par exemple, agisse sur la peau, le coup frappera les muqueuses, et il y aura un coryza, une bronchite, un flux intestinal. Que les muqueuses, au contraire, soient primitivement atteintes, qu'il y ait un léger degré d'inflammation gastro-intestinale à la suite de l'ingestion de substances irritantes, la peau se couvrira de plaques d'urticaire ou de papules érythémateuses.

Cette solidarité qui existe entre les muqueuses et la peau est de la plus haute importance, et vous ne devez jamais la perdre de vue dans la thérapeutique. Voici, par exemple, un eczéma fluent aigu qui produit une abondante sécrétion de liquide ; c'est un catarrhe aigu de la peau ; or prenons garde à une répercussion, car le catarrhe de la peau venant à se sécher brusquement, pourrait se porter sur la muqueuse des bronches et donner lieu à un catarrhe bronchique bien autrement grave que celui de la peau.

Évitons donc soigneusement les répercussifs, mais par des dérivatifs prudemment dirigés vers les voies urinaires et intestinales, établissons de ce côté un double catarrhe artificicl et substitutif qui diminue l'intensité du catarrhe de la peau. Y a-t-il, au contraire, un catarrhe bronchique ? Appelons-le vers la peau par des vésicatoires. Dans le traitement des affections pulmonaires, informons-nous toujours si le malade n'a pas eu autrefois des dartres ; il y a des bronchites chroniques et graves qui sont de nature herpétique et qui se sont développées par le fait de la métastase sur les bronches, d'anciennes dartres ; or la réapparition sur la peau de ces dartres guérirait bien vite ces bronchites. Il y a des désordres gastro-intestinaux sérieux qui résistent à tous les traitements et qui se guérissent d'eux-mêmes aussitôt que reviennent sur la peau des plaques herpétiques qui avaient été répercutées sur la muqueuse de l'estomac ou de l'intestin.

De toutes ces considérations, il résulte que si la peau n'est point un organe isolé et sans retentissement dans l'économie, c'est principalement aux membranes muqueuses qu'elle est unie par les liens de la plus étroite et de la plus intime sympathie. Ayant à peu près la même structure, la même disposition, les mêmes fonctions à remplir, la même vitalité, les mêmes maladies, les muqueuses et la peau, dans leur mutuelle et réciproque solidarité, nous représentent les deux plateaux d'une balance ; leur parfait équilibre est une des conditions de la bonne santé. Les muqueuses et la peau, relativement à leur pathologie, nous rappellent encore ces deux écueils situés en regard l'un de l'autre et connus dans l'antiquité sous les noms de Charybde et de Sylla. Pour être sain et sauf, il fallait passer juste à égale distance des deux écueils, car, si pour échapper à Charybde, on s'en était éloigné un peu trop, un courant irrésistible vous précipitait contre Sylla, plus redoutable encore, et l'on disait alors *qu'on était tombé de Charybde en Sylla.*

Messieurs, dans le traitement des affections cutanées, ne perdez jamais de vue ce dangereux courant de la répercussion, toujours prêt à faire refluer la maladie de la peau vers les muqueuses. Prenez-y garde, car, si vous n'aviez pas su y soustraire vos malades, on pourrait dire aussi *que vous les avez laissé tomber de Charybde en Sylla.*

DES SCROFULIDES GRAVES

DE LA MUQUEUSE BUCCO-PHARYNGIENNE (1)

par M. le docteur G. Homolle, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — Le lupus de la face s'accompagne assez fréquemment (un peu plus d'un cinquième de cas) de lésion bucco-pharyngienne. Il faut donc toujours examiner ces parties dans les cas de scrofulides faciales. — Ces lésions dérivent par continuité du lupus des lèvres ou des fosses nasales, ou, moins souvent, prennent naissance dans la bouche ou la gorge sans propagation directe. — Elles affectent divers types (érythème, ulcérations, scrofulide tuberculeuse,

---

(1) In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — J. B. Baillière et fils.

hypertrophique, forme cancroïdale, etc.); le siége des lésions a une influence manifeste sur le type qu'elles tendent à revêtir. — Des affections analogues peuvent se développer primitivement sur la muqueuse du palais, de l'isthme ou du pharynx. — Elles se montrent sous deux formes principales : le lupus de la gorge (érosion progressive) et la scrofulide ulcéreuse (échancrure marginale ou ulcère perforant.)

L'ulcère perforant de la voûte palatine coïncide chez quelques jeunes sujets avec certaines lésions que l'on a attribuées à la syphilis héréditaire (dents crénelées, kératite interstitielle, nez déprimé, etc.) — Les scrofulides graves primitives de la gorge sont, en général, des affections de la jeunesse. Leur siége de prédilection est le voile du palais, puis la paroi postérieure du pharynx ; elles ne débutent presque jamais par les amygdales. — La propagation des lésions à l'épiglotte est rare, les lésions du pharynx sont plus exceptionnelles encore. Les angines scrofuleuses graves s'observent chez des sujets manifestement strumeux, ou constituent une des formes de la scrofule fixe primitive. La siphylis héréditaire à manifestations tardives est peut-être une des causes qui peuvent les faire naître.

Le diagnostic est souvent difficile, il faut constamment songer à la syphilis et faire l'examen très-complet du malade, s'aider de tous les comménoratifs avant de se prononcer. Le lupus de la gorge, avec l'érosion progressive, et les adhérences ultérieures des piliers postérieurs au fond du pharynx, est distinguée plus aisément que la scrofulide ulcéreuse des autres formes d'angines chroniques.

Il ne faut pas attacher une importance trop absolue aux résultats du traitement spécifique pour admettre ou repousser l'idée de syphilis. — Le traitement comprend l'administration de médicaments réputés antistrumeux et l'application de topiques irritants ou caustiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 avril 1875. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu est adopté.

COMMUNICATIONS

Paralysie essentielle de l'enfance. — M. RAYMOND présente à la société un jeune homme de dix-neuf ans qui, depuis l'âge de six mois est atteint d'une paralysie essentielle de l'enfance. Il est hémiplégique du côté gauche. A quinze ans, il entra en apprentissage pour apprendre le métier de tanneur, qu'il exerce depuis ce temps. Il y a deux ans, il commença à éprouver de l'engourdissement, de la pesanteur et à présenter des contractions fibrillaires dans le membre supérieur du côté opposé, c'est-à-dire du côté droit. Par suite du métier fatigant qu'il exerce, le bras du côté droit est devenu le siége d'une atrophie commençante. Il est donc bien certain que, dans la moelle, la lésion a passé dans la corne du côté opposé.

M. Raymond présente, en outre, une pièce anatomique se rattachant aussi à la paralysie essentielle de l'enfance. C'est le bras d'une femme qui a succombé, à l'âge de soixante-dix-huit ans, à un cancer du pylore, dans le service de M. Charcot, et qui était également atteinte d'une paralysie essentielle de l'enfance. On voit sur cette pièce des altérations subies par les muscles de l'épaule et du bras. Tous les muscles de l'épaule sont passés à l'état graisseux, le biceps a conservé quelques fibres musculaires, mais il est graisseux aussi dans la plus grande partie de son étendue; les fléchisseurs de l'avant-bras ont conservé presque entièrement leur aspect normal; il en est de même des extenseurs, mais non de l'extenseur propre de l'index et du carré pronateur qui ont subi la dégénérescence graisseuse.

Parmi les muscles de la main, les lombricaux et quelques autres muscles présentent les mêmes altérations. Les nerfs n'ont rien de particulier. On a trouvé dans la moelle des lésions localisées à la substance grise des cornes du côté correspondant.

DISCUSSION

M. HÉNOCQUE demande à M. Raymond à quel traitement fut soumis le malade qu'il vient de présenter. Il communiquera prochainement l'observation d'un malade atteint également de paralysie essentielle de l'enfance qu'il observe en ce moment et chez lequel les courants induits et les courants continus, alternativement employés, ont donné, après un mois, d'assez bons résultats. En effet, sous leur influence, les muscles ont commencé à reprendre à peu près leur volume et leurs forces physiologiques. Chez ce malade, les mouvements de flexion ont toujours été conservés, ce qui est en rapport avec les observations présentées par M. Raymond au sujet de la pièce anatomique qu'il a mise sous les yeux de la société.

Les lombricaux paraissaient également atteints, mais les mouvements de pronation ont toujours été impossibles, et M. Hénocque n'a pu jusqu'ici parvenir à électriser le rond pronateur ni le carré pronateur qui, actuellement encore, demeurent paralysés.

M. RAYMOND répond à M. Hénocque que le malade qu'il vient de présenter a été soumis au traitement par le nitrate d'argent et à l'électrisation sans que l'on ait obtenu chez lui des effets bien appréciables.

M. RABUTEAU fait observer que la plupart de ces affections sont dues à un défaut d'allaitement. Le traitement consiste, en pareil cas, suivant lui, à administrer le phosphate de chaux, l'iodure de potassium, et à appliquer les courants continus, ces moyens étant ceux qui permettent le mieux de combattre les altérations de nutrition.

Injections d'alcool. — M. WESSTRATEN communique les résultats qu'il a obtenus en pratiquant, chez des grenouilles, des injections d'alcool. Si l'on injecte une faible quantité d'alcool, on obtient une contraction très-forte des artères qui dure de cinquante minutes à deux heures. Les veines se dilatent d'abord momentanément, puis cette dilatation est bientôt remplacée par une contraction active qui persiste plus longtemps que celle des artères. Les pulsations du cœur diminuent sensiblement. Au début, l'animal en expérience exécute des mouvements instinctifs, mais il survient bientôt une anesthésie complète, pendant laquelle on ne constate que quelques mouvements spasmodiques. Les mouvements réflexes sont abolis, puis la sensibilité réflexe revient peu à peu, à mesure que s'épuise l'action de l'alcool.

Arrêt du cœur par l'excitation des pneumo-gastriques. — M. TARCHANOF communique, en son nom et au nom de M. Prielma, les résultats d'expériences qu'ils ont faites sur l'arrêt du cœur provoqué chez les animaux par l'excitation des pneumo-gastriques.

Voulant obtenir un arrêt aussi prolongé que possible, au moyen de cette excitation, ils ont observé le fait suivant, qui jusqu'ici paraît avoir échappé aux physiologistes :

Ils voulaient exciter alternativement chacun des deux pneumogastriques ; mais, une fois que l'un des deux cesse d'être excitable et, par conséquent, n'exerce plus aucune action, l'autre, celui qui n'a encore été soumis à aucune excitation, ne l'est pas davantage et ne produit non plus aucune action, bien qu'il n'ait pas encore été touché. L'excitation d'un seul nerf pneumo-gastrique suffit donc pour épuiser l'appareil modérateur du cœur. Il ressort de ce fait que cet appareil modérateur est commun aux deux pneumo-gastriques. C'est un fait important au point de vue de l'action des pneumogastriques sur le cœur.

DISCUSSION

M. LÉPINE demande à M. Tarchanof si, dans ces expériences, il a remarqué quelque différence dans l'action des deux pneumo-gastriques.

M. TARCHANOF répond qu'il a expérimenté alternativement les deux pneumo-gastriques, et que le même fait s'est produit pour les deux.

Il ajoute qu'en pareil cas il ne faut pas se servir de manomètre en communication avec la circulation cardiaque pour relever les résultats obtenus, parce que l'arrêt de la circulation favorise la coagulation du sang dans les vaisseaux, laquelle pourrait donner lieu à de graves erreurs. MM. Tarchanof et Prielma se contentent de faire une petite ouverture entre le cinquième et le sixième espace intercostal, et d'y

introduire le doigt. C'est donc directement au moyen du doigt qu'ils perçoivent les modifications survenues dans les battements du cœur.

Larves de diptères. — M. HÉNOCQUE a pu observer des larves de diptères ayant traversé le tube digestif d'un homme sans cesser de vivre. En novembre 1874, un jeune homme de ses amis trouva dans les garde-robes deux espèces de larves qui le préoccupèrent beaucoup. M. Hénocque lui fit prendre du semen contra et lui recommanda d'aller à la selle dans un vase préalablement bien nettoyé et bien examiné. Le lendemain, ce jeune homme apporta lui-même à M. Hénocque trois nouvelles larves, semblables à celles qu'il avait rendues la veille. Ces larves, que M. Hénocque reconnut être des larves de diptères, vécurent encore trois jours et ne purent être élevées malgré toutes les précautions qui furent prises dans ce but.

M. JOBERT a essayé tous les réactifs sur les larves de diptères et le chlorure d'or lui-même ne les tue qu'après plusieurs heures. Il est donc bien compréhensible que ces larves puissent traverser tout le tube digestif sans être altérées. Mais leur origine est souvent difficile à déterminer. Cependant il est des cas où on la trouve facilement. En voici un exemple : « J'assistai un jour, dit M. Jobert, à la promenade de trois enfants; l'un deux se mit contre un arbre dans la position exigée par l'acte de la défécation, et, comme j'observais le résultat de cette opération, je remarquai, au milieu du produit naturel, de petites masses blanchâtres, que je pris d'abord pour des oxyures. Lorsque l'enfant eut achevé, je m'approchai et reconnus que ces masses blanches étaient bien grosses et bien vivantes pour des oxyures. J'en pris alors quelques-unes avec le bout de ma canne pour les regarder de plus près, et je vis que c'étaient tout simplemen des larves, comme on en rencontre dans les fruits. Renseignements pris, l'enfant avait mangé des cerises. »

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 avril 1875. — Présidence de M. WOILLEZ.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

RAPPORTS

Maladies régnantes. — M. BESNIER donne lecture du rapport trimestriel sur les maladies régnantes. (Nous reviendrons prochainement sur ce rapport.)

DISCUSSION

Variole, vaccinations, isolement des varioleux.— M. MOUTARD-MARTIN s'étonne que l'administration de l'Assistance publique ait envoyé à tous les médecins des hôpitaux une circulaire pour les engager à pratiquer des vaccinations dans leur service sans leur fournir aucune facilité pour obtenir du vaccin et en se dégageant elle-même de toute responsabilité.

M. CONSTANTIN PAUL fait observer que l'administration a décidé qu'elle enverrait une fois par semaine une génisse, sur la demande des médecins, dans chaque hôpital, ou bien qu'elle leur fournirait les moyens d'attirer par une prime les parents d'enfants vaccinifères. Les médecins des hôpitaux pourront ainsi avoir à leur choix du vaccin de génisse ou du vaccin humain.

M. HÉRARD dit qu'en effet M. le directeur de l'Hôtel-Dieu fait venir toutes les semaines un des enfants qui sont vaccinés à l'Académie de médecine.

Mais il fait observer qu'il est une question non moins urgente et non moins importante dont il faut que la société s'occupe; il veut parler de l'isolement des varioleux. Ce qui a été accordé jusqu'ici est tout à fait illusoire et si nous n'obtenons pas immédiatement un isolement absolu des varioleux, nous formons un foyer d'épidémie par les quelques malades que nous sommes obligés de recevoir dans nos services. L'administration nous répondra peut-être comme elle l'a déjà fait, que nous ne sommes pas tous d'accord; montrons lui le contraire en demandant *à l'unanimité* l'isolement immédiat des varioleux.

M. ISAMBERT appuie la proposition de M. Hérard et, pour éviter tout retard et toute difficulté, demande que l'on construise des baraques ou qu'on élève seulement des tentes dans les hôpitaux pour isoler les varioleux.

M. BLACHEZ lorsqu'il était à Bicêtre, ayant besoin de vaccin, en a trouvé une véritable mine dans un bureau de bienfaisance où les parents d'enfants vaccinifères s'étaient présentés en grand nombre attirés par une prime qui leur était offerte. Il peut donc y avoir, suivant lui, dans les bureaux de bienfaisance, une source de vaccin que l'administration de l'Assistance publique pourrait mettre à profit pour les hôpitaux.

M. CONSTANTIN PAUL rappelle qu'il y a trois mois, trois cas de variole se sont montrés à l'hôpital Saint-Antoine, qui sont devenus promptement mortels. Aussitôt il a pratiqué l'isolement et revacciné tous les malades et tout le personnel de l'hôpital, sauf les sœurs qui s'y sont refusées. Grâce à ces deux mesures, isolement et revaccination, il ne s'est pas développé de nouveaux cas dans l'hôpital.

M. BESNIER, tout en félicitant ceux de ses collègues qui s'appliquent à isoler les varioleux dans leur hôpital, fait observer que la plupart du temps cet isolement est illusoire et insuffisant, et que c'est un isolement général qu'il faut obtenir de l'administration. Il faudrait qu'un seul bâtiment fût consacré aux varioleux qui seraient refusés dans tous les autres hôpitaux.

M. FÉRÉOL demande qu'il soit fait une exception en faveur de la maison municipale de santé où les médecins n'ont par le droit de refuser les malades qui se présentent.

M. MOISSENET, comme membre du conseil, insiste depuis longtemps auprès de l'administration pour obtenir cet isolement des varioleux. Ce sont toujours les mêmes réponses et les mêmes promesses : toutes ses instances, toutes ses propositions, la menace même qu'il a faite que les médecins refuseraient impitoyablement de recevoir les varioleux dans leurs services, n'ont abouti qu'à l'adoption de mesures insuffisantes. L'administration refuse d'accorder l'isolement en général, sous prétexte que les hôpitaux sont tous encombrés de malades et que le nombre des varioleux est encore insuffisant ; mais il ne faudrait pas attendre que l'épidémie fût déclarée pour y remédier; puisqu'il est démontré qu'il est en notre pouvoir de le prévenir, il le faut faire.

M. DESNOS dit qu'à la Pitié se trouve un bâtiment dans lequel on pourrait faire un isolement complet des varioleux.

M. BESNIER dit qu'il en de même à Saint-Louis, où l'on pourrait mettre en demeure MM. les chirurgiens d'abandonner les chalets dans lesquels, de temps à autre, ils envoient des malades atteints d'affections chirurgicales infectieuses.

M. BUCQUOY rappelle qu'à Cochin existent aussi des baraques dans lesquelles on pourrait faire de l'isolement.

M. MOUTARD-MARTIN insiste sur ce point que ce n'est pas un isolement partiel, c'est-à-dire l'isolement dans chaque hôpital, mais bien un isolement général qu'il faut demander à l'administration.

M. LABOULBÈNE appuie cette proposition et demande l'appui de la presse médicale pour obtenir de l'administration une mesure reconnue par tous les médecins, absolument nécessaire.

M. POTAIN propose que les médecins des hôpitaux posent, dès demain, individuellement ou collectivement, cette question à M. le directeur de l'Assistance publique : S'il se présente demain un vario leux dans tel service, que faut-il en faire? où faut-il l'envoyer?

Cette proposition est adoptée. — La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 janvier 1875. — Présidence de M. GALLARD (1).

LECTURE

M. DE BEAUVAIS lit le travail suivant : **Observation de polydactylie.** (Voir le numéro du 24 avril.)

(1) Fin. — Voir les numéros des 30 mars et 6 avril.

DISCUSSION

M. POLAILLON. Les faits de polydactylie sont fréquents chez les nouveau-nés, j'ai déjà eu l'occasion d'en observer plus de dix cas. Souvent ces petits doigts supplémentaires ont été pris pour des sarcomes à cause de leurs formes singulières; on les rencontre plus souvent du côté du bord cubital que du côté du bord radial de la main. Lorsqu'on pratique des coupes sur ces corps, on trouve d'abord la peau identique à celle du reste de la main, puis du tissu graisseux ; enfin, au centre, un noyau de tissu osseux ou cartilagineux. Comme forme, ils peuvent être divisés en trois classes : 1° tumeur ronde, liée à la main par la peau seulement, possédant au centre un noyau osseux et un ongle rudimentaire; 2° tumeur allongée liée à la main par la peau seulement, ayant deux phalanges, un semblant d'articucation et un ongle rudimentaire; 3° doigts supplémentaires réels, se ralliant à une articulation de la main par une facette articulaire spéciale, possédant des phalanges, et un ongle. La Société de chirurgie s'est trompée en considérant comme des sarcomes la plupart de ces petites tumeurs; ce sont toutes des doigts supplémentaires à différents degrés de développement; et la preuve, c'est qu'on retrouve toujours au centre un os ou un cartilage, et souvent un ongle rudimentaire. Quant à la cause, il n'y en a pas d'évidente. Pour l'opération, si les doigts sont pédiculés on fait une ligature, et, on sectionne; s'ils sont articulés on désarticule.

M. DUROZIEZ. Je crois que l'hérédité doit être considérée comme une cause dans la production des doigts supplémentaires. Je demanderai à M. de Beauvais si, chez son malade, cette cause existe.

M. DE BEAUVAIS. J'ai lu une note de M. Demarquay (*Union médicale*) qui admet l'hérédité comme cause de polydactylie.

M. POLAILLON. J'ai interrogé à ce sujet mes malades avec le plus grand soin, et je n'ai jamais vu d'hérédité confirmée ; il y a tout au moins doute.

M. DE SAINT-GERMAIN. Sur quinze cas de polydactylie observés par moi, je n'ai jamais constaté l'hérédité.

M. DE RANSE. Comme étiologie, je crois que la consanguinité a une plus grande part que l'hérédité dans la production des doigts surnuméraires.

M. POLAILLON. Dans les cas cités par moi, la consanguinité n'existait pas comme cause.

M. DUROZIEZ. J'ai vu une mère et son enfant polydactyles.

M. CHARRIER. J'ai observé une famille dans laquelle le père était polydactyle et avait sept enfants sur neuf possédant des doigts surnuméraires.

M. GILLETTE présente à la société plusieurs dessins représentant les mains et les pieds d'un homme (actuellement dans le service de M. Broca, à la Clinique) connu sous le nom de *l'homme-homard* ou *écrevisse*. Les mains forment chacune une pince dydactyle. Un des pieds est bifide comme celui des ruminants et a trois métatarsiens; l'autre pied est moins déformé, il n'existe que quatre orteils. Cet homme n'éprouve pas de gêne dans la marche.

M. MERCIER a vu à la Charité un malade n'ayant que deux phalanges à chaque doigt. Cette difformité remontait dans sa famille à plusieurs générations, et frappait les garçons à l'exclusion des filles.

LECTURE

M. BERGERON lit, à l'appui de sa candidature, une observation d'empoisonnement par l'oxyde de carbone. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Marcet, de Beauvais et Duroziez, rapporteur. (Voir le numéro du 13 avril.)

RAPPORT

M. DE SAINT-GERMAIN lit un rapport sur le travail suivant de M. Mauriac :

Synovites tendineuses symptomatiques de la syphilis et de la blennorrhagie. (Voir les numéros des 25 mars et 1er avril 1875.)

DISCUSSION

M. MARCET. Je ferai une observation sur la nature vénérienne de la synovite chez le premier malade cité. Sous l'influence du traitement mercuriel, tous les accidents ont disparu, la synovite seule est restée, ce qui serait une preuve de sa nature non spécifique.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr LEMOISNE.

Séance du 13 mars 1875. — Présidence de M. GALLARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : 1° Pathogénie des maladies de la prostate subaiguës. — 2° Genèse de l'acide urique, de la gravelle et de la goutte. — 3° Considérations générales sur les dyspepsies. — 4° Quelques mots sur certaines modifications des urines, par M. le docteur Bouloumié.

La correspondance manuscrite comprend :

Une note de M. le docteur Calle de Cadena, sur l'emploi de la térébenthine comme agent hémostatique. Cette note, envoyée par l'auteur à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, est confiée à une commission composée de : MM. Polaillon, Gillette et de Saint-Germain, rapporteur.

LECTURE

M. DE BEAUVAIS lit un travail sur les *varices traumatiques.* (Sera publié.)

DISCUSSION

M. FORGET. J'ai écouté avec le plus grand intérêt la lecture du travail de M. de Beauvais. Le troisième cas de varices traumatiques cité par l'auteur, ne peut être assimilé aux deux premiers, c'est plutôt un cas de dilatation veineuse, suite de traumatisme, qu'un cas de varices véritables. Les deux premières observations, au contraire, sont de véritables varices, suite de traumatisme. Il serait très-intéressant d'avoir sur la consolidation de la fracture de l'os iliaque des détails précis.

M. DE BEAUVAIS. Je n'ai vu le malade que longtemps après l'accident, et je n'ai eu, du reste, en vue que l'étude des varices produites.

M. PETER. Je voudrais savoir quel a été l'accident qui a amené les varices chez le premier malade.

M. DE BEAUVAIS. Il y avait eu enfoncement de l'os iliaque, à la suite d'un tamponnement entre deux wagons, et c'est en cherchant la cause des varices que j'ai découvert la fracture ancienne.

M. PETER. Comment M. de Beauvais explique-t-il les varices causées par la fracture du bassin ?

M. DE BEAUVAIS. Il me semble y avoir eu très-probablement oblitération, au moins momentanée, de la veine cave, dilatation compensatrice des veines profondes d'abord, des veines superficielles ensuite. En ce moment la veine cave redevient perméable et les varices s'effacent.

M. GILLETTE demande à M. de Beauvais si, comme l'indique la figure, les varices ne siégeaient qu'à droite. M. de Beauvais répond qu'elles étaient symétriques.

Le travail de M. de Beauvais est renvoyé au comité de publication.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr LEMOISNE.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

RÉSERVE DE L'ARMÉE ACTIVE ET DE LA TERRITORIALE

Médecins et pharmaciens.

Aux termes de l'article 39 de la loi du 13 mars 1875, les jeunes gens appartenant *à la disponibilité ou à la réserve de l'armée ac-*

tive et exerçant des professions médicale et pharmaceutique *peuvent* être nommés « officiers de réserve » à la condition d'être pourvus du titre de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe ; ils recevront des commissions qui les affecteront à un service de leur spécialité. Ceux qui appartiennent *à l'armée territoriale peuvent*, sous les mêmes conditions, obtenir, dans cette armée, des avantages équivalents.

Les personnes comprises dans les catégories ci-dessus qui ne se seraient pas mises en instance, doivent, pour être admises, lorsqu'il y aura lieu, au bénéfice des dispositions légales, adresser immédiatement leur demande, soit au ministre de la guerre, soit au général commandant la région territoriale à laquelle ils appartiennent.

Faute de s'être mis en règle avant le 15 mai prochain, époque à laquelle les commissions d'examen des candidatures auront terminé leur travail, les intéressés ne pourraient concourir à la formation des cadres auxiliaires, et ils s'exposeraient à être maintenus définitivement dans le rang, l'administration de la guerre étant fermement décidée à ne plus tolérer à l'avenir dans les hôpitaux ou ambulances la présence de médecins ou de pharmaciens civils qui, après avoir été reconnus bons pour le service, chercheraient à se soustraire aux obligations imposées par la loi du recrutement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 23 avril 1875, le conseil des ministres entendu, M. Charles Jourdain, secrétaire général du ministère de l'instruction publique, a été nommé membre du conseil supérieur de l'instruction publique, en remplacement de M. Wallon, appelé comme ministre, à la présidence du conseil.

— L'épreuve orale pour l'agrégation en chirurgie et accouchement a commencé samedi dernier, à quatre heures et demie, dans le grand amphithéâtre. Les deux premiers candidats appelés à la subir, MM. Pozzi et Blum, ont eu à traiter la question suivante : Phlegmons périnéphrétiques.

La prochaine séance aura lieu demain mardi, à cinq heures.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un concours public pour une place de prosecteur et pour deux places d'aides d'anatomie aura lieu le jeudi 13 mai 1875.

Le concours pour une place de prosecteur sera ouvert à midi. Seront seuls admis à concourir MM. les aides d'anatomie. Le candidat nommé entrera en fonctions le 15 mars 1876.

Le concours pour les places d'aides d'anatomie aura lieu immédiatement après le concours du prosectorat. Les candidats inscrits seront avertis par lettre du jour de l'ouverture. Tous les élèves de la Faculté sont admis à concourir. Les candidats nommés entreront en fonctions le 15 mars 1876.

Le registre d'inscription pour ces concours sera ouvert au secrétariat de la Faculté tous les jours de une à quatre heures, à partir du lundi 26 courant.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira le 1er août 1875.

— Par arrêté en date du 23 avril 1875, la chaire de physique à la faculté des sciences de Marseille, est déclarée vacante. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour la production de leurs titres.

— *École pratique.* — M. le docteur Paul Labarthe commencera son cours public et gratuit sur les maladies syphilitiques, le mardi 27 avril courant, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 2, et le continuera les jeudis, mardis et samedis suivant à la même heure.

— *Hôpital de l'Enfant-Jésus.* — M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades, commencera le jeudi 13 mai, à neuf heures, des leçons cliniques sur les déviations de la colonne vertébrale et les continuera les jeudis suivants.

La consultation du samedi sera spécialement consacrée à l'examen des enfants atteints de déviation et à l'application des appareils orthopédiques.

— M. le docteur Blachez, agrégé, commencera son cours complémentaire sur les maladies des enfants à l'hôpital des Enfants malades, rue de Sèvres, 149, le samedi 7 mai, à neuf heures, et le continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure. Visite à huit heures et demie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Lois de la génération. Sexualité et conception, par le docteur H. M. GOURRIER.— In-12 de 160 pages.— Prix : 2 francs. Paris, 1875, J. B. Baillière et fils.

De l'influence pernicieuse des alcôves sur les accouchées, par le docteur VIBERT, chirurgien en chef de l'hôtel-Dieu du Puy. Grand in-8° de 14 pages. — Lyon, 1875, impr. Rioton.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude	1.480	5 800	5.940	6.040	6.280
— de potasse....	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0 900	0.672
— fer et mang.	0.016	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs;— PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre 1.33
Silicate acide
Arséniate » } sesqui-oxyde de fer
Phosphate »
Sulfate »
— de chaux.............. } 0. 44
Chlorure de sodium...............
Matières organiques...............

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

GOUDRON FREYSSINGE

Liqueur normale concentrée, obtenue par la concentration seule de l'**Eau de Goudron.**

Seule préparation qui permette d'obtenir l'**Eau de Goudron véritable,** les autres liqueurs étant préparées par émulsion ou par solution de *tout le Goudron,* et le plus souvent à l'aide de substances étrangères qui dénaturent complétement le produit.

VIN DE G. SEGUIN

TONIQUE & FÉBRIFUGE

« Ce Vin remplace avec avantage toutes les préparations de Quinquina. » (Rapport de l'Académie de Médecine).

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue Saint-Honoré.

CONTREXÉVILLE

(SOURCE DU PAVILLON)

CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT

DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO. PHTHISIES, *Anémie,* **Rachitisme,** DIABÈTE, *Diarrhée,* **Cachexies,** *Albuminurie, la* **Convalescence,** *l'épuisement.* (Gros), 8, r. *Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

Élixir Chantrel, préparé au Phosphate acide de chaux.

Le seul approuvé par le docteur H. Fremineau, docteur ès sciences.

Cet élixir est spécialement recommandé dans le traitement de toutes les affections des voies respiratoires, telles que : *Toux, catharrhes, bronchites aiguës* ou *chroniques, laryngites,* et surtout les différentes formes de *phthisie.* Son action, très-favorable aux fonctions de l'estomac, vient aider aux effets de toute médication rationnelle, sans jamais là contrarier. Dose : Deux fois par jour dans le premier verre d'eau rougie aux repas. Adultes : Une cuillère à bouche. Enfants : Deux cuillerées à café. — Dépôt général : chez Desnoix et Cᵉ, 22, rue du Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies pour le détail. — Prix : 3 fr. 50 le flacon.

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

TONIQUE RECONSTITUANT

AU QUINQUINA, PYROPHOSPHATE DE FER

Oranges amères et malaga

Tous les organes de la presse médicale : *Gazette des Hôpitaux, Courrier médical, France médicale, etc.,* ont depuis dix ans, signalé l'excellence de cette préparation qui contient, dissous dans d'excellent vin de Malaga, les deux éléments formateurs des *os* et du *sang,* le *quinquina* et le *pyrophosphate de fer.*

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

CONSTIPATION

Guérie sans purger par les pilules de **PODOPHYLLE COIRRE.** 3 fr. — 24, rue du Regard, Paris, et principales pharmacies.

VIN MARIANI

à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques.

5 francs la bouteille.

Mariani, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

VIN VIEUX DE MALAGA ET VIANDE

VIN AROUD

A TOUS LES PRINCIPES NUTRITIFS SOLUBLES DE LA VIANDE

Ce **Vin exquis, limpide et inaltérable** résume toute la diététique médicale. Sa richesse en tous les éléments constitutifs du sang, des os et des chairs, son arôme de **Vin vieux,** en font une liqueur aussi fortifiante et réparatrice qu'agréable pour les femmes délicates, les enfants, les vieillards et les convalescents.

Eminemment propre à nourrir celui qui ne digère point, le **VIN AROUD** est plus qu'un aliment, c'est le nutriment qui, selon le physiologiste CORVISART, réveille l'organisme dès qu'il y est introduit, pénètre dans les vaisseaux sanguins sans le secours des organes de la digestion, et, de suite, sert à l'entretien de la vie, en concourant soit à la composition, soit au jeu des organes. Dès lors, son utilité dans ces cas si nombreux d'atonie des fonctions digestives, dans l'anémie, la chlorose, le diabète, les fièvres, les affections scrofuleuses, l'affaiblissement général, et surtout la phthisie, alors que le malade a perdu toutes ses forces, y compris même celle de se nourrir, et que pour le sauver il est urgent d'amoindrir le travail de la nutrition. — Prix : **4** francs.

Ne pas confondre ce **Vin sans Quina** avec le *VIN AROUD AU QUINA,* lequel, d'après les sommités médicales, représente la tonification portée à sa suprême puissance, et dont le prix est de **5** francs.

Pharmacie AROUD, 4, rue Lanterne, Lyon, et toutes bonnes Pharmacies.

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLLET (CHLORATE DE POTASSE)

Contre les maladies de la gorge, de la voix et de la bouche

PHARMACIE **DETHAN,** Faubourg Saint-Denis, 90, à Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE

de Ad. CARPENTIER, pharmacien, à Paris

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. Le flacon, 3 fr. 61, Boulevard Malesherbes et toutes les pharmacies.

PILULES DE LOUVARD

AU FER *PUR* (LIMAILLE DE FER BRILLANTE) **INALTÉRABLE ET A L'ABSINTHE**

A la dose de neuf par jour, en trois fois, une heure avant le repas, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et celle dont l'action est la plus rapide dans la chlorose et l'anémie. Quels que soient les désordres de l'estomac, elle est toujours bien tolérée, et, sous son influence, les fonctions digestives sont rétablies en quelques jours.

Pharmacie **LOUVARD,** rue Royale, 60, à **Versailles.** — Vente au détail, pharm. Guinhabert, 108, r. de Grenelle-Saint-Germain, Paris, et dans les principales pharmacies.

KOUMYS-EDWARD

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

14, rue de Provence, à Paris.

Expéditions en province.

N° 50. — JEUDI 29 AVRIL 1875. 48e ANNÉE. JEUDI 29 AVRIL 1875. — N° 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a entendu, dans cette séance, une lecture de M. Lunier, relative à l'influence qu'exercent, sur la santé physique et intellectuelle des populations, les boissons qu'elles consomment (on sait avec quelle louable persévérance M. Lunier poursuit les abus et les dangers des boissons alcooliques); une lecture de M. Berenger-Feraud, sur l'existence de la fièvre typhoïde au Sénégal, apportant ainsi un nouveau témoignage à l'appui des faits déjà nombreux à l'aide desquels les médecins de la marine ont déjà prouvé l'existence, autrefois contestée, de la dothinentérie dans les régions tropicales; et enfin la lecture faite par M. Roger, pour M. Tholozan, sur cette question : Savoir si de grandes épidémies de choléra ne peuvent pas débuter sur le continent européen. Ce dernier travail est une réponse aux critiques dont les précédentes communications de M. Tholozan sur le choléra ont été l'objet de la part de M. Fauvel.

En effet, dans la séance où M. Tholozan vint donner communication à l'Académie sur sa manière de voir sur le développement spontané des épidémies de choléra de 1852 et de 1869, M. Fauvel ne vit, dans les explications données par son collègue, que pure logomachie : « logomachie d'autant plus dangereuse, ajoutait-il, qu'elle tend à faire croire que le choléra épidémique et envahissant peut se développer spontanément en Europe, tandis que rien n'est moins démontré, etc. »

Le mot a tenu à cœur à M. Tholozan, qui l'a renvoyé de Téhéran à l'adresse de M. Fauvel lui-même.

Sans rentrer dans une discussion qui a déjà occupé plusieurs séances l'année dernière, et à laquelle nous avons pris part dans ces colonnes, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer tout ce que renferment implicitement de concessions à l'opinion de M. Tholozan les expressions de « revification, de recrudescence, de retour offensif » par lesquelles M. Fauvel désigne ce que son contradicteur exprime par le mot plus net d'épidémie. S'il y a logomachie, de quel côté est-elle ?

Ce n'a été là qu'une petite escarmouche. Si la discussion reprenait, par hasard, nous y reviendrions aussi.

L'Académie tiendra, mardi prochain, sa séance publique annuelle, dans laquelle M. Béclard lira l'éloge de Cruveilhier.

Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. Bucquoy.

Laryngites tuberculeuse et syphilitique (1).

La laryngite tuberculeuse peut apparaître à différents moments de l'évolution de la tuberculose. Tantôt elle ne se développe qu'à la fin de la maladie, constituant, en quelque sorte, une complication de la dernière période ; tantôt, au contraire, elle en est le premier symptôme. Les malades peuvent même en être atteints depuis longtemps sans qu'on ait encore trouvé dans le poumon le moindre indice de tuberculisation.

Le cas dans lequel nous nous trouvons ici est un peu intermédiaire : elle apparaît dans le cours de la phthisie, et il faut bien tenir compte de ce fait, c'est que, si elle se montre à cette période peu avancée de la maladie, cela tient à ce que notre homme, en vertu de ses habitudes, a été prédisposé, en quelque sorte, à contracter une laryngite.

Longtemps on a contesté la nature tuberculeuse de la laryngite survenant dans ces conditions. Laënnec ne parle même pas des ulcérations du larynx dans sa description de la phthisie. Louis ne les regardait que comme le résultat d'une inflammation due au contact irritant de la muqueuse avec les crachats puriformes provenant des cavernes. Ce fut Barth qui, le premier, crut avoir constaté l'existence de granulations tuberculeuses dans le larynx. Depuis, le microscope a permis de résoudre cette question, et Rokitansky n'a pas craint d'affirmer que l'ulcération de la muqueuse laryngée était due au ramollissement de tubercules. Enfin, messieurs, pour Wirchow, le larynx est à recommander à ceux qui veulent étudier le vrai tubercule.

Superficielles au début, les ulcérations de la phthisie laryngée ne tardent pas à s'étendre en profondeur et en surface, déterminant dans le larynx des désordres irréparables, résultats de la destruction des muscles, des ligaments et des cartilages de cet organe.

Dans la forme légère de la maladie, et surtout lorsque la tuberculisation commence par le larynx, il faut souvent attendre

(1) Fin. — Voir le numéro du 20 avril.

un temps fort long avant de voir se produire des lésions aussi considérables.

La laryngite chronique syphilitique a, avec la phthisie laryngée, de grandes analogies.

Dans la période secondaire de la syphilis, il peut se produire dans le larynx des lésions semblables à celles qui apparaissent alors sur la peau, sur les muqueuses et autour des orifices naturels. Je veux parler des plaques muqueuses. Mais, survenant dans ces conditions, ces lésions ne sont que superficielles et entraînent rarement avec elles des conséquences fâcheuses. Dans la période tertiaire, au contraire, les gommes, les tubercules dont le larynx est fréquemment le siége, déterminent, en se rompant, une destruction plus ou moins considérable de cet organe.

Le siége des ulcérations syphilitiques est ordinairement sur l'épiglotte; mais les ligaments, les cordes vocales peuvent également leur servir de points de départ. Elles s'accompagnent alors d'un état inflammatoire qui se manifeste par une injection notable de la muqueuse.

Pendant que la lésion est en activité, elle entraîne déjà des conséquences fâcheuses dans les fonctions du larynx, conséquences qui persistent même après la guérison. De cette ulcération, il résulte des cicatrices, des déformations permanentes.

Mais soit pendant le cours de la période ulcérative, soit après que la cicatrisation s'est effectuée, que l'ulcération soit tuberculeuse ou syphilitique, il peut se joindre aux symptômes qu'elle détermine une complication terrible, l'œdème de la glotte.

Il faut que vous sachiez bien, messieurs, que cette expression œdème de la glotte, est un terme impropre. Le mot œdème, en effet, est la signification d'une infiltration séreuse dans les tissus. Or, dans la laryngite, ce n'est pas de la sérosité que nous trouvons sous la muqueuse, mais une lymphe plastique due au travail inflammatoire dont celle-ci est le siége et même du pus. Enfin ce n'est pas la glotte qui présente cette infiltration, mais bien les replis arythéno-épiglottiques l'épiglotte et le vestibule.

Sur 157 cas d'œdème de la glotte observés par Sestier, 14 appartenaient à la phthisie laryngée, 24 à la laryngite syphilitique. La fréquence de cette dernière tient à ce que, dans la laryngite tuberculeuse, la lésion siége de préférence à l'angle des cordes vocales, dont les bords, durs et lardacés, excluent la tubercule, tandis que les lésions osseuses et cartilagineuses sont, comme vous le savez, un fait fréquent dans la syphilis.

Quant à la dyspnée continuelle que présentent les individus atteints de laryngite chronique et au caractère sifflant que revêt l'inspiration, tandis que l'expiration s'accomplit, au contraire, assez régulièrement, cela tient à ce que les bourrelets tuméfiés formés par l'épaississement des replis arythéno-épiglottiques sont abaissés dans l'inspiration par le courant d'air qui pénètre dans la poitrine, et qu'ils tendent alors à rétrécir l'orifice supérieur de la glotte, tandis que l'expiration tend à les rejeter en dehors.

Enfin, lorsqu'à cette dyspnée vient se joindre le spasme de la glotte, il résulte de l'intervention de ce nouvel élément des accès de suffocation terribles dont les caractères sont ceux que vous avez vus se produire chez nos malades. Les patients peuvent alors succomber durant la crise, mais le plus souvent ils meurent dans le coma après une série d'attaques successives qui les jettent dans un épuisement tel qu'ils n'ont même plus la force de dilater leur thorax.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES.

M. DE SAINT-GERMAIN

Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants (1).

(Recueillies par MM. CHENET et TAPRET, internes du service.)

DE LA LARYNGOTOMIE

Messieurs, j'ai cherché à vous démontrer que le moyen le plus sûr, le plus facile, le moins dangereux de pratiquer la trachéotomie consistait à la faire en un seul temps. Deux objections ont été pourtant faites à cette méthode. La première est basée sur l'hémorrhagie due à la lésion des artères crico-thyroïdiennes; la seconde repose sur la possibilité d'aller labourer la paroi postérieure de la trachée, voire même de pénétrer dans l'œsophage. Bien que sur vingt-cinq trachéotomies je n'aie signalé aucun accident de ce genre, je n'en constate pas moins que la double crainte dont je viens de parler est susceptible d'exercer une grande influence sur la non-propagation de la trachéotomie telle que je la pratique. Aussi me suis-je attaché à réduire à néant les deux objections tirées de l'hémorrhagie et de l'échappée du bistouri.

Laissez-moi maintenant vous décrire un procédé de trachéotomie en un seul temps, permettant de faire l'opération sans une goutte de sang, et mettant l'opérateur dans l'impossibilité, le voulût-il, de traverser la paroi postérieure de la trachée.

Je n'ai rien à modifier aux préparatifs, au choix des aides, aux instruments décrits dans la dernière séance; je n'ai pas d'instrument spécial; je me contente d'ajouter à notre arsenal une forte lampe à alcool, ou mieux encore une de ces lampes à double courant dites éolypiles, qui permettent d'obtenir en très-peu de temps une chaleur considérable. Le malade étant placé et tenu comme je l'ai dit, je prends dans la boîte à trachéotomie, le petit bistouri mousse qui s'y trouve toujours et qui offre cette particularité, qu'au lieu d'être réellement boutonné, et de présenter un renflement en saillie à son extrémité, il est purement et simplement arrondi comme un couteau de table.

Il faut qu'il réunisse les qualités que j'ai exigées du bistouri droit au point de vue de la netteté de la lame et du tranchant. Je le garnis à son talon dans une étendue de 1 centimètre et demi environ d'un ruban de fil mouillé. Cette garniture est destinée à me permettre de serrer sans me brûler le bistouri entre les doigts. Cela fait, je le présente au jet de la flamme éolypile, et je le porte au rouge blanc; puis je le plonge perpendiculairement au niveau de la membrane crico-thyroïdienne. Il pénètre par ponction à travers les tissus avec la plus grande facilité, et la sensation de résistance vaincue, quand il est arrivé dans le larynx, est encore beaucoup plus nette qu'avec le bistouri ordinaire. Ce premier temps exécuté, je me comporte comme je l'ai décrit déjà, je scie le cricoïde et deux anneaux de la trachée; puis je scie obliquement, de façon à sectionner la peau un peu plus loin que la trachée elle-même. Ce procédé a été mis en pratique une seule fois, par moi, sur un enfant de trois à quatre ans et, je le dois dire, a pleinement réussi en ce sens que, d'une part, nous n'avons pas eu de sang et que nous avons pu parfaire notre opération absolument; et que, d'autre part, lorsque après huit jours, l'enfant a succombé à l'envahissement de la diphthérie, j'ai pu faire son autopsie et montrer à la Société de chirurgie son larynx, absolu-

(1) Suite. — Voir les numéros des 10, 17 décembre 1874, 11, 23 mars, 6, et 20 avril 1875.

ment indemne de toute cautérisation soit sur la paroi postérieure, soit sur les parties latérales. On m'a bien observé que la chaleur pouvait exercer une fâcheuse influence sur les cordes vocales; j'attends patiemment un cas de succès par cette méthode, et j'espère détruire l'objection qui m'a été faite, en montrant le malade parlant.

Je me résume, messieurs. La trachéotomie gagnera beaucoup à être faite en un seul temps soit à froid, soit à chaud, suivant que vous emploierez le bistouri droit ou le bistouri mousse porté au rouge blanc.

Ne confondez donc pas, je vous prie, cette dernière opération, dite trachéotomie par le cautère actuel avec la trachéotomie faite à l'aide du galvano-cautère, dont elle diffère absolument. Je n'ai vu employer cette méthode que deux fois : la première sur un enfant, la seconde sur une adulte, et deux fois, sans parler des difficultés énormes que présenta l'opération, du temps qu'elle nécessita, de l'hémorrhagie qui survint, *on dut terminer l'opération avec le bistouri*. Ce n'est pas tout; je suivis ces malades et je vis se développer notamment sur le premier une escarre bilatérale énorme, puisqu'il eût fallu pour la recouvrir deux pièces de cinq francs en argent. Cette escarre, due à la chaleur énorme développée par le galvano-cautère, chaleur sans cesse renaissante et renouvelée, me paraît impossible à éviter, et c'est à mon avis, une des principales objections que l'on pourra faire à la galvanocaustie appliquée à la trachéotomie.

Citons cependant aussi : 1° la nécessité d'avoir à sa disposition, *pour une opération d'urgence*, un appareil aussi compliqué que le galvano-cautère; 2° le temps relativement très-long qui est nécessaire à cette opération faite couche par couche, et qui rend impossible le temps que je considère peut-être comme le plus important, la fixation absolue du larynx entre les doigts de la main gauche; 3° la possibilité d'une hémorrhagie due à la température trop élevée du galvano-cautère. Cet accident, auquel j'ai assisté deux fois, oblige l'opérateur à brusquer le dénoûment à l'aide du bistouri et fait, par conséquent, perdre au malade le bénéfice de la cautérisation commencée.

Enfin l'objection que l'on a bien voulu faire à la trachéotomie par le cautère actuel, relativement à l'intégrité de la voix, me paraît avoir ici une bien autre valeur.

En résumé, la trachéotomie par le galvano-cautère a pu être pratiquée avec succès par des chirurgiens habiles menant cet instrument avec facilité, sur des adultes, et pour des lésions qui permettaient de consacrer à l'opération le temps nécessaire; mais je n'hésite pas à la déclarer impraticable chez l'enfant atteint de croup, tant à cause des difficultés inhérentes à l'opération et que j'ai signalées dans le cas que j'ai vu, que pour les escarres énormes qui en sont la conséquence.

J'ai terminé, messieurs, avec la trachéotomie soit par le fer, soit par le feu. Un mot des accidents immédiats ou consécutifs que vous aurez à combattre.

Je place en première ligne l'asphyxie, qui détermine à elle seule la plupart des cas de mort subite sous le couteau, et contre laquelle il est bien difficile de lutter avec succès, si ce n'est par une ouverture de la trachée aussi rapide possible. La syncope, due ordinairement à la formation de caillots dans le cœur est singulièrement favorisée par l'émotion de l'enfant; car on ne saurait se dissimuler que le petit malade, dans un état très-précaire avant le commencement de son opération, a encore perdu beaucoup de sa résistance dès que le bistouri a commencé la section de la peau.

Ces deux états s'ajoutent souvent. Le seul remède héroïque, c'est l'arrivée rapide et abondante d'air dans les poumons, où il arrive assez souvent que, malgré l'ouverture de la trachée, la respiration ne s'établit pas. Faites alors pratiquer au thorax des mouvements de respiration artificielle. Excitez la peau par la flagellation du thorax et du visage au moyen de compresses mouillées, et la trachée, voire même les grosses bronches, avec une barbe de plume.

La mort subite par pénétration du sang dans les bronches ; extrêmement rare, surtout si l'on opère rapidement, car il est d'observation que l'hémorrhagie cesse dès que la trachée est largement ouverte. A ce propos, gardez-vous d'un héroïsme inutile dont les chirurgiens se sont à peu près tous rendus coupables, et qui a été exalté au profit de quelques individualités. Je veux parler de la succion de la plaie trachéale par l'opérateur, dans le but d'aspirer le sang tombé dans la trachée.

Vous arrivez, par ce procédé, à un résultat beaucoup moins satisfaisant. Ce procédé est doublement mauvais : il est sans efficacité pour l'enfant, et il peut être très-nuisible pour l'opérateur. Vous obtiendrez, au contraire, un bon résultat par la titillation de la surface interne de la trachée à l'aide d'une barbe de plume. Cet attouchement détermine, en effet, une toux expultrice qui ne tarde pas à chasser le sang épanché.

La blessure d'un gros vaisseau artériel ou veineux (tronc brachio-céphalique) : alors rien à faire, si ce n'est à éviter cette catastrophe en pratiquant toujours l'opération le plus haut possible.

Je ne vous parlerai pas de la difficulté de l'introduction du dilatateur ou de la canule. Je vous ai recommandé de continuer la fixation du larynx jusqu'à ce que le dilatateur soit dans la plaie trachéale. C'est pour avoir négligé cette précaution *indispensable*, que certains opérateurs se sont trouvés embarrassés. Quant à l'introduction de la canule, elle sera toujours possible et même facile à l'aide du procédé que nous avons décrit.

L'hémorrhagie légère due à une canule trop petite : alors le remède est tout trouvé. Remplacez-la par une canule plus forte, si l'hémorrhagie est produite par la lésion d'une artère de petit calibre; la ligature est ici indiquée; mais je m'empresse de faire observer que ce dernier accident est impossible quand on opère à l'aide du cautère actuel.

Les accidents consécutifs ont aussi leur importance. L'érythème, l'érysipèle, le phlegmon du cou sont de très-fâcheuses complications et très-difficiles à combattre. J'estime pourtant qu'il doit être possible de les prévenir en enlevant souvent la double canule, de façon à laisser reposer la plaie, à en laver le pourtour avec soin, puis à enduire la peau de cérat ou de cold-cream, et enfin à recourir à la cautérisation quotidienne de la plaie à l'aide du nitrate d'argent. Je ne parlerai pas de la congestion pulmonaire de la bronchite, de la pneumonie, qui compromettent si souvent le succès de la trachéotomie. C'est du ressort absolument médical.

Quant aux ulcérations de la trachée, dues au séjour prolongé de la canule, je ne crois pas la chose bien fréquente, surtout si l'on a la précaution de se servir de canules mobiles sur leur pavillon et permettant au tube de suivre les mouvements de la trachée, sans qu'il y ait pour cela transmission de mouvement à la plaque extérieure.

Un phénomène beaucoup plus fréquent et qui m'a parfois singulièrement embarrassé, c'est la difficulté que l'on éprouve à retirer définitivement la canule. Différentes théories ont été proposées pour expliquer ce fait incontestable, depuis l'influence nerveuse, voire de l'imagination du malade, jusqu'aux bourgeons charnus développés au niveau de la plaie trachéale

et nécessitant une compression constante à l'aide d'un corps étranger. Je ne veux pas entrer ici dans ces diverses appréciations; ce que je veux seulement vous conseiller, c'est d'attendre, de mettre votre malade en bon air et de boucher de temps en temps, à son insu, pendant le sommeil l'orifice antérieur de la canule pour essayer si la perméabilité laryngée est rétablie. Ne commettez pas surtout la faute, qui consiste à diminuer progressivement le volume et, par conséquent, la prise d'air de vos canules. J'ai vu, à la suite de l'application de ce système, la petite malade s'étioler et présenter les signes d'une asphyxie lente. Ce n'est pas tout; quand vous voulez réintroduire une canule suffisante. Vous êtes forcé d'agrandir à nouveau la plaie à l'aide du bistouri boutonné, ce qui est pénible.

Je ne crois pas utile d'employer les canules qui présentent un orifice sur leur convexité. Elles ont été inventées dans le but d'essayer la perméabilité de la glotte. En général, elles ne donnent pas de bons résultats, peut-être parce qu'il se produit dans ces circonstances un double courant d'air dont le conflit est un excitant pour la muqueuse aérienne, et une cause de trouble et d'erreur pour les muscles de la glotte.

Il est enfin des cas, rares à la vérité, où il est à jamais impossible de retirer la canule. Ce résultat est absolument indépendant de l'opérateur, et il est nécessaire, dans ce cas, que le malade se résigne à supporter une infirmité, qui ne lui a été infligée que dans le but de l'arracher à une mort inévitable.

(*A suivre.*)

DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'ÉLECTRICITÉ (1).

Par le docteur ALTHAUS (de Londres) (traduction du docteur Darin).

III.

Batteries portative, d'hôpital et électrolytique de Stöhrer. — Appareil farado-galvanique de Mayer et Meltzer. — Batterie constante de the galvano-faradic manufacturing Company (*de New-York*). — *Batteries du docteur Jérôme Kidder* (*de New-York*).

Le prototype des batteries constantes les plus portatives est l'appareil qui a été construit par le docteur Émile Stöhrer (de Dresde), à qui revient le mérite d'avoir le premier imaginé une machine commode et réellement utile pour l'application du courant continu. Stöhrer a construit quatre genres de batteries constantes, en dehors de l'appareil au chlorure d'argent dont nous avons déjà parlé. Ce sont la batterie portative, la batterie d'hôpital, la batterie électrolytique et celle pour le cautère galvanique. Nous n'avons pas à nous occuper de cette dernière pour le moment.

a. La batterie *portative* se compose de 20 ou de 30 couples (fig. 8) et se vend 210 francs ou 290 francs. C'est une modification de la pile de Bunsen, dont les éléments, composés de zinc et de charbon, sont suspendus à un support de bois et plongent dans des vases de vulcanite remplis d'acide sulfurique dilué (au 1/8 ou au 1/10), avec addition d'une petite quantité de bisulfate de mercure pour entretenir les zincs amalgamés. Les vases n'étant qu'à moitié remplis du liquide excitant, on ne court pas le risque de voir ce dernier se répandre, pourvu que l'on prenne les précautions ordinaires. Ces vases restent au fond de la boîte quand la batterie est au repos; et l'on peut les élever, à l'aide d'une tige de bois d'ébène, de manière à mettre le liquide en contact avec les plaques quand on veut faire fonctionner la batterie. Une fois la tige soulevée, elle se place horizontalement en la tournant d'un quart de tour, et elle maintient les vases suspendus. Pendant tout ce temps, le courant circule. A la fin de l'application, on donne un autre tour en sens inverse à la tige noire; alors les vases, s'abaissant de nouveau, cessent d'être en contact avec les plaques.

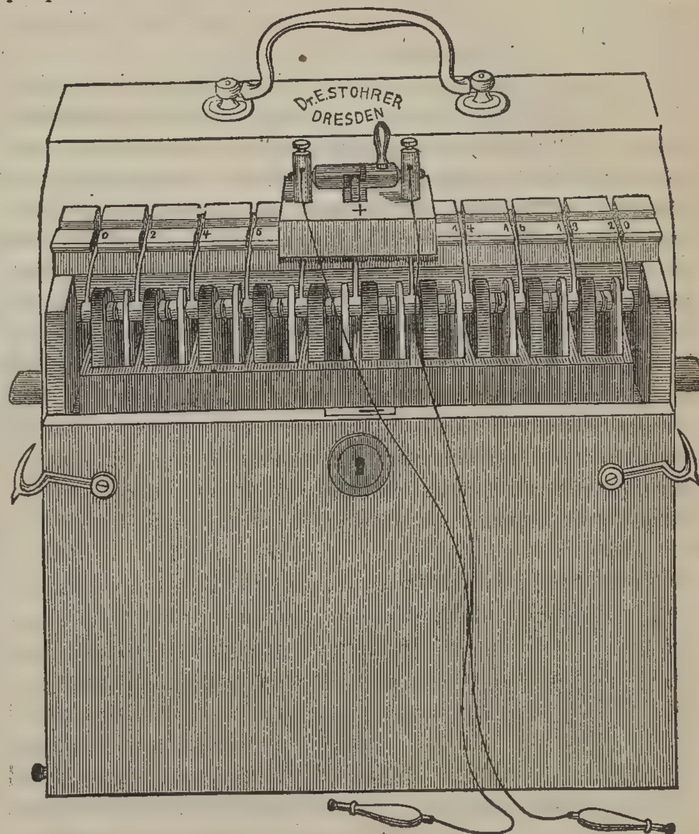


Fig. 8.

Les parties de la batterie sur lesquelles s'est surtout déployée l'ingéniosité, et qui ont été largement imitées, aussi bien en Europe qu'en Amérique, sont le *traîneau* ou collecteur et le commutateur ou renverseur de courant.

Le traîneau est une pièce de bois carrée qui peut glisser sur le porte-plaques. Ce dernier porte des chiffres 0, 2, 4, 6, etc., qui augmentent ainsi de gauche à droite et indiquent le nombre d'éléments que l'on désire utiliser. Le traîneau doit être placé de façon à recouvrir trois des fils visibles sur le porte-plaques et, alors, celui du milieu indique le nombre de couples compris dans le circuit. L'omission de cette précaution occasionnerait une fermeture collatérale du circuit entre deux couples adjacents, et il s'ensuivrait un dégagement abondant de gaz, capable d'endommager plus ou moins la batterie. A sa face inférieure, le traîneau est pourvu de deux rails métalliques qui sont assez longs pour toucher le couple voisin de plaques avant que le précédent soit abandonné. Cette disposition a l'avantage d'éviter les chocs voltaïques lorsqu'on augmente ou qu'on diminue la puissance du courant, ce qui est une considération importante, d'autant mieux que les secousses voltaïques, quand elles se produisent sur les régions de la face et du cou, donnent lieu à des vertiges et à des éblouissements tout à fait inutiles et fort désagréables. Dans les cas d'hémiplégie consécutive à une hémorrhagie cérébrale récente, elles peuvent même être dangereuses.

Le commutateur est un cylindre de laiton, divisé en deux parties par une pièce centrale de bois d'ébène; les deux parties sont en contact avec deux ressorts qui communiquent avec

(1) Suite. — Voir les numéros des 16, 23, 27 mars et 3 avril.

les rails du traîneau. Le cylindre peut se tourner au moyen d'une manette; et les boutons destinés à l'insertion des fils conducteurs, qui sont fixés de chaque côté du commutateur, peuvent ainsi être mis alternativement en contact avec les faces antérieure et postérieure des rails. Si la manette est placée perpendiculairement, il n'y a aucun contact métallique, et le circuit se trouve alors interrompu : quand on tourne la manette en arrière, le bouton placé à la main droite de l'opérateur est en contact avec le charbon et est, par conséquent, positif; mais quand on tourne la manette en avant, ce même bouton devient négatif. Ce fait peut se vérifier facilement en électrolysant de l'eau, car alors on verra l'hydrogène se dégager en bulles alternativement du côté droit et du côté gauche, selon la position de la manette du commutateur.

Dans le couvercle de la boîte est un petit compartiment pour les électrodes et les conducteurs; il s'y trouve aussi une clef et un crochet pour détacher les plaques au besoin.

La batterie portative de Stöhrer se maintient en bon état, pendant environ trois mois, lorsqu'on s'en sert journellement. Elle est un peu moins sujette à polarisation que la plupart des autres batteries portatives. Parfois, surtout par le temps chaud, il est bon d'ajouter un peu d'eau fraîche au liquide des couples, afin de remplacer l'eau qui s'est perdue par évaporation. Si le courant ne paraît pas retrouver sensiblement plus d'énergie par l'addition de l'eau, il faut renouveler la charge et enlever le sulfate de zinc que l'on voit adhérer aux plaques. Un appareil convenablement entretenu doit durer vingt ans.

(*A suivre.*)

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

SUR LES EFFETS TOXIQUES DU TARTRE STIBIÉ

Par le docteur Léon Baraban.

M. le docteur Baraban résume ainsi la très-intéressante thèse qu'il vient de soutenir devant la faculté de médecine de Nancy (1re série, nº 15) :

« La plus petite dose d'émétique susceptible de donner la mort, quand on l'introduit dans le sang, se trouve comprise entre 1 et 2 centigrammes par chaque kilogramme du poids du corps. — Toute dose au-dessus de 2 centigrammes par kilogramme amène plus ou moins rapidement la mort en abolissant les fonctions du système nerveux. La prostration est encore favorisée, pour les doses inférieures, par l'abaissement considérable de la température et des déperditions séreuses abondantes. — Toute dose au-dessous de 1 centigramme par kilogramme ne donne plus la mort par elle-même, mais si elle se répète un certain nombre de fois, elle détermine une hypersécrétion biliaire qui entraîne, d'une part, la diarrhée, d'autre part la résorption des principes de la bile. Alors le sang éprouve toutes les altérations que peuvent produire les sels de soude des acides biliaires, et l'animal finit par mourir d'hémorrhagie. — L'émétique possède une action altérante manifeste sur le globule sanguin, mais cette action ne suffit pas pour amener la mort. Elle est primée, dans les fortes doses, par la dépression rapide du système nerveux; dans les inférieures, par l'action des sels biliaires.

DU VIRUS TYPHOIDE

ET DE SON RÔLE DANS LES ÉPIDÉMIES (1)

par M. le Dr H. Van den Schrieck (de Hal).

Conclusion. — La cause unique de l'iléo-typhus est un principe miasmatique ou contage nommé: virus typhoïde. Ce contage est animé (Cousat); il naît exclusivement dans le corps d'un homme malade de cette maladie; il se multiplie dans le sang et s'élimine par toutes les sécrétions, spécialement par celle de l'intestin; il reproduit la maladie dont il est né lui-même, et cette reproduction est la preuve de son existence. — En reproduisant la maladie, il éteint dans l'homme l'aptitude à cette maladie. — Il produit ce résultat en enlevant au corps humain les éléments qu'il apporte en naissant et qui sont nécessaires au développement de la maladie (Audouard). — L'air et l'eau sont les véhicules habituels par lesquels il s'introduit dans le sang. — Il se répand dans l'air, spécialement par la fermentation des selles typhiques. — L'eau ne le détruit pas, mais le transporte souvent à de grandes distances. — Sa force contagieuse se conserve rarement au-delà d'une année. — Les désinfectants habituels, le perchlorure de chaux, le chlore, l'acide phénique, etc., le détruisent facilement.

(1) In-8º. — Bruxelles, H. Manceaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 avril 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Maurice Perrin comme membre titulaire dans la section de pathologie externe, en remplacement de M. Nélaton.

Sur l'invitation de M. le président, M. Perrin prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1º Les comptes rendus des maladies épidémiques observées dans le département de Seine-et-Marne en 1874;

2º Le compte rendu négatif des maladies épidémiques pour le département de la Corse, en 1874 (comm. des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1º Une lettre de M. Arlaud, directeur de l'École de médecine navale de Toulon, intitulée : *Amputation de la verge; mode d'opérer destiné à faciliter la recherche de la section uréthrale et arrêter la cicatrisation vicieuse.* (Comm.: MM. Richet et Giraldès.)

2º Un mémoire intitulé : *Topographie médicale du fort National,* par M. Claudot.

3º Une note de M. le docteur Dechaux (de Montluçon) une note intitulée : *Cause de l'éclampsie.*

PRÉSENTATION

M. Devergie offre en hommage le dernier fascicule des comptes rendus de la Société de médecine légale.

RAPPORTS

Remèdes secrets. — M. J. Lefort, au nom de la commission de remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

COMMUNICATIONS

Horse-pox. — M. Depaul a eu l'occasion d'observer, avec MM. Lorain et Blot, un cheval atteint de horse-pox. Ce cheval, qui vient d'Allemagne, est à Paris depuis peu de temps. On constatait chez lui de la fièvre, de l'abattement, une certaine élévation de température, de la toux, l'engorgement des ganglions sous-maxillaires et dans la narine du côté gauche une série de pustules circulaires, saillantes, déprimées à leur centre et présentant des caractères analogues à ceux de la pustule variolique. Ces pustules forment, sur toutes les parties du corps, une éruption discrète.

On a inoculé avec ce horse-pox un enfant et une génisse. M. Depaul communiquera ultérieurement les résultats obtenus.

M. Bouley fait observer que ces faits aujourd'hui sont loin d'être exceptionnels. Ce matin même, il a été appelé par un vétérinaire distingué, qui avait d'abord soupçonné l'existence de la morve chez un cheval atteint de horse-pox. M. Bouley a pu facilement lever les doutes. Mais si un vétérinaire expérimenté a pu s'y tromper, cela

prouve que l'erreur peut être commise et qu'il faut apporter les plus grandes réserves dans les inoculations faites sur l'enfant.

LECTURES

De l'influence, sur la santé physique et intellectuelle des populations, des boissons qu'elles consomment. — M. LUNIER, candidat pour la section d'hygiène, lit, sous ce titre, un travail dont voici les conclusions :

1° L'introduction dans la consommation courante des alcools d'industrie constitue un danger des plus graves pour la santé publique,

2° Le moyen le plus rationnel d'arrêter l'envahissement de ces alcools et de prévenir leurs pernicieux effets est de favoriser la consommation des vins naturels dans les départements qui n'en récoltent pas. (Renvoyé à la section d'hygiène.)

Sur l'existence de la fièvre typhoïde au Sénégal. — M. BÉRENGER-FÉRAUD, médecin en chef de la marine, lit sous ce titre un mémoire dont voici un résumé :

On a cru pendant longtemps que la dothinentérie n'existait pas dans les régions tropicales. Les médecins de la marine militaire ont déjà montré que cette opinion est inexacte pour nos colonies de la Nouvelle-Calédonie, de la Cochinchine, de l'Inde, de la Réunion, de la Guyane, des Antilles ; on doit admettre aujourd'hui la même chose pour nos possessions de la Sénégambie.

En présentant une série des faits basés sur l'autopsie et qui montrent que la maladie a pu se montrer chez des militaires depuis leur arrivée d'Europe jusqu'au moment où ils ont eu six ans d'habitation au Sénégal, on peut faire accorder ces deux premiers points, que non-seulement la fièvre typhoïde existe au Sénégal, mais encore qu'elle y peut atteindre les Européens à toutes les époques de leur séjour colonial, puisque ce séjour oscille ordinairement entre un et quatre ans.

La maladie est peu fréquente d'une manière absolue dans les hôpitaux militaires; mais, en tenant compte de cette particularité : que, dans les hôpitaux de l'armée, en Europe, la fièvre typhoïde est la maladie des conscrits surtout, on ne peut en inférer que le Sénégal est peu propice au développement de la dothinentérie.

Les indigènes sont susceptibles d'être atteints aussi gravement que les Européens par la maladie qui se manifeste souvent par poussées épidémiques dans lesquelles la transmission d'homme à homme peut être démontrée depuis l'arrivée du premier malade dans la colonie.

Toutes ces raisons autorisent à penser qu'au point de vue de la fréquence et de la gravité, la fièvre typhoïde ne présente aucune particularité spéciale au Sénégal, et le présent travail joint à ceux que les médecins de la marine ont fournis déjà, tend à établir ce fait : que la dothinentérie a, dans les pays chauds, les mêmes caractères que dans la zone tempérée.

Choléra. — M. ROGER lit pour M. Tholozan, correspondant, un travail intitulé : *Le choléra indien devient-il stérile en Europe, et de grandes épidémies ne peuvent-elles pas débuter sur notre continent ?* travail adressé de Téhéran, à la date du 1er mars.

L'objet de ce travail est de répondre aux critiques qui ont été adressées à ses précédentes communications sur ce sujet.

On m'adresse, dit-il, deux reproches qui s'excluent mutuellement : 1° les faits que j'ai divulgués l'auraient été avant moi par Griesinger et la conférence de Constantinople ; 2° mes écrits sont une pure logomachie.....

Les recherches dont j'exposais les résultats devant l'Académie, le 15 juillet 1873 m'ont démontré par l'étude chronologique et géographique des invasions du choléra que l'on commettait une grande erreur en faisant venir directement de l'Inde le choléra de 1831 et celui de 1847. Ces travaux et les résultats auxquels ils ont conduit sont-ils inutiles?

Malgré l'expérience terrible de quatre épidémies, malgré les nombreuses révivifications dont l'Europe avait été le théâtre, de 1831 à 1837, et de 1847 à 1860, on faisait de l'Europe un pays à part et privilégié; le choléra envahissant n'y avait jamais son origine; il y devenait stérile, il n'y produisait jamais de foyers secondaires qui pussent devenir le point de départ d'une grande épidémie.

Le code sanitaire concordait avec la doctrine médicale : en février 1866, alors que l'épidémie cholérique de 1865 n'avait pas encore accompli son cours en Europe et dans un moment où ses germes étaient disséminés sur tout notre contingent, M. Fauvel craignant déjà une nouvelle invasion de la Mecque en Europe, voulut que la conférence de Constantinople votât d'urgence l'interruption de toutes les communications entre les ports de l'Arabie et le littoral égyptien de la mer Rouge.

En un mot et pour résumer ce débat : on démontre, en 1870, que le choléra de 1852-1856 fut une grande épidémie, la plus étendue et la plus intense de toutes et qu'elle prit naissance au centre même de l'Europe; on répond, en 1874, que ce fut une recrudescence, un retour offensif; mais qu'est-ce que cela, si ce n'est une épidémie déguisée sous un nom différent, étiquette trompeuse adoptée pour la circonstance, qui ne remplacera jamais le mot épidémie en usage depuis des siècles et qui a pour lui, avec cette haute raison qui vient du fond des choses, l'autorité d'Hippocrate et de tous les génies dont s'honore notre science.

DISCUSSION

M. FAUVEL, par le mot logomachie, a voulu faire ressortir l'exagération qu'il paraissait y avoir dans cette opinion exprimée par M. Tholozan, que l'épidémie de choléra de 1852 était née en Europe. Il a été surabondamment prouvé, en effet, que l'épidémie n'avait jamais été éteinte en Silésie, et que ce que l'on a pris pour une explosion spontanée du choléra n'était qu'une recrudescence d'une épidémie déjà constante.

M. CHAUFFARD dit que, dans le mémoire présenté autrefois par M. Tholozan, se trouvaient imprimées à la fois ces deux idées de la spontanéité du choléra en Europe, et de la recrudescence d'épidémies en apparence éteintes. Cela tient à ce qu'il présentait comme étant nées spontanément en Europe des épidémies qui n'étaient qu'une sorte de réveil et de recrudescence d'anciennes épidémies. Ce fait est très-important, car c'était sur lui surtout qu'était basée la théorie de M. J. Guérin, sur la spontanéité du choléra en Europe. Si M. Tholozan avait été plus précis et plus clair dans son exposition, il n'aurait pas ainsi fourni à M. J. Guérin un argument en apparence aussi important. Quoi qu'il en soit, il est un fait nouveau et d'une très-grande importance que M. Tholozan a le mérite d'avoir constaté le premier, c'est qu'une épidémie presque éteinte, un foyer en quelque sorte indolent peut donner lieu à une nouvelle explosion de l'épidémie tout aussi considérable que le premier. C'est là certainement un fait d'une très-grande valeur acquis aujourd'hui à la science; mais il ne faut pas le travestir en faveur de la spontanéité du choléra.

M. BRIQUET rappelle que, dans le rapport dont il est l'auteur, il avait, bien avant M. Tholozan, attiré l'attention sur ce fait qu'une épidémie presque éteinte pouvait avoir des recrudescences, et que ces dernières s'observaient de préférence à certaines saisons de l'année, en particulier au printemps. Il avait déjà mentionné ce fait à l'occasion des épidémies qui se sont succédé en 1834-1835-1836, etc., et depuis longtemps déjà il avait fait observer que même les épidémies les plus considérables hibernent en quelque sorte, c'est-à-dire qu'elles diminueront beaucoup d'intensité pendant l'hiver.

M. FAUVEL croit avoir suffisamment rendu justice à M. Tholozan pour le fait qu'il a signalé l'un des premiers, savoir les recrudescences d'épidémies en apparence éteintes. Mais il proteste quand M. Tholozan défend l'opinion de l'origine nouvelle du choléra en 1869. Il a été suffisamment prouvé, en effet, que cette épidémie n'était que la continuation de celle de 1865. On sait aujourd'hui qu'il y a en Europe ce qu'on pourrait appeler des pays de conservation du choléra. Si, en effet, une épidémie se déclarait demain en Allemagne, on ne pourrait pas dire que ce serait une nouvelle épidémie, ce serait la continuation des précédentes.

M. BOULEY rappelle que M. Tholozan, dans son travail, paraît traiter avec une certaine ironie les précautions sanitaires prises en Europe contre une nouvelle invasion de choléra, d'où cette conclusion qui paraît ressortir de son travail : à quoi bon vos mesures quarantenaires, puisque le choléra naît aujourd'hui spontanément en Europe? Il faudrait, ce me semble, ajoute M. Bouley, protester

contre une pareille opinion, d'autant plus que ce travail a été couronné à l'Institut et qu'il ne faudrait pas laisser croire que ce fût pour cela.

M. BOUILLAUD, en sa qualité de rapporteur de la commission de l'Académie des sciences, qui a proposé d'accorder à M. Tholozan une récompense pour son travail sur le choléra, fait observer que, dans son travail, l'Académie n'a pas entendu approuver d'autre opinion que celle émise par M. Fauvel, savoir que M. Tholozan, le premier, a démontré que certaines épidémies en apparence éteintes pouvaient donner lieu à des recrudescences. En effet, il serait à désirer que l'on pût démontrer que le choléra ne peut se développer spontanément ailleurs que dans l'Inde, car alors tous les efforts tendraient à l'éteindre dans l'Inde elle-même, son foyer d'origine.

La séance est levée à cinq heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

53. Guillaud. De l'ignipuncture. Contributions à l'étude du traitement des kystes synoviaux tendineux.
54. Duclaux. Des kystes hydatiques du foie considérés au point de vue de la marche et du traitement.
55. Perriquet. Contribution à l'étude de la maladie kystique bénigne du testicule.
56. Bertrand. Du zona ou herpès traumatique.
57. Maffre. Quelques considérations sur la suppuration de la caisse du tympan. Son traitement.
58. Looten. Contribution à l'étude de la pathologie de la première enfance et particulièrement de la conjonctivite des nouveau-nés.
59. Tourtelot. De la coïncidence des lésions mitrales et aortiques.
60. Lair. Des coagulations du sang dans le système veineux.
61. Bourdon. Des anaplasties périnéo-vaginales dans le traitement des prolapsus de l'utérus, des cystocèles et des rectocèles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours pour l'agrégation en chirurgie et accouchements. — MM. Terrillon et Marchand ont eu, hier mardi, à traiter des rétrécissement œsophagiens.

— Nous sommes heureux d'annoncer que notre excellent ami et collaborateur M. le docteur Magne, vient d'être nommé chirurgien oculiste des maisons d'éducation de l'ordre de la Légion d'honneur.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henri Cordier (de Saint-Quentin) et de M. le docteur Retoré-Laujardière (de Saint-Lambert du Lattay).

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Chevreul, membre de l'Institut, ouvrira son cours de l'histoire des connaissances chimiques le 4 mai 1875, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à neuf heures trois quarts du matin, dans le grand amphithéâtre du Muséum.

Les premières leçons auront pour objet l'exposé d'un ensemble de propositions propres à faire connaître les bases des connaissances chimiques, et ensuite à distinguer la chimie des sciences naturelles, et surtout de celles qui sont professées au Muséum.

M. Chevreul, tout en faisant l'histoire des connaissances chimiques, insistera sur toutes celles qui intéressent particulièrement l'histoire des êtres vivants.

— *Excursions scientifiques.* — M. Chatin, directeur de l'École supérieure de pharmacie, fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 2 mai dans le bois du Vésinet.

Rendez-vous à la gare de Saint-Germain (Havre), à dix heures un quart, pour le train partant de Paris à dix heures et demie pour la station de Chatou.

— M. Hébert, professeur à la Faculté des sciences, fera dimanche prochain, 2 mai, une excursion géologique à Vanves et Meudon.

Rendez-vous aux fortifications (porte de Versailles), à dix heures et demie précises.

— M. Daubrée, professeur au Muséum, et en son absence, M. Stanislas Meunier, aide naturaliste, fera une excursion géologique le dimanche 2 mai 1875, à Meudon.

On se réunira à la gare Montparnasse, où l'on prendra à neuf heures cinq minutes le train partant pour Meudon.

— *Hôpital de Lariboisière.* — M. le docteur Panas, agrégé de la Faculté, commencera son cours complémentaire d'ophthalmologie le lundi 3 mai, à neuf heures du matin (salle Helmoltz), et le continuera les jeudis et lundis suivants, à la même heure.

Le lundi, leçon théorique et examen des malades. Le jeudi, opération et exercices ophthalmoscopiques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Vues nouvelles sur le choléra (cause, nature et traitement), avec une étude sur les injections faites dans les veines, par A. NETTER, officier de la Légion d'honneur, ancien médecin principal de l'armée, bibliothécaire de la faculté de médecine de Nancy, etc. — Brochure in-8° de 100 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Berger-Levrault et Cᵉ.

De l'onanisme, causes, dangers et inconvénients pour les individus, la famille et la société. Remèdes, par le docteur H. FOURNIER. — In-12 de 176 pages. Prix : 1 fr. 50. — J. B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dʳ E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges CHAMEROT, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes du premier trimestre de 1875.

La prolongation et la persistance insolites du froid, plus que son intensité, sous l'influence de la permanence des vents du nord pendant la plus grande partie de ce trimestre, suffiraient pour faire présumer ce qu'a dû être la constitution médicale de cette même période, si la plupart des praticiens auxquels nous nous adressons n'avaient eu par eux-mêmes à en constater maintes fois les caractères. Mais il n'en est pas moins intéressant de voir par quels chiffres, ou tout au moins par quelles proportions des affections saisonnières se traduisent ces influences par rapport aux époques correspondantes des années précédentes : C'est ce que va nous apprendre la première partie du rapport de M. Besnier à la Société médicale des hôpitaux, sur les maladies régnantes du premier trimestre de cette année, qui porte uniquement sur les maladies des voies respiratoires.

Les affections prédominantes, dit le rapport, ont été, de la manière la plus accentuée, les affections des voies respiratoires, au premier rang desquelles se placent les localisations diverses de la fièvre catarrhale d'hiver, de la grippe. Ces affections se sont montrées plus fréquentes que dans la période correspondante des trois années précédentes, mais non plus graves. Cependant la mortalité générale du trimestre, s'est montrée notablement supérieure à la période correspondante de ces trois mêmes années.

M. Besnier fait remarquer, à cette occasion, que c'est sur la fréquence des maladies que les conditions sensibles de l'air agissent d'une manière évidente, leur gravité se rattachant à d'autres conditions, et que ce défaut de concordance très-fréquent entre le nombre et la gravité n'est pas un fait particulier aux affections des voies respiratoires, mais propre à la plupart des maladies populaires. C'est un point sur lequel la statistique peut donner d'utiles renseignements; mais qu'elle n'est pas, toutefois, appelée seule à résoudre.

Puisque nous parlons de statistique, nous ferons remarquer de nouveau combien les relevés sont encore défectueux, particulièrement en ce qui concerne les bronchites et la grippe. Nous nous joignons, à cet égard, aux avertissements réitérés de M. Besnier, qui sollicite depuis longtemps de ses collègues plus d'exactitude dans la détermination des diverses espèces morbides appartenant à ce groupe, et une distinction qui n'est généralement pas faite entre les diverses bronchites.

Quant à la grippe, le relevé des hôpitaux est manifestement insuffisant pour donner une idée, soit de sa fréquence, soit de son intensité et des caractères particuliers qu'elle peut avoir présentés. C'est à la pratique de la ville qu'il faut demander les éléments de son histoire.

Les chiffres des pneumonies et des pleurésies ont seuls une valeur comparative réelle. Or du rapprochement des chiffres de ce trimestre avec ceux de l'époque correspondante des années précédentes, il résulte qu'il y a eu une augmentation numérique sensible, mais sans accroissement sur la proportion de la mortalité, qui a été de 33,56 pour 100 pour les pneumonies, chiffre à peu près égal à celui des périodes correspondantes des trois dernières années, et de 9,52 pour 100 pour les pleurésies, chiffre inférieur à celui de ces mêmes années.

Pris en bloc, l'ensemble des maladies des voies respiratoires, bien qu'ayant donné pour ce trimestre un chiffre absolu de mortalité plus élevé que pour les années précédentes, a donné, en réalité, une mortalité relative inférieure à la mortalité moyenne de la série d'années qui sert de terme de comparaison.

Anurie et vomissements hystériques.

Dans nos revues des 17 et 24 octobre dernier, nous avons rapporté plusieurs faits d'anurie hystérique et nous avons exposé, à cette occasion, quelques-uns des résultats des recherches cliniques très-intéressantes de M. Charcot sur ce sujet.

Dans le courant de la même année, M. le docteur Decaisne nous communiquait un exemple très-remarquable de vomissements de sang supplémentaires des règles.

Un de nos honorables correspondants, le docteur Sanquer (de Morlaix), nous communique, à ce sujet, l'histoire d'une de ses malades, qui présente de l'intérêt à ce double point de vue. Voici cette histoire :

Françoise le N.... de Garlan (près Morlaix), âgée de vingt-huit ans, non mariée, a été réglée pour la première fois à l'âge de douze ans.

Dans sa treizième et sa quatorzième année, tout s'est passé régulièrement. Mais depuis, à la suite d'un refroidissement, au

moment d'une époque, elle ne voit plus rien, si ce n'est à de rares intervalles, un peu de sérosité sanguinolente. En 1874, par exemple, elle n'a vu qu'une seule fois, en novembre, pendant une demi-journée.

Mais chaque mois elle a de l'oppression, parfois quelques crachements de sang; puis une suppression, ou du moins une grande diminution des urines pendant trois ou quatre jours, coïncidant avec des vomissements fréquents et presque incessants. Dans l'intervalle de ces accidents, elle est relativement bien; cependant la boule hystérique se fait sentir de temps en temps, ainsi que les douleurs vagues et les violents maux de tête. La malade ne marche que courbée. En outre, elle a des élancements dans les membres inférieurs, élancements très-douloureux, qu'elle compare à du feu qui court. La constipation est presque continuelle. Voilà les renseignements qui m'ont été fournis. Quand ces accidents sont plus accentués, elle me fait appeler. J'ai eu l'occasion de la voir à trois époques différentes.

Le 24 février 1871, depuis trois ou quatre jours, oppression, difficulté d'uriner et diminution des urines. Après deux jours, elle est bien.

Le 31 janvier de l'année suivante, elle n'avait pas uriné depuis quatre jours. Les vomissements étaient fréquents; chaque liquide qu'elle buvait était immédiatement rejeté. La sonde amène un verre à bordeaux d'urine très-claire. Constipation opiniâtre, douleur vive à l'estomac et au ventre. Dyspnée. Pouls 78.

Le 2 février, comme elle n'a pas uriné depuis le 31, elle me fait appeler. On ne retire encore par la sonde qu'une très-petite quantité d'urine très-claire.

Il en est de même du 4 et du 9. Elle n'urine pas dans les intervalles. A partir de ce jour, elle va un peu mieux et, après une semaine revient à son état habituel.

Le jeudi 21 janvier 1875, je suis appelé de nouveau. Depuis six jours elle n'a pas uriné. La dyspnée est grande. 75 respirations. P. 110. Vomissements des plus fréquents, presque à chaque minute. Un demi-verre d'urine très-claire par la sonde, qui entre très-facilement et du premier coup, mais qui par sa présence fait beaucoup souffrir la malade. L'hyperesthésie est générale; mais le ventre est surtout douloureux, ainsi que la cuisse gauche. Le simple toucher de ce membre arrache des cris.

Vendredi 22, samedi 23, et dimanche 24, vomissements de sang. Ce qui est rendu peut bien remplir un grand verre.

Le 26, je la vois. Depuis le 21, elle n'a pas uriné; je la sonde et amène un litre d'urine claire. 72 respirations. P. 102.

Le 30 janvier, elle urine sans peine, ne vomit plus, mais n'a pas d'appétit, se sent brisée. Sa respiration eet normale.

Le 6 février, elle a repris ses occupations habituelles.

A cet état, j'ai opposé les divers antispasmodiques. L'opium seul, qu'elle réclame avec instance, lui a procuré quelques soulagements, soit en pilules d'extrait, soit en injections hypodermiques.

Voilà donc une fille hystérique chez laquelle les règles sont remplacées chaque mois par du malaise, de l'oppression, de l'anurie, parfois par des vomissements de sang. Dans l'intervalle de ses attaques, je l'ai auscultée attentivement; je n'ai rien entendu d'anormal. Dans la saison d'hiver, à trois reprises, elle a eu des accidents plus prononcés, une dyspnée excessive. Tout rentre dans un ordre relatif, après un nombre de jours plus ou moins grand. J'ai regretté de ne pas pouvoir analyser comparativement les vomissements et l'urine pour doser l'urée. En tout cas, la malade n'a présenté aucun accident cérébral ni délire, ni convulsions, ni coma. L'intelligence est restée nette.

— Aux documents cliniques que nous avons résumés dans les articles précités sur le fait de l'anurie hystérique, nous en ajouterons aujourd'hui quelques-uns sur les vomissements de sang, que nous emprunterons à une thèse récente de M. Louis Ferran, sur ce sujet.

Du vomissement de sang dans l'hystérie.

M. le docteur Ferran a réuni, dans cette thèse, un assez grand nombre d'observations, pour la plupart inédites, à l'aide desquelles il a essayé de constituer un groupe particulier de cette forme de l'hystérie que les Anglais ont désignée sous le nom d'hystérie locale, *local hysteria*. La localisation ici est la région épigastrique et le phénomène dominant l'hématémèse, qui ne serait plus ainsi un phénomène secondaire et indépendant de la névrose, mais une de ses manifestations réelles.

Voici quels sont les principaux résultats de l'analyse de ces observations nouvelles rapprochées de celles qui étaient déjà consignées dans les annales de la science.

Comme dans l'ulcère de l'estomac, mais avec des différences symptomatiques, des antécédents et des concomitances qui permettraient difficilement de confondre ces deux états, les malades dont il s'agit présentent des douleurs gastriques, des vomissements et des hématémèses.

Les douleurs gastriques consistent en une gastralgie avec sensation de brûlure ou de déchirement, dépravation de l'appétit et véritable dégoût pour les aliments, associée souvent à une hyperesthésie cutanée de la région épigastrique, l'épigastralgie décrite par M. Briquet. Cette douleur gastralgique peut être telle que la pression sur le creux épigastrique provoque des attaques, comme la pression de l'ovaire chez les hystériques présentant l'ovaralgie.

Au degré le plus élevé de cette gastralgie, les vomissements sont constants.

Quelques instants avant le vomissement de sang, la douleur gastrique habituelle s'exaspère; peu à peu, au milieu d'une grande anxiété surviennent de la pesanteur et de la plénitude d'estomac, puis l'hémorrhagie s'accompagnent d'un ballonnement considérable qui augmente l'oppression et les angoisses. Dans quelques circonstances une syncope ne durant que quelques minutes précède le vomissement.

En un mot, les traits remarquables de ces vomissements dans une première variété de faits sont ces douleurs intolérables.

D'autres fois l'hématémèse apparaît comme un phénomène isolé, et son début est brusque et soudain: au milieu d'une santé relativement bonne, la malade est surprise, après quelque léger malaise, de vomir du sang presque sans douleur et sans éprouver ces difficultés et ces efforts signalés dans les cas précédents. L'hématémèse chez les malades de cette seconde catégorie, n'est précédée que de quelques phénomènes qui indiquent un travail anomal sur la muqueuse gastrique, mais sans ces contractions violentes et ce sentiment de brûlure ou de déchirement dont il était question tout à l'heure. Dans ces cas aussi, la syncope, quand elle survient, suit plutôt qu'elle ne précède le vomissement.

La quantité de sang expulsé varie de quelques gorgées à plusieurs verres.

L'époque de la première apparition des vomissements de sang est très-variable. Dans deux des observations que rapporte M. Ferran, le vomissement a été le premier phénomène, et il eût été difficile de le rapporter à la névrose, en l'absence de toutes autres manifestations hystériques, si celles-ci ne s'étaient

montrées plus tard. Dans d'autres cas, le vomissement de sang est survenu chez des personnes dont l'estomac était déjà préparé par des vomissements alimentaires antérieurs, des suppressions et des troubles menstruels, des hémiplégies, des paraplégies, contractures, hémi-anesthésies et attaques fréquentes.

Dans certains cas, le vomissement de sang s'est produit pendant une perte absolue du sentiment, au milieu d'une crise, de mouvements convulsifs.

Quelquefois des troubles sensoriels, tels que bourdonnements d'oreilles, obscurcissement de la vue, ont accompagné l'hémorrhagie.

Le vomissement est survenu quelquefois brusquement, sans prodromes, sans effort, le sang arrivant par gorgées.

En général, irrégulières dans leur retour, ces hémorrhagies se sont montrées parfois avec une certaine périodicité, précédant les règles ou coïncidant avec elles.

Enfin un trait caractéristique et important à considérer dans ces faits, c'est la multiplicité des hémorrhagies.

Toutes les malades dont M. Ferran rapporte les observations sont jeunes ou n'ont pas dépassé l'âge adulte, et elles ont presque toutes présenté ces circonstances communes d'un tempérament nerveux, d'une nature impressionnable et de vives impressions morales antécédentes.

Il ressort, en résumé, de l'étude à laquelle s'est livré M. Ferran sur ce sujet que l'hématémèse se présente, dans les conditions communes où se sont trouvées toutes les femmes qui en ont été le sujet, avec des caractères propres et déterminés qui permettent de la regarder comme indépendante d'une cause matérielle.

Catalepsie.

L'attaque cataleptique de la malade du service de M. Desprès à l'hôpital-Cochin est terminée. Voici ce qui s'est passé depuis les derniers renseignements que nous avons donnés.

Samedi la malade se plaignait de ne point voir, elle disait dans son demi-sommeil : Je suis aveugle.

Dimanche dernier elle a reconnu tout le monde du service, elle a pris du bouillon et du café au lait qu'elle n'a pas vomis. La vue était entièrement revenue. Le pouls était à 70, température 37.

Lundi, la nuit a été bonne, sommeil calme ; la malade s'est plaint de douleurs dans les articulations, douleurs qu'elle comparaît à de la fatigue. Elle a mangé une aile de poulet qu'elle a bien digérée.

Mardi elle était entièrement revenue à la santé, elle était gaie et se nourrissait bien. L'accès de catalepsie et ses suites sont entièrement terminés.

Dr Brochin.

DU VAGINISME

Par M. E. Bouchut, médecin à l'hôpital des Enfants-Malades.

Le spasme du sphincter vaginal que l'on observe assez souvent, à la suite des premières approches conjugales, a quelques points de contact avec le spasme du sphincter anal, et il est souvent dû à la même cause. C'est une circonstance digne d'être connue des médecins qui ont à traiter cette affection si douloureuse.

D'après ce que j'ai vu chez plusieurs jeunes femmes à la suite de leur mariage, il se fait, à la partie inférieure de l'ouverture vaginale, au niveau de la fourchette, une petite fissure longitudinale, étroite, longue d'un demi-centimètre, et qui est très-douloureuse au toucher. Le contact du doigt provoque une douleur très-vive, exactement comme dans certains cas de fissure à l'anus. Le même phénomène se reproduit lors du rapprochement sexuel et en empêche l'accomplissement. C'est une douleur excessivement vive qui cesse avec le contact des parties.

Il ne faudrait pas croire que le vaginisme ne s'observe que chez la femme déflorée. Je l'ai vu chez une fille vierge atteinte de leucorrhée lymphatique et à laquelle on avait prescrit des injections. Ce soin était devenu impossible en raison de la douleur que provoquait l'introduction de la canule. Dans ce cas, une légère fissure de l'hymen était la cause de la douleur et ne permettait pas le contact du doigt.

La thérapeutique du vaginisme semble faire de la dilatation forcée du vagin le meilleur moyen de guérison de cette maladie. Ce serait la même chose que dans le traitement de la fissure à l'anus. Je ne partage pas cette opinion, et je crois que dans l'une et dans l'autre maladie, il y a quelque chose d'utile à faire avant de recourir à la dilatation forcée.

Dans plusieurs cas, j'ai guéri les malades sans opération et par les moyens les plus simples, que tous les médecins peuvent employer pendant quelques jours.

Ces moyens consistent dans l'emploi des suppositoires vaginaux de ratanhia et en bains d'eau de son.

Pour les suppositoires, il faut les faire préparer de la facon suivante :

Beurre de cacao.	5 grammes.
Extrait ratanhia.	3 —

Incorporez avec soin.

Le matin et le soir, il faut introduire un de ces suppositoires dans le conduit vaginal et l'y laisser fondre.

Puis, tous les jours, la malade prendra un bain de son d'une heure. De cette manière, j'ai pu guérir quelques cas de vaginisme sans recourir à une opération aussi désagréable pour les femmes que pour les maris.

OBSERVATION D'APHONIE

DUE A LA PRÉSENCE D'UN CORPS ÉTRANGER DANS LE LARYNX

par M. V. de Fourcauld, interne à l'infirmerie centrale des prisons de la Seine.

Le nommé X... est entré à l'infirmerie centrale des prisons de la Seine en avril 1874. Il était atteint de tuberculose et de mammite.

Je laisse de côté l'affection des mamelles qu'il présentait, pour ne m'occuper que de la tuberculose.

X... n'a jamais été bien malade à son dire. Il exerçait plusieurs métiers simultanément qui produisaient une somme de travail assez fatigante. Il se rappelle très-bien avoir eu une diarrhée rebelle, des sueurs nocturnes, souvent de la toux avec dyspnée, mais il ne s'en est jamais préoccupé.

Le 12 ou le 13 avril 1873, il a dit-il, *fait le pari d'avaler plusieurs pièces d'or*. Il en avala 7 en effet, dont 5 pièces de 20 francs et 2 de 10 francs. Les 5 pièces de 20 francs et une de 10 francs ont été retrouvés par lui, le lendemain, dans les excréments, *une* n'a pu être retrouvée. *Immédiatement* la voix est devenue rauque, puis il y a eu aphonie presque complète. Il est alors entré à l'Hôtel-Dieu, puis à Beaujon. Il a été traité comme tuberculeux. Quant à son aphonie, *elle a désespéré les médecins* (ce sont ses propres expressions) qui n'ont jamais pu améliorer sa situation sur ce point. Une Américaine qui suit depuis longtemps déjà les divers services de l'Hôtel-Dieu crut remarquer, en palpant le cou, qu'il avait un corps étranger dans le larynx, ou aux approches du larynx. Elle n'insista pas là-dessus cependant, pas plus que le malade, qui ne crut pas devoir parler, probablement pour une cause facile à comprendre, *du pari qu'il avait gagné et de la disparition* de la seconde pièce de 10 francs par lui avalée.

En avril 1874, il fut condamné pour vol à un an de prison et interné à Sainte-Pélagie, puis envoyé le 29 avril à l'infirmerie centrale. Il fut reconnu tuberculeux et opéré le 2 mai 1874 du testicule gauche rempli de tubercules, par le docteur Petit, qui faisait alors l'intérim du docteur Legroux. Le malade était toujours presque aphone, la moindre fatigue lui causait une gêne extrême pour respirer. On crut

et l'on croyait encore jusqu'au 21 décembre à des tubercules du larynx. Cela était permis évidemment, car il était et il est encore manifeste que les poumons sont envahis. En outre, comme je l'ai dit plus haut, le testicule gauche fut pris lui aussi (1). On devait donc penser à une phthisie laryngée. Je dois dire cependant que l'examen du malade au laryngoscope aurait très-probablement conduit à un diagnostic plus vrai. Mais ni à l'Hôtel-Dieu, ni à Beaujon, ni à l'infirmerie centrale, on ne songea à cet examen, tant l'idée de l'envahissement du larynx par les tubercules était naturelle. Les choses en étaient là, lorsque le 21 décembre à quatre heures du matin, X... fut pris d'une quinte violente de toux. Il fit de grands efforts pour cracher, et quel ne fut pas son étonnement de sentir dans sa bouche un petit corps dur qu'il retira aussitôt. Il reconnut la pièce de 10 francs qui, il y a *vingt-deux mois*, n'avait pas pris le chemin naturel suivi par les autres.

Cette pièce, que nous avons vue, est légèrement oxydée sur une de ses faces. *La voix est instantanément revenue.* Il n'y a plus de dyspnée, du moins celle qui reste est une conséquence de l'état des poumons ; mais n'est pas comparable à celle que ressentait le malade avant d'avoir débarrassé son gosier du corps étranger.

Comment a dû agir cette pièce pour provoquer cet enrouement? on ne peut songer à une inflammation de voisinage, qui, primitive à l'endroit où se serait placé le corps étranger, aurait ensuite atteint les cordes vocales ; si l'on admettait cette cause, en effet, comment expliquerait-on le retour *instantané* de la voix à l'état normal après l'expulsion du corps étranger.

Il est infiniment plus probable que la pièce s'est logée dans le repli arythénoïdo-épiglottique et a alors dévié ou soulevé une des cordes vocales d'une façon très-légère, car un rien suffit pour empêcher les vibrations de la corde, ou au moins pour les diminuer. M. Anger, chirurgien des hôpitaux, nous citait ces jours-ci un exemple de ce fait. Il a eu à soigner une dame dont la voix était devenue très-rauque subitement. Un petit polype gros comme la tête d'une épingle était implanté dans le ventricule du larynx et s'appuyait légèrement contre une des cordes vocales.

L'aphonie que présentait le nommé X... était donc due à une cause mécanique qui, venant à disparaître, a fait disparaître l'effet.

THÉRAPEUTIQUE

Cresson. — Jus concentré de cresson.

Il est peu de plantes qui aient joui d'une plus haute réputation dans l'art de guérir que le cresson. Depuis Hippocrate, Gallien et Dioscorides jusqu'au temps actuel, ce végétal a passé à juste titre pour le meilleur des dépuratifs. Mérat, Cazin, Chaumeton, Richard, Chatin, Endeliker et tous les auteurs classiques sont unanimes sur ce point. Du reste, l'analyse chimique, en nous faisant connaître sa composition, nous renseigne d'une manière positive sur la valeur de ses propriétés, et nous donne l'explication de la faveur qui ne lui a jamais fait défaut. Pourquoi donc ce médicament, dont les vertus sont si bien appréciées, qui peut rendre d'importants services au médecin, et que la science ancienne comme la science moderne reconnaissent excellent, est-il si peu employé ? Ne faut-il pas croire que sa vulgarité même le faisait oublier ? Mais si nous dédaignons souvent ce qu'il nous serait si facile et si utile d'emprunter à notre *flore française*, il est encore une raison qui explique l'oubli dans lequel est resté le cresson. C'est son mode d'emploi. Jusqu'à ce moment, en effet, on n'a eu généralement recours qu'à deux formes très-défectueuses d'administration : 1° en nature avec du jus de viande ou assaisonné en salade; 2° sous forme de suc exprimé de la plante verte. Or, dans le premier cas, l'usage du cresson ne peut avoir de résultats heureux que s'il est absorbé en quantités considérables, ce qui est impossible pour les enfants en bas âge et les malades. Dans le second cas, outre qu'il est difficile de se procurer le cresson en toute saison, il est plus difficile encore d'en extraire le suc et de le conserver longtemps. C'est pour remédier à cet état de chose qu'un pharmacien distingué de l'école supérieure de pharmacie de Paris propose au corps médical, sous le nom de cresson B. Dupuy, un suc concentré, permettant d'administrer le cresson en tout temps et en tous lieux. Ce suc que nous avons examiné se prend avec la plus grande facilité et se conserve indéfiniment.

Pour le préparer, M. Dupuy n'emploie que le cresson, qu'il cultive lui-même. Mettant à profit les judicieux conseils que M. le professeur Chatin, l'éminent directeur de l'école de pharmacie de Paris a donnés dans son excellente monographie du cresson, il n'a rien négligé de ce qui était capable de concourir à augmenter la somme des principes actifs contenus naturellement dans la plante. Le mode de culture, le choix du terrain, l'apprêt artificiel qu'il lui fait subir, la nature des eaux à employer, l'époque de la cueillette, etc., ont particulièrement attiré son attention. Mais ce qui surtout est digne de remarque, c'est le procédé ingénieux dont il se sert pour faire absorber à ses plantes diverses substances médicamenteuses qui se trouvent ainsi *végétabilisées* en quelque sorte et leur donnent une valeur exceptionnelle. C'est ce qui explique l'énergie des propriétés du suc qu'il prépare. Du reste, l'analyse chimique qui en a été faite nous donne la raison de sa valeur réelle. Il contient : 1° une huile essentielle sulfureuse, 2° un principe amer, 3° de l'iode, 4° du fer, 5° des phosphates. L'expérience a démontré que l'huile essentielle est l'agent énergique d'une puissante médication générale (dépurative, anti-rachitique et scrofuleuse). Le principe amer est apéritif et fébrifuge ; l'iode est employé dans le traitement et la cure des maladies les plus diverses (affections des voies respiratoires, scrofules, rachitisme). Le fer trouve son application dans la chlorose, l'anémie, etc. Les phosphates comptent parmi les principes essentiels et fondamentaux de l'alimentation. On connaît le rôle immense qu'ils jouent dans les phénomènes de la nutrition. Notons que tous ces corps se trouvent dans le cresson le mieux préparé pour l'assimilation et forment, par leur réunion, comme le fait si judicieusement observer M. Léon Marchand dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine*, un excellent médicament à opposer aux maladies dans lesquelles il y a atonie digestive, où l'on rencontre de la débilitation, cachexie, phthisie, dartres, scrofules, anasarque, etc., où il est besoin d'un excitant soit des voies urinaires, soit des voies respiratoires, soit encore de la peau. Il ne faut donc pas le considérer comme s'adressant spécialement à telle ou telle affection, mais bien à une manifestation générale. C'est là la clef de tout son succès; c'est un antiscorbutique, c'est un excitant, c'est un stimulant. On reconnaît son utilité dans la plupart des maladies chroniques accompagnées de débilité et dans toutes les circonstances où il faut augmenter les forces digestives et l'action vitale en général. On le donne aux personnes qui ont des maladies de la peau, des symptômes de scorbut, des engorgements des viscères abdominaux, dont le sang est appauvri, la fibre molle, décolorée ; on le prescrit aux individus faibles, dont les digestions sont difficiles, l'appétit peu marqué. On le conseille surtout dans les maladies de poitrine.

Le cresson B. Dupuy, jus concentré, se donne à la dose de trois cuillerées à soupe par jour aux adultes et de trois cuillerées à café pour les enfants.

Ce mode d'administration n'est qu'une médication générale, car il appartient à chaque praticien de varier les doses selon les applications qu'il désire faire du médicament. Mais il était utile d'indiquer au praticien qu'il a sous la main un très-bon mode d'administration du cresson, et qu'il peut maintenant facilement et dans toute saison se servir de cet excellent agent thérapeutique. L'Académie de médecine et diverses sociétés savantes qui l'ont expérimenté sont unanimes pour reconnaître son efficacité.

(1) Depuis que cette observation a été rédigée, on a dû enlever le second testicule au malade. Il avait été envahi presque complétement par le tubercule et causait d'insupportables douleurs.

PHARMACOLOGIE

Un mot encore sur la teinture obstétricale.

Par M. le docteur A. Liégard (de Caen).

M. Richaud, pharmacien, a fait insérer (numéro du 24 avril dernier), une modification de la préparation pharmaceutique de ma *teinture obstétricale.* Cette modification, dans laquelle toutes les substances médicinales restant les mêmes, la proportion de l'alcool serait augmentée de telle sorte qu'il pût *s'emparer complétement de tous les principes contenus dans ces substances,* cette modification est peut-être plus conforme aux préceptes du code pharmaceutique; mais ce que je puis affirmer, c'est que cette teinture préparée selon la formule que j'ai indiquée (numéro du 9 mars dernier), procédé établi par l'un de nos meilleurs pharmaciens de Caen, m'a toujours parfaitement réussi; et je saisis avec empressement cette occasion de la recommander, *modifiée ou non,* à tous les praticiens, qui ne devraient jamais, je le répète encore, se rendre chez une femme *en travail,* sans emporter une dose suffisante de ce précieux médicament.

REVUE DE LA PRESSE

Bons effets du chloral dans le delirium tremens.—M. Ch. Bernard, médecin en Algérie, dit avoir toujours obtenu de très-bons résultats de l'emploi du chloral dans le tétanos traumatique, dans les convulsions, dans le *delirium tremens,* etc. Il cite le fait suivant : Un ivrogne de profession est renversé par une voiture et a la jambe droite fracturée. Le quatrième jour, pris de fièvre, il détache son appareil, fait quelques pas et tombe. Reporté dans son lit, il est atteint d'un fort accès de *delirium tremens.* On le garrotte avec beaucoup de peine et on lui fait prendre 5 grammes de chloral; les désordres nerveux sont promptement arrêtés et un grand calme leur succède. A plusieurs reprises, le *delirium tremens* reparaît et chaque fois on le combat facilement avec le chloral. En présence de ces résultats, M. Ch. Bernard se demande si l'on a le droit d'exposer les malades aux dangers de l'injection intra-veineuse de chloral, au lieu de l'administrer simplement par les voies digestives.

Toutefois le fait suivant prouve que l'administration, par la bouche, du chloral à hautes doses est loin d'être absolument sans dangers, comme le pensent beaucoup de médecins.

(*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

Empoisonnement par une forte dose de chloral prise par la bouche. — M. Chouppe est appelé, dans la nuit, auprès d'un homme que l'on venait de trouver étendu sur son lit sans connaissance, sans mouvements, la face pâle et la respiration stertoreuse. Ses globes oculaires sont fortement congestionnés, mais non déviés; les pupilles excessivement rétrécies; la bouche étant entr'ouverte, la mâchoire inférieure retombe par son propre poids. Pas de roideur du cou, pas de déviation des traits. Le pouls est petit, irrégulier. Les extrémités sont froides, cyanosées. La température rectale est de 36°2. L'idée d'un ictus apoplectique ou d'un coma épileptique vient d'abord à l'esprit de M. Chouppe, mais elle est bientôt abandonnée pour celle d'un empoisonnement par un narcotique.

L'état du malade s'aggrave beaucoup, le pouls est à peine perceptible à la crurale, les membres et le tronc sont complétement froids, et recouverts d'une sueur froide et visqueuse, la température tombe à 31 degrés. Tartre stibié, sinapismes, électrisation avec l'appareil de Gaiffe. Toute respiration a cessé, les battements du cœur ne sont plus perceptibles, la température est à 30°6. Respiration artificielle, électrisation pendant quarante minutes. Le malade revient à la vie (le premier signe qui se manifesta fut une dilatation des pupilles, cessant aussitôt qu'on interrompait le courant). Il reconnaît les personnes qui sont autour de lui : il s'endort d'un sommeil calme jusqu'au lendemain matin neuf heures. Alors on apprend de lui que, dormant mal depuis plusieurs jours, il avait mis un peu d'eau dans un flacon qu'il croyait contenir 3 ou 4 grammes de chloral, et qui n'en contenait pas moins de 13 à 15 grammes. Aussitôt après avoir bu cette potion, il sentit une sensation de brûlure sur le trajet de l'œsophage, but un grand verre d'eau, commença à se dévêtir, se mit sur son lit en sentant une légère pesanteur de tête, et, depuis ce moment, n'a plus eu conscience de ce qui s'est passé.

(*Soc. de biolog.*)

Inoculabilité de l'herpès et de l'impetigo. — M. le docteur Douaud (de Bordeaux) a entrepris sur lui-même un certain nombre d'expériences tendant à prouver l'inoculabilité de certaines affections de la peau, en particulier de l'herpès.

Le 19 juillet 1862, il fait sur la face antérieure de son avant-bras gauche trois inoculations avec du liquide pris dans des vésicules d'herpès préputial. Le 20, deux de ces inoculations sont entourées d'une auréole rouge. Le 21 au soir, la vésicule est complétement formée sur elles deux; légère démangeaison. Le 22, les vésicules se rompent sous l'influence du frottement des vêtements. Il se forme une croûte jaune brun qui, en tombant, laisse à sa place une surface arrondie de 3 millimètres de diamètre environ ; sensation de cuisson assez vive, la croûte se reforme peu à peu. L'auréole inflammatoire persiste jusqu'au 26. Les croûtes ont disparu le 28. Ultérieurement, pas de cicatrice.

Le 6 juillet 1855, M. Douaud se fait sur l'avant-bras gauche deux inoculations avec du liquide pris dans des vésicules d'herpès labial. Un peu au-dessous, il fait, avec une lancette propre, une légère piqûre. Dix heures après, petite auréole rouge autour des deux inoculations, légère démangeaison, à leur niveau. La piqûre faite avec la lancette propre est à peine visible, peu de démangeaison. Le 7 elle a disparu ; les deux autres inoculations sont saillantes et rouges. Le 8, l'une d'elles cesse de se développer, l'autre offre une papule surmontée d'une vésicule visible à la loupe. Le 11, M. Douaud perce cette vésicule, et avec le liquide, qui est clair, jaune citron, il fait deux nouvelles inoculations sur le même avant-bras. Le 12, ces deux inoculations rougissent; le 14, les vésicules sont formées et paraissent contenir un liquide trouble; auréole rouge, étendue; démangeaison caractéristique. Ces vésicules deviennent très-grosses; lorsqu'on les rompt, elles donnent issue à un liquide clair citron. Les excavations qu'elles laissent à leur place se recouvrent d'une croûte qui tombe neuf jours après.

Les trous de ces inoculations mettent plus de temps à disparaître que les traces d'herpès. Aucune d'elles ne s'accompagne de lymphangite ni d'adénite ; elles ne laissent pas non plus de cicatrice.

En 1868, M. Douaud renouvelle la même expérience, avec du liquide pris dans les vésicules d'un herpès préputial, cette fois sans résultat. Mais les expériences précédentes suffisent amplement pour démontrer l'inoculabilité de l'herpès.

Quant à l'impetigo, M. Douaud a pensé que l'expérience sur lui-même était inutile pour en démontrer l'inoculabilité ; il se contente de citer les deux observations suivantes :

Une dame âgée de vingt-sept ans, bien constituée, sans diathèse herpétique, scrofuleuse ou autre, est mère d'un enfant d'un an qui jouit aussi d'une bonne santé; cet enfant est mis en contact avec un autre enfant porteur d'impetigo de la face; quelques jours après il était atteint lui-même d'impetigo de la face, et peu de temps après sa mère portait, sur la joue contre laquelle elle appuyait souvent la figure de son enfant, trois croûtes offrant la couleur carastéristique des croûtes d'impetigo.

Une dame de trente-deux ans, vigoureusement constituée, est mère de plusieurs enfants; l'un d'eux, âgé de six mois, est atteint d'impetigo à la face et aux mains. Quelques jours après, la mère a trois plaques d'impetigo, deux sur la joue droite, contre laquelle elle appuie fréquemment la tête de son enfant, et une sur l'aile gauche du nez.

M. Douaud pourrait citer un grand nombre de faits analogues.

(*Bordeaux médical.*)

Aphasie. — M. le docteur Morbieu (de Saint-Palais) a eu l'occasion d'observer un cas d'aphasie qui présente de l'intérêt.

Un cultivateur, âgé de trente ans, d'une bonne santé habituelle, sans autres antécédents qu'une diminution de l'appétit et d'abon-

dantes transpirations remontant à plusieurs mois, tombe, le 14 septembre 1873, frappé d'une attaque apoplectiforme. Le lendemain l'état du malade est très-satisfaisant; il n'accuse aucun trouble de la sensibilité, ni de la motilité, seulement la parole est très-difficile. Le 20, violente douleur à la région précordiale, sentiment de constriction au niveau du larynx, convulsions, céphalalgie intense, hypéresthésie de toute la surface du corps. L'intelligence demeure intacte. A la suite de ces accidents, qui durent deux heures, la parole est complétement perdue. Sauf cette aphasie complète, on n'observe plus rien de particulier, et le malade reprend toutes ses occupations. Un soir, en se couchant, il fut pris d'une toux légère, et la parole lui revint. Pendant trois jours, il s'exprima avec la plus grande facilité; puis, à la suite de nouvelles douleurs précordiales, il perdit de nouveau l'usage de la parole pour ne plus le recouvrer. Pendant cinq à six mois, ce pauvre homme fut pris de nombreuses attaques semblables aux premières, n'entraînant après elles aucun trouble dans sa santé, puisque chaque fois il put reprendre ses occupations souvent très-pénibles; le traitement consiste dans l'administration de sulfate de quinine, de bromure de potassium et des révulsifs. Le 28 février, la déglutition d'abord difficile était devenue tout à coup impossible. Cet accident disparaît promptement sous l'influence de douches froides sur la partie antérieure du cou et de deux séances de faradisation. Depuis cette époque jusqu'au 15 janvier 1875, les accès convulsifs ne se reproduisirent plus; peu de douleurs, aucune altération des sens, ni de la sensibilité, ni de la motilité; pas de diminution de la force musculaire; aucun trouble fonctionnel, sauf cette complète aphasie; l'intelligence est parfaitement intacte; ce jeune homme dirige une exploitation agricole importante, et quand il ne peut se faire comprendre par le jeu de sa physionomie, d'ailleurs très-expressive, il exprime très-facilement sa pensée par l'écriture.

L'auteur fait ressortir avec raison, dans ce cas, la coïncidence de cette aphasie complète avec la conservation entière des facultés intellectuelles. Sans nier d'une façon absolue l'existence d'une lésion anatomo-pathologique, difficile à admettre à cause de cette interruption de l'aphasie pendant trois jours, M. Morbieu paraît plus disposé à rattacher cette singulière affection à un trouble purement dynamique. (*Un. méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 avril 1875. — Présidence de M. LEFORT.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

PRÉSENTATIONS

M. GUYON dépose, de la part de M. Roustan, médecin aide-major, une observasion de fracture du rocher avec rejet de pulpe cérébrale par l'oreille droite; guérison rapide. (Commiss. : MM. Boinet, Marjolin et Paulet.)

M. LARREY dépose un mémoire intitulé : *De l'électrolyse considérée dans les êtres organisés; applications thérapeutiques.*

M. VERNEUIL dépose, au nom de M. Alfred Fournier, un volume intitulé : *Clinique de Lourcine*; au nom de M. da Silva, un volume intitulé : *Conférences de clinique chirurgicale faites à l'hôpital de Bahia*; et de la part de M. Gombault, médecin aide-major, sa thèse inaugurale sur l'*Emploi de l'écraseur linéaire dans les amputations.*

M. PAULET, au nom de M. Droussant (de Lille), dépose une observation de tumeur abdominale constituée par de nombreux calculs biliaires enkystés.

M. LE PRÉSIDENT a reçu une lettre du président du Congrès périodique des sciences médicales invitant la Société de chirurgie de Paris à se faire représenter au prochain congrès, qui se tiendra à Bruxelles au mois de juin prochain. La société accepte avec empressement l'invitation qui lui est faite et désignera ultérieurement les membres qui devront faire partie de cette députation officielle.

LECTURES

M. NICAISE donne lecture, au nom de M. Guérin, empêché par le concours du bureau central d'assister à la séance, d'une observation de hernie ombilicale étranglée, opérée sans ouverture du sac. Guérison.

M. PERRIN lit une observation de hernie ombilicale volumineuse étranglée, traitée par la méthode ordinaire et guérie. Cette observation a été recueillie dans le service de M. Hutin, aux Invalides, en 1853. Il s'agit d'un ancien gendarme atteint depuis vingt ans d'une hernie ombilicale ayant atteint lentement le volume du poing. Le malade n'avait jamais éprouvé d'accidents dus à cette hernie; il prenait seulement la précaution de la réduire au moment des repas. Le 22 février 1853, il ne put y parvenir et fut porté à l'infirmerie avec tous les signes d'un étranglement herniaire. La tumeur avait le volume d'une tête de fœtus à terme. Tous les moyens de réduction ayant été épuisés sans succès, M. Hutin se décida à l'opérer. Après avoir ouvert largement le sac et débridé l'anneau en trois points par de petites incisions de 1 millimètre, il réduisit facilement la tumeur et réunit les bords de la plaie par des points de suture. Les accidents cessèrent. La guérison, retardée par des abcès phlegmoneux autour de l'ombilic et des accidents généraux scorbutiques, fut néanmoins obtenue, mais il y eut récidive de la tumeur.

M. BOINET cite trois opérations de hernie ombilicale étranglée, dont deux ont été suivies de mort et la troisième de guérison. Il s'élève contre la gravité attribuée, par M. Desprès, à l'incision de l'anneau ombilical. En pratiquant l'ovariotomie sur une malade, dont il a entretenu la société, et qui avait subi deux fois cette opération avec succès, il a fait l'incision sur la ligne médiane, sans la faire dévier pour éviter l'anneau, et le résultat obtenu témoigne en faveur de l'innocuité de cette incision. Quant au pronostic à porter sur les suites de l'opération de la hernie ombilicale étranglée, il faut distinguer celles qui étaient habituellement réductibles et celles qui ne l'étaient pas. Les premières peuvent guérir; les secondes, plus grosses et ayant contracté des adhérences avec les parties voisines, sont toujours plus graves.

M. MARJOLIN, à propos de la présentation faite, par M. Tillaux, dans la dernière séance, d'une malade guérie d'une fracture chirurgicale du col du fémur, fait observer qu'on ne peut comparer la flexion permanente de la cuisse sur le bassin qu'on observe quelquefois après l'accouchement avec celle qui résulte d'une coxalgie ou d'une lésion osseuse ancienne.

M. LE PRÉSIDENT déclare vacante une place de membre titulaire et invite les candidats à faire parvenir leur demande.

PRÉSENTATION DE MALADE

Luxation médio-carpienne. — M. DESPRÈS présente un jeune homme de vingt ans chez lequel une chute d'une balançoire a produit une *luxation du poignet en avant*. Il n'y a ni douleur ni gonflement depuis huit jours, mais un déplacement permanent. La saillie en avant du cinquième métacarpien est très-manifeste. Il y a une déformation en dos de fourchette, mais contrairement à celle qui est caractéristique dans la fracture de l'extrémité inférieure du radius, cette déformation existe inférieurement, la main étant dans la pronation. M. Desprès a diagnostiqué : *Luxation médio-carpienne.*

DISCUSSION

M. TILLAUX a observé, il y a peu de temps, une lésion qui lui semble identique chez un malade qui avait fait une chute en arrière. Il a la certitude que c'était une luxation *carpo-métacarpienne*, pour l'avoir réduite et reproduite facilement à plusieurs reprises. Il a pris le moule de cette luxation et demande que la même opération soit faite pour le malade de M. Desprès avant d'opérer la réduction.

M. DESPRÈS. On réduit presque cette luxation en relevant fortement la main; si c'était une luxation carpo-métacarpienne, cette manœuvre l'augmenterait.

Après examen du malade, les avis sont partagés entre une luxation radio-carpienne et une luxation médio-carpienne.

MM. Tillaux, Guyon et Perrin sont seuls d'avis qu'ils s'agit d'une luxation carpo-métacarpienne.

M. TILLAUX. La luxation carpo-métacarpienne est très-rare et se produit difficilement; il n'a pu l'obtenir sur des cadavres, à Clamart.

M. LEFORT hésite entre une luxation médio-carpienne et une luxation radio-carpienne.

M. PAULET est de l'avis de M. Desprès.

Sur la demande de M. Desprès, la société décide, afin d'éclairer le diagnostic, que le moule de cette luxation sera pris pour être comparé à celui de M. Tillaux, et que trois membres assisteront M. Desprès lors de la réduction. MM. Paulet, Perrin et Tillaux sont désignés.

LECTURE

M. CHAUVEL, médecin aide-major au Val-de-Grâce, donne lecture d'un travail sur l'emploi combiné de la morphine et du chloroforme. Ce travail est divisé en trois parties : 1° historique; 2° observations personnelles; 3° résumé des résultats.

Les conclusions sont les suivantes :

1° L'anesthésie mixte n'offre aucun avantage, son emploi doit être limité à quelques cas graves et mal déterminés. Elle produit de l'analgésie sans anesthésie, et son effet est de courte durée.

2° Elle offre plus de danger que l'anesthésie par le chloroforme.

3° Elle doit être repoussée pour les opérations qui suivent les traumatismes graves. (Commiss. : MM. Paulet, Perrin, Marjolin.)

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

62. Martin. Étude clinique sur le traitement de quelques complications des rétrécissements de l'urèthre.
63. Leroy. Blessure de l'artère intercostale.
64. Boda. Traitement de la métrite parenchymateuse chronique étudié surtout au point de vue de la cautérisation électrique.
65. Bally (de Roumanie). Sur la leucocythémie.
66. Juif. De l'anesthésie alcoolique.
67. Sparado. Essai sur le pneumothorax consécutif à la thoracentèse.
68. Dubrulle. Essai sur la pathogénie d'un cas de leucémie aiguë.
69. Crosnier. Étude sur quelques cas de monstruosités fœtales. Pseudencéphales-encéphalocèles avec anomalies du côté de la face, de l'appareil oculaire et des membres, observés à la maternité de Cochin.
70. Pasturaud. Étude sur les cals douloureux.
71. Carrier. Du traitement de l'arthrite fongueuse par la compression.
72. Sales. Essai sur la péritonite par propagation au début de la fièvre typhoïde.
73. Haueur. De la maladie charbonneuse.
74. Dudynski. De la dilatation progressive rapide dans le traitement des rétrécissements du canal de l'urèthre.
75. Charrier. De l'épilepsie traumatique et consécutive aux plaies de la tête et de la trépanation.
76. Goutière. L'état des veines dans les anévrysmes des membres.
77. Dianoux. Du scotome scintillant ou amaurose partielle temporaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours pour l'agrégation en chirurgie et accouchements. — Dans la séance du jeudi, 29 avril, MM. Richelot et Jullien ont eu à traiter des fractures de l'extrémité inférieure du fémur.

— Un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira :

A Paris, le 24 août 1875; — à Lille, le 31 août; — à Nancy, le 3 septembre; — à Besançon, le 6 septembre; — à Lyon, le 9 septembre; — à Marseille, le 13 septembre; — à Montpellier, le 16 septembre; — à Toulouse, le 20 septembre; — à Bordeaux, le 24 septembre; — à Rennes, le 28 septembre.

Pour les diverses conditions du concours, s'adresser au ministère de la guerre.

— *Hôpital des cliniques.* — M. le docteur Charpentier, agrégé commencera un cours d'accouchement pour les élèves sages-femmes le samedi 1er mai 1875 à midi et le continuera les mardis, jeudi et samedis suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. G. Tissandier, le seul survivant du *Zénith*, lit devant l'Académie la relation scientifique de son voyage aérien.

La température ambiante à la surface de la terre étant de + 14°, elle s'est abaissée progressivement jusqu'à 0°, à l'altitude de 4,387 mètres. A 7,400 mètres elle était de — 11°. A 5,300 mètres la température intérieure du ballon était de + 23°. Le thermométrographe, resté durant tout le temps de l'ascension dans le ballon, et retrouvé intact après la descente, marquait encore 23 degrés.

Ces faits semblent expliquer pourquoi le ballon monte si vite dans les hautes régions et pourquoi il descend avec non moins de rapidité quand on fait varier le poids du lest. Cependant des observations plus complètes sont nécessaires pour résoudre scientifiquement la question.

A une altitude de 4,602 mètres, M. G. Tissandier avait 110 pulsations à la minute ; à 5,300 mètres, Crocé présentait 120 pulsations à la minute, et Sivel 155. Un nombre de pulsations aussi variable, à peu près à la même altitude, et chez des hommes d'un âge peu différent, nous étonne et nous empêche de tirer de ce fait d'autre conclusion que celle que nous connaissions déjà, à savoir : que le nombre de pulsations augmente, d'une manière générale, avec l'altitude.

A une altitude de 5,210 mètres, la température buccale de Crocé était de 37°,50; celle de Sivel, à 5,300 mètres, était de 37°90. La différence de la température buccale des aéronautes, à peu près à la même altitude, coïncide avec la différence dans le nombre de pulsations. Évidemment, chez Sivel, les phénomènes physico-chimiques de la vie se produisaient avec plus d'intensité que chez ses deux compagnons. Était-ce le résultat d'une cause fortuite ? Était-ce la manifestation d'une constitution particulière ? Impossible de rien affirmer.

A 7,000 mètres, les aéronautes ont respiré le gaz oxygène préparé par M. Limousin sur les indications de M. P. Bert, et bien que M. Tissandier dise que ce gaz «les a ranimés», il n'en est pas moins vrai qu'à 7,500 mètres, selon ses propres termes, les voyageurs étaient «immobiles et certainement engourdis». C'est en ce moment que Sivel vida trois sacs de lest et que le ballon s'éleva dans de plus hautes régions.

A partir de ce temps le drame terrible commence, et c'est à peine si le survivant peut se rappeler quelques particularités utiles à connaître. « D'après mon souvenir aujourd'hui très-net, dit M. Tissandier, l'état d'engourdissement où l'on se trouve à cette altitude est particulier. Le corps et l'esprit s'affaiblissent peu à peu, sans qu'on en ait conscience. On ne souffre en aucune façon ; on ne pense plus au péril du voyage : on monte et l'on est heureux de monter. Le vertige des hautes régions ne semble pas être un vain mot. Je ne tardai pas à me sentir si faible que je ne pus même pas tourner la tête pour regarder mes compagnons. Bientôt, je veux saisir le tube à oxygène, mais il m'est impossible de lever le bras. Mon esprit cependant est encore très-lucide. Je considère toujours le baromètre, les yeux fixés sur l'aiguille qui arrive au chiffre de 280 qu'elle dépasse rapidement. Je veux m'écrier : Nous sommes à 8,000 mètres. Mais ma langue est paralysée. Tout à coup je ferme les yeux, et je tombe inerte, perdant absolument le souvenir. »

Le mot *vertige*, appliqué par M. Tissandier aux phénomènes qu'il a éprouvés, n'est pas, évidemment, le vertige des hautes régions, ou, du moins, en médecine, nous appliquons le mot à un phénomène bien différent quant à présent. Mais il est intéressant de suivre avec lui cette perte graduelle de toutes nos facultés à mesure que se modifient les conditions du milieu extérieur.

Le centre de perception (les couches optiques) vit encore puisque Tissandier *voit* les degrés du baromètre ; l'organe fondamental de la mémoire (périphérie corticale du cerveau) vit, lui aussi, puisque Tissandier *apprécie* la valeur des degrés du baromètre, et qu'on ne peut apprécier dans le souvenir ; enfin les éléments matériels de la *volition*, c'est-à-dire les fibres qui unissent les couches optiques aux cellules de la périphérie corticale vivent, eux aussi, puisque Tissandier *veut*. Une seule chose manque à Tissandier, c'est la possibilité de manifester sa volition par un acte. Il veut prendre le tube à oxygène, et il ne le peut pas ; il veut tourner la tête, et ses efforts s'épuisent en vain ; il veut crier, et il reste muet.

Que manque-t-il donc à son cerveau, quel est le rouage du mécanisme cérébral qui refuse son service ? Nous répondrons, d'après nos propres expériences : les corps striés. Mais il faut s'entendre. Les corps striés, centre d'où émanent tous les mouvements volontaires *sous l'influence de l'excitation* (excitant fonctionnel) *des couches optiques*, n'ont pas cessé de vivre ; mais l'excitation qu'ils reçoivent est insuffisante pour

deux motifs : 1° parce que l'activité des centres qui provoquent leur action dans un sens déterminé est diminué ; 2° parce que leur propre activité se trouve, elle aussi, diminuée comme celle des autres parties du cerveau. Les corps striés doivent être considérés, dans l'état de maladie qui nous occupe, comme le centre impuissant de toutes les insuffisances ; tandis que, dans l'état de santé, ils sont le centre efficace de toutes les activités.

On peut résumer ces phénomènes en disant que, sous l'influence de la dépression atmosphériques, l'ensemble diminué des activités cérébrales est incapable de provoquer la manifestation des mouvements volontaires.

A un degré de dépression plus élevé, les activités cérébrales diminuent encore d'intensité : le jugement s'obscurcit, le centre de perception ne perçoit plus rien, l'homme tombe dans l'inconscience absolue. Cependant le cerveau n'a pas cessé de vivre ; ses propriétés d'*organe vivant* persistent encore ; ses *propriétés fonctionnelles* seules restent muettes. Le cœur bat, le poumon respire ; mais ces mouvements se produisent avec une énergie très-faible, et bientôt l'organisme succombe sous l'action du milieu extérieur. Cette action, loin de se manifester par une accumulation de force sur notre corps, se traduit par une insuffisance d'action. L'air raréfié ne maintient plus les capillaires sanguins, et de là ces hémorrhagies, ces congestions pulmonaires généralisées qui sont, en vérité, la cause immédiate de la mort.

Il résulte de la connaissance du mécanisme que nous venons d'esquisser que, dans l'avenir, les aéronautes ont à se préoccuper de deux questions essentielles : 1° de la quantité d'oxygène nécessaire à la vie ; 2° de la pression barométrique nécessaire au maintien de l'intégrité des tissus vivants. C'est ce que nous avions déjà dit dans notre précédent compte rendu ; mais les circonstances nous y poussant, nous avons cru devoir donner à ces idées un certain développement.

L'ouverture des tubes barométriques, témoins imaginés par M. Janssen, a permis de constater que le *Zénith* s'était élevé à une hauteur de 8,600 mètres.

— MM. G. Hayem et A. Nachet envoient la description d'un nouveau procédé qu'ils appliquent à la numération des globules du sang. Ce procédé consiste à mélanger, comme on l'avait fait jusqu'à présent, une certaine quantité de sang avec du sérum et à circonscrire une partie mathématiquement déterminée de ce mélange sans altérer, par les manœuvres de l'opération, la répartition des globules.

Dr Édouard Fournié.

HOPITAL COCHIN. — M. Després.

D'une maladie chirurgicale causée par la station debout. De la contusion du talon.

Leçon recueillie par M. Marchant, interne du service.

Nous avons vu dans le service, à quelques mois de distance, deux malades qui présentaient une douleur vive dans un talon, où l'examen le plus scrupuleux ne permettait de constater aucune apparence de lésion, point de tuméfaction, point de rougeurs, rien enfin qui pût faire supposer une inflammation aiguë ou chronique.

Voici les faits :

B. M... (Gustave Charles), gardien de la paix, âgé de vingt-sept ans, petit de taille, blond, attaché au service des gardiens de la paix depuis deux ans, au sortir du service militaire, est entré à l'hôpital Cochin le 28 octobre 1873.

Depuis six mois, il éprouvait dans le talon, du côté droit, une douleur qui disparaissait par le repos et augmentait par la station debout. Il avait pris d'abord cette douleur pour de la fatigue. Ce malade suait habituellement des pieds. La pression sous le talon était peu douloureuse. On pouvait appuyer assez fortement sans que la malade souffrît. Pendant le station debout, le malade ressentait sa douleur, et elle augmentait, au point que le malade avait été obligé de s'arrêter déjà plusieurs jours de suite. Mais il avait résisté ; il avait repris son service, et enfin de guerre lasse, il était entré à l'hôpital.

Le talon ne présentait aucune apparence de lésion. Seulement l'épiderme et la peau des talons étaient relativement d'une épaisseur moindre qu'à l'état normal.

Le malade a été traité par le repos et a guéri. Mais à peine avait-il repris son service que le mal reparut. Trois jours après sa sortie de l'hôpital, il y rentra, le 11 décembre 1873. Il séjourna à l'hôpital pendant deux mois ; des applications de teinture d'iode sur ce talon, et surtout le repos prolongé, amenèrent la guérison. Le malade put reprendre son service le 24 février 1874. Seulement je lui conseillais de porter des chaussures épaisses et de placer dans son soulier une semelle en caoutchouc.

Cette année, ce malade était encore dans le service, il était entré au mois de septembre 1874, et cette fois c'était le talon du côté gauche qui le faisait souffrir. L'état des parties était le même que du côté opposé. Il n'y avait aucune apparence extérieure de lésion. Le 8 février, le malade est parti, n'étant pas encore complétement guéri, mais il pouvait néanmoins marcher. Ce malade était en instance pour obtenir un changement de position dans sa profession.

Pendant le cours de l'année dernière, nous avons vu un autre malade, qui présentait la même maladie. C'était encore un gardien de la paix qui était garde depuis quatre ans. Il éprouvait dans le talon droit depuis plusieurs semaines une douleur, qui avait été améliorée par le repos. Ce malade, comme le précédent, avait vu la douleur survenir peu à peu, sans qu'il pût la rattacher à une chute ou à un coup. On ne voyait et l'on ne sentait aucune lésion apparente du talon du côté malade comparé à celui du côté sain. La pression simple n'était point douloureuse, mais la pression forte et prolongée causait une douleur assez vive. Il n'y avait pas de sueur des pieds abondante, mais la peau des talons était peu épaisse.

Ce malade est resté quinze jours dans nos salles et a été amélioré rapidement. Je lui ai prescrit une chaussure à semelles très-épaisses avec une semelle en caoutchouc dans son soulier. Ce malade est revenu à la consultation, et il a pu continuer son service.

Un troisième malade s'est présenté ces jours-ci à la consultation. C'est un gardien de la paix comme les deux autres. C'est un homme solide, âgé de quarante et un ans, qui est gardien de la paix depuis sept ans. Il éprouve les mêmes douleurs que les malades précédents ; son talon gauche ne présentait aucune lésion apparente et était entièrement semblable au talon sain. L'épiderme était peu épais. Ce malade ne suait pas abondamment des pieds.

Le repos a été prescrit pendant six semaines, et il portera une semelle en caoutchouc dans son soulier.

En examinant bien le caractère de la douleur, une douleur que les malades comparent à la douleur causée par la compression de la chaussure sur les orteils et à une sensation de chaleur et même de brûlure, on arrive à conclure que la douleur est la douleur propre à la contusion par compression, dont Velpeau a donné la description dans sa thèse de concours sur

la contusion (1). Étant admis ce premier point, et en considérant que le mal existe chez des malades qui restent debout des heures entières, on peut établir que la maladie est une contusion profonde par pression intermittente.

Mais il s'agirait de préciser le point où la contusion exerce ses effets :

Est-ce sur la peau? Non certes, car on sait que les pressions intermittentes sur les pieds produisent, au niveau des articulations sur la face dorsale des orteils, des cors et sur leur face plantaire des durillons et même des maux perforants. La contusion du talon portant ses effets sur la peau, devrait y déterminer la production d'un durillon, et plus tard, d'un mal perforant. Des exemples de cette lésion ont été vus d'ailleurs.

Est-ce le périoste qui supporte le poids de la compression? Non, car il en résulterait une périostose, qui envahirait le pourtour de l'os et se traduirait à l'extérieur par du gonflement. Les fibres tendineuses des courts fléchisseurs des orteils, confondus avec le périoste, ne paraissent pas davantage être le siége de la contusion. Mais il y a entre le derme et la peau du talon et l'os un tissu fibreux aréolaire, qui emprisonne des lobules de graisse très-dense. Ce tissu cellulo-graisseux est relativement plus vasculaire que le tissu adipeux des autres régions, et il est baigné d'un liquide peu abondant voisin du liquide des bourses séreuses, et qui mouille les doigts pendant la dissection. Ce tissu a une vie spéciale, qui tient à la fonction. C'est sur cette partie que porte la contusion. La compression cause sans doute une modification que l'on ne peut pas encore étudier, puisque jusqu'ici on n'a pas eu d'autopsie. Je pense qu'il y a une lésion de nutrition du tissu adipeux cellulo-graisseux sous-cutané.

Une douleur siégeant rigoureusement sous le talon, n'existant que pendant la marche et accrue par la marche, aucune lésion extérieure, tels sont les caractères de la maladie dont vous avez pu voir deux spécimens remarquables. Le mal siége à un seul pied, et il peut atteindre successivement l'un et l'autre talon. Le repos fait cesser les douleurs avec rapidité, mais la marche reste douloureuse et pénible pendant un temps plus ou moins long. Les malades sont obligés de rester assis ou couchés une partie de la journée pendant le traitement.

L'examen du talon ne révèle rien de particulier; il n'y a point de gonflement, point de rougeur. La pression sur le talon n'est pas douloureuse, et cependant si l'on presse assez fort avec le bout du doigt sous le talon, on détermine une douleur assez vive sur la face inférieure de l'apophyse postérieure, au point *précis* où cette partie osseuse porte sur le sol pendant la station debout.

A l'appui des propositions précédentes, je signalerai un fait intéressant, tendant à démontrer que la maladie présentée par les trois sergents de ville est bien une contusion. Nous avons eu dans le service, cette année, un valet de chambre âgé de vingt-neuf ans, qui est entré dans nos salles pour être traité des suites d'une chute qu'il avait faite en tombant d'une échelle sur les talons. Ce garçon était tombé d'une hauteur de 2 mètres environ.

A partir de la chute, le malade avait éprouvé une douleur dans le talon droit, et il lui avait été impossible de marcher et de se tenir debout. Au moment où il est entré à l'hôpital, le talon ne présentait aucune lésion apparente; il n'y avait d'ecchymose nulle part. La face inférieure du talon était un peu douloureuse à la pression. Mais pendant qu'il était au repos, le malade n'éprouvait aucune souffrance. Comme ce garçon était à l'hôpital en même temps que le premier gardien de la paix, dont vous connaissez l'observation, nous avons pu constater que l'état de leur talon était identiquement le même. Ce malade a été amélioré assez rapidement par le repos, mais nous l'avons perdu de vue, car il a dû être expulsé de l'hôpital à la suite d'une querelle.

(1) Velpeau. *De la contusion*. Thèse de concours du professorat. Paris, 1834.

Je veux répondre d'avance à une objection. Pourquoi, dira-t-on, le mal n'occupe-t-il qu'un seul talon? Il en est de la contusion du talon comme de ce valgus accidentel que l'on appelle la tarsalgie, et qui existe le plus souvent sur un seul pied. Mais cette comparaison n'est pas suffisante, il faut rappeler une aptitude physiologique de l'homme pendant la station debout. L'homme ne porte jamais sur les deux pieds à la fois, pendant longtemps, à moins qu'il ne soit appuyé. On porte le poids du corps sur une seule jambe, et alternativement on change. Toutefois il y a un membre qui travaille plus que l'autre, et les cordonniers intelligents n'ignorent pas cette habitude. C'est généralement le membre inférieur et le pied droit qui travaillent le plus. Cette simple remarque suffit pour expliquer comment et pourquoi un pied est attaqué avant l'autre. On trouve d'ailleurs la vérification de la théorie dans l'observation du garde B. M... Il est d'abord atteint de son mal au pied droit. Puis après la guérison de ce côté, il est pris du même mal au talon gauche. Il est évident que B. M... en reprenant son service, a ménagé son pied droit et a fait travailler outre mesure son pied gauche, et comme ce garçon avait toutes les causes prédisposantes favorables à la production du mal, le talon gauche est très-rapidement devenu malade.

Il y a des causes prédisposantes à la contusion du talon par la marche. Les pieds cambrés, les sujets à pied petit dont le peau est peu épaisse et qui suent abondamment des pieds sont les plus exposés. Il y a aussi une cause déterminante, c'est l'usage d'une chaussure peu épaisse et les marches prolongées sur du pavé inégal et des cailloux. Vous l'avez remarqué, ce sont trois sergents de ville qui ont présenté la contusion du talon; tous trois habitent les arrondissements voisins de l'hôpital, où il y a plusieurs rues très-mal pavées. D'ailleurs le service y est pénible pour les gardiens de la paix à cause des longs parcours. Vous n'oubliez pas non plus que les factions des gardiens de la paix sont de quatre heures consécutives, pendant lesquelles l'homme doit rester debout ou marcher. Ce service exige des hommes très-robustes et d'une résistance énorme à la fatigue.

Le contusion du talon est susceptible de guérison, mais elle est sujette à récidive.

Le traitement consiste dans le repos prolongé et la marche réglée, de façon à ce que talon ne porte pas sur le sol, et il y a des malades pour lesquels il ne suffit pas et pour lesquels le changement de profession est indispensable. C'est le cas de notre premier malade. Ses pieds ne lui permettent pas de faire le travail de gardien de la paix.

Chez les malades qui sont soumis à temps au repos, il faut encore prévenir le retour du mal. Une semelle en caoutchouc placée dans une chaussure à semelle épaisse est ce qu'il y a de mieux à employer, car on place ainsi sous le pied une couche de tissu élastique qui remplace la peau et le tissu cellulo-graisseux de la plante du pied.

Quelques malades pensent qu'en portant des chaussons rembourrés à semelle plate sans talon, ils obtiendront un soulagement. Cela est une grosse erreur que partagent les malades atteints de valgus accidentel. Rien n'est plus mauvais. Il est bon que le médecin en soit prévenu.

HOPITAL MILITAIRE DE CHERCHELL (CLINIQUE CIVILE)

M. HATTUTE, médecin major de 1re classe.

—

Grossesse extra-utérine abdominale; gastrotomie sous-ombilicale.

Les grossesses extra-utérines présentent dans leur anatomie pathologique, leur marche et leurs terminaisons, des phénomènes si bizarres que, pour la plupart des variétés, on pourrait dire pour toutes, la science n'a pu encore formuler de préceptes définitifs, capables de soumettre à des règles précises l'intervention chirurgicale.

C'est en accumulant les faits, sur cet important chapitre de tocologie, en les comparant et en les synthétisant, qu'il sera possible d'arriver à des déductions pratiques réellement utiles. L'observation suivante n'est qu'un document de plus apporté à la question si complète des grossesses extra-utérines; à ce titre elle nous paraît assez intéressante pour voir le jour.

Une femme indigène de trente-cinq ans environ, Nedjemah X..., d'une bonne constitution, bien conformée, et n'ayant jamais été atteinte de maladies graves, eut en 1867 une première grossesse qui se termina au troisième mois par une fausse couche. Cette fausse couche fut suivie d'une affection utérine mal caractérisée, une déviation très-probablement. Nedjemah devient enceinte pour la seconde fois au mois de mai 1874, et conduit sa grossesse régulièrement jusqu'au mois de novembre, époque à laquelle la sage-femme constate les mouvements actifs et les battements du cœur du fœtus. La femme lui montre une tumeur ombilicale, réductible, indolente, ayant toutes les apparences d'une hernie. Cette tumeur est maintenue réduite par l'application d'un bandage. Les choses étant en cet état, et paraissant marcher très-bien, Nedjemah est heurtée violemment, dans les derniers jours de novembre, par un enfant qui tombe d'une échelle, sur elle; à la suite de cet accident, elle ne sent plus les mouvements du fœtus et souffre de douleurs assez vives dans l'abdomen.

Au commencement de décembre, perte de sang assez abondante par le vagin; douleurs intermittentes dans le bas-ventre et les lombes; dysurie; les mamelles donnent du lait par la pression. La sage-femme après avoir pratiqué le toucher, et avoir reconnu quelque chose d'insolite dans la situation de la malade, nous conduit auprès d'elle. Voici ce que nous constatons :

A la palpation de l'abdomen, on reconnaît facilement qu'un fœtus volumineux y est placé transversalement; ses saillies, ses inégalités semblent *presque immédiatement* sous la main. L'auscultation est négative quant aux bruits du cœur, mais nous fait entendre un bruit de souffle très-manifeste dans la fosse iliaque gauche. Le col est à peine accessible au doigt; il ne paraît ni dilaté, ni ramolli; nous constatons au spéculum qu'il est très-élevé, dirigé en arrière, assez long, fermé, un peu frangé sur les deux lèvres. Malgré les douleurs, il ne pouvait donc être question d'un commencement de travail. Le fœtus était certainement mort. Quant au diagnostic de l'état de la femme, il ne laissait pas de nous embarrasser; nous hésitions entre deux hypothèses : ou bien, nous avions affaire à une grossesse extra-utérine abdominale, ou bien à une présentation du tronc avec accouchement probable à bref délai. Dans les deux cas, nous crûmes prudent d'attendre de nouvelles indications pour intervenir.

Le 18 décembre, nous sommes rappelé auprès de la malade. Depuis quelques jours, elle a des accès fébriles intermittents. Ces accès s'amoindrissent par l'administration du sulfate de quinine, mais ne peuvent être coupés. La malade prend un teint ictérique très-prononcé.

Dans les derniers jours de décembre, l'état général s'était sensiblement amélioré. De côté de l'utérus, tout restait dans le même état; le ventre gardait la même forme et n'était plus douloureux; la tumeur réductible de l'ombilic devenait de plus en plus volumineuse lorsqu'elle n'était pas maintenue par un bandage de corps. A cette époque survint une *phlegmatia alba dolens* double contre laquelle nous prescrivions le sulfate de quinine, l'aconit et les diurétiques. Cet accident conjuré, la malade eut quelques jours de calme.

Le 15 janvier 1875, la tumeur ombilicale s'ouvrit spontanément par un pertuis qui laissa écouler en grande abondance un liquide jaunâtre. Un stylet introduit dans l'ouverture, se perdait pour ainsi dire dans une vaste cavité, il heurtait dans toutes les directions contre des obstacles qui ne nous parurent autre chose que les parties fœtales. Dès cet instant, nous jugeâmes nécessaire d'en terminer au plus vite avec une grossesse dangereuse pour la femme, à tous les titres. La proposition d'une opération rencontre une violente opposition. L'état de la malade s'aggrave : le liquide qui s'écoule par l'ombilic devient rapidement infect, des accès de fièvre violents surviennent malgré le sulfate de quinine; l'infection purulente est imminente. Enfin, sur notre menace de ne plus voir la malade, sa famille consent à nous l'amener à l'hôpital le 10 janvier au soir.

Le 20 au matin, nous procédons à l'opération avec l'assistance des docteurs Longuet et Trudeau, médecins aides-majors. La malade étant chloroformée et ayant le rectum et la vessie vides, nous pratiquons sur la ligne médiane de l'abdomen une incision de 12 centimètres, partant de la fistule ombilicale et se dirigeant vers la symphise pubienne; nous divisons la paroi abdominale couche par couche. Nous arrivons ainsi sur un tissu qui ne vous paraît être que le péritoine épaissi, nous l'incisons sur la sonde cannelée. Le fœtus fait immédiatement saillie dans la plaie, son plan latéral gauche est en avant; un bras sort, nous le séparons du tronc avec de forts ciseaux embryotômes; le cou est également sectionné; le tronc et les membres inférieurs sont extraits; la tête est ensuite amenée facilement.

Le fœtus a approximativement le volume et le poids d'un enfant à terme; il dégage une odeur de putréfaction complète; toutes ses parties sont ramollies; les téguments du crâne s'en vont en lambeaux sous les doigts.

Le kyste maternel laisse écouler une grande quantité d'un liquide gris jaunâtre infect, et entraîne des débris membraneux macérés, méconnaissables. Le lavage de la cavité est fait à l'eau phéniquée et alcoolisée; les éponges enlèvent ensuite les derniers résidus, et parmi ceux-ci, quelques débris du cordon ombilical. Le kyste, qui s'étend très-loin de chaque côté dans le sens transversal, paraît être constitué uniquement par le péritoine épaissi et recouvert d'exsudats; les doigts promenés dans toutes les directions n'y rencontrent pas trace de délivre.

La plaie abdominale est réunie dans les deux tiers supérieurs par trois points de suture métallique; un gros drain est placé dans l'angle inférieur; un linge de gaze, un plumasseau de charpie, complètent le pansement. Un tube en caoutchouc de 10 mètres, enroulé sur lui-même en forme de galette, dont les tours sont rattachés entre eux par des ligatures de gros fil, est placé sur le ventre; de l'eau froide y circule comme dans un siphon. Une réfrigération *médiate* constante doit ainsi être maintenue en permanence sur l'abdomen de l'opérée, pour prévenir ou modérer les accidents inflammatoires. Presc : D., inf. tilleul ed.; vin de quinquina, pot. alcoolat. d'aconit, 1 gr.

La journée se passe assez bien; l'écoulement d'une grande quantité de liquide par la plaie, nécessite le soir un second pansement. Pouls : matin, 90; soir. 92. Temp : 39° jusqu'à six heures du soir; à sept heures, 37°5; à huit heures, 37°. La réfrigération médiate est suspendue.

Le 21 au matin. La nuit s'est assez bien passée, la malade a reposé; écoulement très-abondant de liquide par la plaie; selles spontanées, miction facile. P., 80. T., 37°2. — Presc. : bouillon, vin généreux, pot. extr. aconit; lavages et injections phéniquées. — Dans la journée, accès de fièvre : à midi P., 112. T. 37°5. — à 2 heures, 120 pulsations, 38°2. — à 8 heures du soir, le pouls est redescendu à 90 et la température à 36° 8. Nouveau pansement, après lequel : agitation, battements du cœur tumultueux, syncope de quelques minutes.

Le 22 au matin, un liquide très-infect s'est écoulé; la douleur abdominale est modérée. P. 92; T, 36°.8. — Après le pansement, nous renonçons à l'irrigation médiate en raison de l'abaissement de la température. Mêmes prescriptions que la veille, plus sulf. quin. 1 gr. — Dans la journée, la température s'élève à 38°,2; le pouls à 104. — Un incident d'un très-fâcheux pronostic se produit au pansement

du soir. Dans la charpie, et dans le liquide qui s'écoule de la plaie, nous trouvons des filaments de vermicelle donné à dix heures. — Dans l'après-midi, oscillations fréquentes dans la température; tombée à 37°, elle se revèle seulement lentement jusqu'à minuit. 38°.

Le 23 au matin, après une nuit d'insommie, de subdélire, le pouls est à 100, très-faible, la température à 37°8; une selle de de matière dure. — *Un lombric dans le pansement.* Presc. D. pot. sulf. quin. 1 gr., éther 2 gr.; vin de quinq. — A midi, pouls filiforme, T. 38°. Sueur abondante, syncope; mort.

L'autopsie, par suite de l'insistance que mirent les parents à l'empêcher, ne put être que très-sommaire. Il nous fut cependant permis de constater l'état de la cavité abdominale. Nous agrandissons vers l'appendice xiphoïde la plaie de l'opération et nous complétons, par deux coups de couteau, l'incision cruciale; nous mettons ainsi à nu la face profonde du kyste. Toute cette vaste poche est constituée par une couche pseudo-membraneuse tomenteuse, très-vasculaire par places, et réunissant entre elles toutes les anses du paquet intestinal. Dans toutes les anfractuosités, nous ne trouvons pas traces de chorion ou de placenta; les culs-de-sac vésico-utérin et recto-utérin sont nets et revêtus comme le reste de la cavité péritonéale de la couche exsudative kystique. Accolé à la paroi abdominale antérieure, audessus de la vessie, fragment putréfié à peu près méconnaissable du cordon. Il nous faut donc admettre que, selon toute probabilité le placenta et les membranes ont été dissociés par la putréfaction. La face postérieure de la poche est constituée par les anses intestinales réunies par de fortes adhérences. — Une dizaine de perforations mettent en communication la cavité fœtale et l'intestin. Ces ouvertures sont parfaitement circulaires, froncées en cul de poule, on pourrait à leur aspect douter de leur origine ulcérative; elles paraissent s'être cicatrisées sur leurs bords par adossement de la séreuse à la muqueuse. La muqueuse intestinale n'a pas conservé autour de ces orifices, de traces notables d'un travail phlegmasique préexistant; elle n'est ni rouge, ni ramollie, ni ulcérée. Le calibre de l'intestin grêle est sensiblement diminué au niveau des différents points où aboutisssent les trajets fistuleux.

En résumant les détails qui précédent, nous trouvons : une grossesse extra-utérine abdominale qui évolue physiologiquequement jusque vers le huitième mois. A cette époque, une violence extérieure cause la mort du fœtus. Parmi les phénomènes qui se produisent alors, une perte sanguine utérine, du lait dans les mamelles, quelques douleurs préparantes, indiquent un commencement de travail utérin sympathique, ainsi qu'il en arrive souvent dans les grossesses extra-utérines qui approchent du terme physiologique de l'accouchement. Enfin un travail d'élimination commence dans le kyste fatal. Ces processus aboutissent à produire : 1°, du côté de l'ombilic, une tumeur qui ne tarde pas à s'ouvrir spontanément au dehors par un trajet fistuleux qui donne passage aux produits liquides de l'œuf; 2°, du côté de l'intestin, un travail ulcératif, qui ne paraît être également qu'un effet pathologique de l'organisme dans le sens de l'élimination du produit de la conception devenu corps étranger. Ce dernier travail, impuissant et désormais inutile par l'ouverture définitive du kyste au dehors, se cicatrise imparfaitement, laissent des fistules par lesquelles l'intestin et le kyste communiquent désormais librement. — Il résulte bientôt, de cet état de choses, de graves accidents d'infection putride que l'extraction du fœtus et une médication appropriée sont impuissants à combattre et auxquels la femme succombe.

Pour arriver au but pratique de cette observation, mettons tout de suite de côté la circonstance assez bizarre de la présence dans le kyste d'un ascaride lombricoïde. Quelque bonne volonté que l'on y mette, on ne peut rendre cet helminthe responsable des perforations intestinales. Malgré les assertions de M. Mondière (de Loudun) et de quelques autres médecins, nous nous en rapportons entièrement sur ce point, à l'autorité de M. Davaine, déclarant, après s'être livré à une analyse sévère des raisons invoquées en faveur du *pouvoir perforant* des ascarides, que les faits à l'appui ne résistent pas à la discussion.

Nous ne dirons encore qu'un mot sur l'état de la cavité abdominale de notre opérée. Avons-nous eu affaire à une grossesse péritonéale primitive, ou à une grossesse péritonéale secondaire? Cette question nous renvoie nécessairement au mémoire classique de Dezeimeris (*Journ. des Conn. méd. et chir.* 1836-1837). Les grossesses abdominales secondaires seraient seules, selon Dezeimeris, pourvues d'un kyste péritonéal exsudatif, qui serait l'analogue de la caduque utérine, et se formerait par le fait d'une péritonite, au moment où l'œuf passerait, du point où il était primitivement implanté, dans la cavité séreuse. Cette caduque péritonéale, nous l'avons constatée; elle a dû se produire dans les jours qui suivirent le traumatisme que nous avons rapporté; traumatisme assez violent d'ailleurs pour causer la mort de l'enfant. Quoi qu'il en soit, nous trouvons à l'autopsie un kyste péritonéal parfaitement organisé; aucune diverticulum de la cavité qu'il limite, aucun reste du placenta, ne nous permettent de supposer sur quel organe l'œuf s'était primitivement greffé. Le placenta, les membranes, incluses dans le kyste ont disparu par putréfaction. Nous regrettons qu'une dissection complète ne nous ait pas été permise. Les préjugés religieux de la famille nous accordèrent à grand peine le bref examen auquel nous nous livrâmes.

La question la plus importante que soulève cette observation est la suivante : A quel moment fallait-il ouvrir l'abdomen et extraire le produit de la conception? En admettant, et cela nous paraît incontestable, que la mort de la femme a été causée par l'infection putride; que cette infection n'a été elle-même que la conséquence de la communication du kyste par l'intestin d'une part, avec l'extérieur par l'ombilic de l'autre, il aurait fallu agir activement beaucoup plutôt que nous ne l'avons fait, c'est-à-dire lorsque nous fûmes appelé pour la première fois auprès de la malade, dès le commencement de décembre. A cette époque, le fœtus était mort, la tumeur ombilicale indiquait la tendance de l'organisme à l'élimination d'un produit devenu corps étranger. Nous aurions eu alors quelques chances d'éviter la complication inévitablement mortelle qui s'est produite ultérieurement.

Terminons par les conclusions suivantes :

1° Certaines grossesses abdominales ont une tendance à se terminer par l'expulsion du produit selon deux directions différentes : l'ombilic; l'intestin.

2° La détermination ombilicale, des deux la plus directe, précède très-probablement la détermination intestinale.

3° Le rôle de chirurgien doit être, la grossesse extra-utérine étant constatée, d'intervenir le plus tôt possible, c'est-à-dire dès que la dilatation de l'anneau ombilical par la présence d'une tumeur indique la direction des efforts naturels d'expulsion du produit de la conception.

Traitement de la gastralgie simple et de la dyspepsie gastralgique.

M. Gallard ordonne avec succès, contre l'élément douleur de ces affections, la préparation suivante, qu'il désigne sous le nom de *gouttes blanches.*

Pr. Eau dist. de laurier cerise. . 10 grammes.
Acétate de morphine. . . . 15 centigrammes.

M. S. A.

En prendre avant chaque repas une ou deux gouttes sur un morceau de sucre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 1er mai 1875. — Présidence de M. Cl. BERNARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu est adopté.

COMMUNICATIONS

Larves de diptères. — M. HÉNOCQUE présente les larves de diptères dont il a parlé dans la dernière séance, et qui ont été trouvées vivantes dans les matières fécales d'un homme dont on ne peut mettre en doute la bonne foi.

Ces larves présentent des caractères particuliers qui les distinguent des vulgaires asticots et même des asticots qu'on rencontre dans le fromage. En les examinant à la loupe, on voit qu'ils offrent, entre autres caractères, une trompe qui se termine par une bouche à deux crochets, une queue bifide et des trachées sur les parties latérales.

Bromoforme. — Action du fer sur la nutrition. — M. RABUTEAU a fait une série d'expériences sur le bromoforme qui lui ont permis de constater que ce corps présente tous les avantages du chloroforme sans avoir, comme lui, l'inconvénient d'être un irritant local assez fort pour déterminer sur la peau une douleur vive et même pour amener une escarre s'il y est appliqué pendant un certain temps. Chez un malade souffrant beaucoup de douleurs d'oreille, il appliqua d'abord du chloroforme, qui détermina une sensation de brulûre assez intense ; il le remplaça alors par le bromoforme, qui calma les douleurs sans déterminer aucune irritation. Si l'on tient dans une main un morceau de ouate imbibée de chloroforme, et, dans l'autre, un morceau de ouate imbibée de bromoforme, on juge aisément de la différence d'action des deux agents ; le premier détermine promptement une douleur assez vive ; le second n'en amène aucune. On sait que le chloroforme introduit dans l'estomac peut donner lieu à des accidents fort graves ; on peut injecter plus de 20 grammes de bromoforme dans l'estomac d'un animal sans déterminer aucun accident.

M. Rabuteau a fait sur lui-même une série d'expériences dans le but d'étudier l'action du fer sur la nutrition. Il a pu se convaincre que le fer exerçait une action manifeste sur la nutrition. l a constaté une augmentation de l'urée dans les urines ; par contre, il a observé une diminution de l'acide phosphorique, ce qui semble contradictoire. Il en est de même, d'ailleurs, de l'huile de foie de morue.

M. LÉPINE demande à M. Rabuteau si, dans les expériences qu'il a faites sur l'action du fer, il a trouvé une explication de l'effet nuisible que paraît exercer cet agent chez les malades atteints de la goutte.

M. RABUTEAU répond que le fer augmente l'acide urique dans les urines, ce qui pourrait peut-être expliquer cette action nuisible dont parle M. Lépine.

Dé la vessie natatoire chez les poissons. — M. MOREAU rappelle que, dans les communications antérieures, il a cherché à démontrer que la vessie natatoire de certains poissons était un organe de station et non un appareil analogue à l'appareil pulmonaire des mammifères.

En soumettant à diverses pressions des poissons enfermés dans un bocal rempli d'eau, on les voit, lorsque la pression diminue, rejeter une certaine quantité de bulles d'air. Cet air sort par une petite éraillure, à peine appréciable, qui se fait dans le tissu cellulaire et qui joue le rôle d'une soupape. Cette éraillure se trouve à chaque extrémité d'une sorte de canal, qui ne se forme que lorsque le poisson doit expulser de l'air. L'anatomie démontre d'ailleurs que la vessie natatoire ne présente dans sa structure aucune analogie avec le poumon. C'est un organe destiné à permettre au poisson de conserver un volume constant, quelle que soit la pression à laquelle il est soumis.

M. RANVIER pense qu'on ne peut admettre le passage de ces bulles d'air dans le tissu cellulaire ; ce serait là un fait contraire aux principes de la physiologie. Il faut admettre, suivant lui, l'existence d'un véritable conduit, dont on doit pouvoir démontrer l'existence à l'aide d'injections faites avec le bleu de Prusse soluble, par exemple.

Pleurésie hémorrhagique. Cancer de la plèvre. — M. PRÉVOST communique un cas de pleurésie hémorrhagique qu'il a observé dans son service, à l'hôpital de Genève, et qui a présenté quelques particularités intéressantes. Il s'agit d'un homme qui est entré dans son service au mois de décembre, présentant seulement quelques troubles gastriques vagues. Après quelques jours, cet homme fut pris de dyspnée, et l'on ne tarda pas à constater chez lui tous les signes d'un épanchement pleurétique du côté droit. On pratiqua une première fois la thoracentèse, qui donna issue à un litre de liquide analogue à du sang pur ; une seconde ponction donne, quelque temps après, trois litres de ce même liquide, mais aussitôt après, le malade fut pris d'une expectoration albumineuse.

D'autres ponctions furent faites à plusieurs reprises jusqu'au 22 août, époque à laquelle ce malade mourut. A l'autopsie, on trouva que la plèvre était tapissée de fausses membranes, et au niveau de la piqûre résultant de la première ponction se trouvait une tumeur, que l'examen histologique démontra être un sarcome. Le cancer s'était développé dans la plèvre, sous l'influence du traumatisme résultant des ponctions.

Maladie de Ménière. — M. RAYNAUD informe la société que, dans le service de M. Charcot, se trouve actuellement une femme atteinte de tous les phénomènes qui ont été décrits sous le nom de maladie de Ménière. Il suffit du moindre mouvement dans la salle pour qu'aussitôt cette malade soit prise de nausées, de vomissements, pour qu'elle éprouve une sensation de sifflement dans les oreilles et présente ce vertige particulier dans lequel il lui semble qu'elle tourne sur elle-même.

M. Charcot a soumis cette malade à l'usage du sulfate de quinine (1 gramme par jour). Sous l'influence de cet agent, les phénomènes se sont considérablement amendés, et aux sifflements de chemin de fer dont elle se plaignait sans cesse, a succédé le sifflement bien moins fort et plus supportable que procure habituellement le sulfate de quinine.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Lyon. — Sur le rapport de M. le docteur Gailleton, le conseil municipal de Lyon a voté à l'unanimité : 1° l'affectation aux travaux de la Faculté d'une somme de 1,100,000 francs actuellement disponibles ; 2° l'invitation au préfet d'ouvrir toutes négociations nécessaires à l'effet d'obtenir le plus promptement possible l'ouverture de la Faculté.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. René (Albert-Charles), est nommé aide de physiologie, en remplacement de M. Chrétien, appelé à d'autres fonctions.

— La construction des nouveaux bâtiments de la faculté de médecine de Nancy est terminée : la plupart des locaux sont déjà à la disposition des élèves, les autres le seront prochainement. L'installation sera complète et définitive pour le mois de novembre. On remarque le nombre et la bonne organisation des laboratoires. Les divers exercices pratiques ont une part considérable dans l'enseignement de la faculté ; on y trouve de vastes locaux consacrés à des laboratoires de chimie générale, de chimie physiologique et pathologique, de physique expérimentale, de physiologie expérimentale, d'anatomie et physiologie pathologiques, histologie. Outre les cabinets particuliers pour les professeurs, il y a encore un laboratoire destiné exclusivement aux étudiants qui font des études spéciales, expériences pour thèses, et divers travaux originaux. On peut donc espérer que la faculté de Nancy pourra se faire une place brillante dans la science.

Actuellement l'école supérieure de pharmacie a ses laboratoires, et tous ses locaux complétement séparés de ceux de la faculté de médecine.

— *Muséum.* — M. Arnaud (Albert-Léon) est nommé préparateur de la chaire de chimie appliquée aux corps organiques, au Muséum d'histoire naturelle (emploi nouveau).

— *Faculté des sciences de Dijon.* — M. Sicard, docteur ès sciences, est chargé de suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1874-1875, M. Jobert, professeur de zoologie et physiologie.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Sabatier, docteur ès sciences, agrégé des facultés de médecine, est chargé du cours de zoologie et d'anatomie comparée.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Jourdain, professeur de zoologie à la faculté des sciences de Montpellier, est nommé professeur de zoologie et physiologie à la faculté des sciences de Nancy, en remplacement de M. Baudelot, décédé.

— *École des hautes études.* — M. Reynard (Paul), interne des hôpitaux de Paris, est chargé des fonctions de préparateur du laboratoire de physiologie à l'École pratique des hautes études (section des sciences naturelles), en remplacement de M. Blanche.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Mollien, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, chef des travaux anatomiques, est nommé professeur adjoint de physiologie.

— *École de médecine d'Arras.* — M. Leclercq, docteur en médecine, est institué suppléant d'anatomie et de physiologie pour une période de six années.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Satre (Paul-Joseph), docteur en médecine, est institué chef des travaux anatomiques pour une période de six années.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Lesonneur, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie pour une période de six années.

— M. le docteur Servinière, médecin adjoint du lycée de Laval, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Hubert, démissionnaire.

— Un congé d'inactivité jusqu'à la fin de l'année scolaire 1874-1875 est accordé, sur sa demande, à M. Houzé de l'Aulnoit, médecin du lycée de Lille.

M. le docteur Chrestien est nommé médecin adjoint du lycée de Lille.

M. le docteur Cazeneuve est nommé médecin consultant dudit lycée.

— *Prix Aubanel.* — La Société médico-psychologique vient de décerner le prix Aubanel, de la valeur de mille francs, à M. le docteur Semal, médecin-directeur de l'asile des aliénés de Mons (Belgique). Elle a accordé, en outre, une première mention honorable, avec récompense de huit cents francs, à M. le docteur Christian, médecin-adjoint de l'asile des aliénés de Montdevergues, près Avignon (Vaucluse), et une deuxième mention honorable, avec récompense de six cents francs, à M. le docteur Mordret, directeur-médecin de l'asile des aliénés du Mans (Sarthe).

La question mise au concours avait été la suivante : « Des troubles de la sensibilité générale dans les délires mélancoliques, et principalement dans le délire hypochondriaque et dans le délire des persécutions. »

Les nombreux mémoires adressés au concours avaient été renvoyés à l'examen d'une commission élue au scrutin et composée de MM. les docteurs Baillarger, Falret, Legrand du Saulle, Linas, Blanche, Dally et Motet.

— La Société de secours des amis des sciences, fondée par Thénard, tiendra sa seizième séance publique annuelle le samedi 8 mai, à 8 heures précises du soir, sous la présidence de M. Dumas, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, à la Sorbonne, dans le grand amphithéâtre de la faculté des lettres.

Ordre du jour. — 1° Compte rendu de la gestion du conseil d'administration, par le secrétaire de la société; — 2° conférence sur le soulèvement des montagnes et sur les principaux travaux de M. Élie de Beaumont, par M. l'ingénieur Potier; — 3° conférence sur le verre trempé, ses propriétés, ses applications, par M. Victor de Luynes; — 4° expériences de M. Henry Sainte-Claire-Deville sur la fusion des métaux aux températures les plus élevées.

On peut se procurer des billets au siége de la société, rue de Seine, 34, de 8 à 10 heures du matin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie pathologique avec figures dans le texte, par E. Lancereaux, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, etc. — Tome 1er, *Anatomie pathologique générale.* Prix pour les souscripteurs au tome 1er complet : 18 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Des progrès réalisés par la physiologie expérimentale dans la connaissance du système nerveux, par le docteur Dieulafoy, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris. — In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Études cliniques sur la physiologie pathologique de l'ictère grave, par le docteur Humbert Mollière, médecin des hôpitaux de Lyon. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 53. — JEUDI 6 ET SAMEDI 8 MAI 1875. 48e ANNÉE. JEUDI 6 ET SAMEDI 8 MAI 1875. — N° 53.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE

DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a tenu, mardi dernier, sa séance publique annuelle. Assistance nombreuse et brillante, riche programme de prix à distribuer, rapport par le secrétaire annuel, M. H. Roger, vif, spirituel, émailllé de traits fins et de judicieuses réflexions, éloge académique par le secrétaire perpétuel, M. Béclard, digne de son sujet, ce qui n'est pas peu dire; rien n'a manqué à cette solennité... que les lauréats. Les couronnes (pour parler le langage du lieu) sont restées, sous forme de billets de banque, dans la caisse du trésorier. Ce ne sont, certes, ni le nombre et l'importance des sujets à traiter, ni la bonne volonté de l'Académie à distribuer les largesses de ses donateurs qui ont manqué ; ce sont les compétiteurs qui ont fait défaut ou qui se sont montrés insuffisants. Sur dix prix dont l'Académie avait à disposer cette année, deux seulement ont été distribués : le prix Portal aux auteurs d'un mémoire sur une question d'anatomie pathologique, M. le docteur Ch. Ern. Martin et M. Chudzinski ; et le prix Godard à M. le docteur Taon (de Nice). Deux encouragements ont été donnés : pour le prix Capuron, à M. le docteur Charles (de Liége), et pour le prix Barbier à M. le docteur Félix Planat, de Villoreville (Puy-de-Dôme). Il ne s'était présenté aucun compétiteur pour le prix de l'Académie, pour les prix Civrieux, Saint-Lager et Falret. Les mémoires adressés pour les prix Orfila, Rufz de Lavizon n'ont été jugés dignes ni de prix, ni d'une récompense ou d'un encouragement.

D'où vient cette indifférence des uns, cette insuffisance des autres pour l'appel que fait annuellement l'Académie au zèle ou à l'intérêt des travailleurs? Car ce n'est pas la première fois, on s'en souvient, que nous avons à signaler une pareille défaillance devant les concours académiques.

Faut-il y voir un signe d'abaissement dans le travail et dans les études médicales ?

Tout ce que nous voyons autour de nous, et les concours d'agrégation, et les thèses de doctorat, et l'empressement des jeunes médecins auprès de nos laboratoires naissants et des nombreuses sociétés savantes, qui rivalisent de zèle, proteste heureusement contre cette interprétation.

Voudrait-on y voir l'indice d'une diminution dans l'autorité de l'Académie? Nous chercherions vainement une époque où son autorité ait été moins contestée et l'honneur de lui appartenir plus ambitionné.

Mais si les compétiteurs aux prix ont fait défaut, et si l'Académie n'a eu qu'une très-faible répartition de récompenses à faire, en revanche elle a fait une large distribution de médailles et de mentions honorables aux médecins d'épidémies et aux vaccinateurs.

Un mot seulement sur l'Éloge de Cruveilhier, par M. J. Béclard. Les mérites de M. Béclard comme panégyriste sont assez connus maintenant pour que nous puissions nous dispenser de les signaler une fois de plus aujourd'hui.

Le savant éminent dont la vie si laborieuse a été si utilement appliquée aux progrès de la science, l'homme de bien qui a si complétement réalisé le type du médecin qu'il présentait en modèle à son jeune auditoire (il y a bientôt quarante ans), dans une des solennités de la Faculté, « le médecin homme de science et honnête homme », offrait à la plume de M. Béclard un des sujets les plus heureux et le mieux adopté au caractère de son talent. Aussi l'Assemblée a-t-elle accueilli par d'unanimes applaudissements ce bel éloge, que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Dr BROCHIN.

ÉLOGE DE CRUVEILHIER

Par M. J. BÉCLARD.

Il y a un peu plus d'un an, l'un des représentants de la grande époque médicale du commencement du siècle, le compatriote, le disciple et l'ami de Dupuytren, l'élève reconnaissant toujours empressé à célébrer les mérites de son illustre protecteur, entré contre son gré dans une carrière qu'il n'a cessé d'honorer par son caractère, par ses vertus et par des services dont chaque jour qui s'écoule montre mieux tout le prix, l'un des maîtres incontestés de notre science, succombait à l'âge de quatre-vingt-trois ans.

J'ai à retracer sa vie, à apprécier son œuvre si étroitement unie au mouvement scientifique de notre âge, à montrer la part considérable qu'il a prise à ce mouvement, et à marquer sa place à la tête de la jeune et glorieuse phalange qui, pourvue d'armes nouvelles, parcourt aujourd'hui, en l'éclairant à la lumière d'une analyse plus pénétrante, la voie féconde où partout l'on rencontre les empreintes de son passage.

Jean Cruveilhier naquit à Limoges le 9 février 1791. De ses deux oncles, dont l'un s'appelait Jean et l'autre Jean-Baptiste, tous les deux chanoines à Limoges, émigrés en 1793 et morts à l'étranger, il ne sut jamais précisément quel fut son parrain et, dans sa ville natale, on l'appelait indifféremment Jean ou Baptiste.

M. Cruveilhier appartenait à une famille de médecins. Son grand père était originaire de Meilhard, petite commune du Limousin, aujourd'hui comprise dans le département de la Lozère. La modeste

maison qu'il habitait existe encore. C'est à Châteauneuf, dans la Haute-Vienne, à six lieues de son village, qu'il exerçait la médecine. C'est aussi à Châteauneuf que le père de M. Cruveilhier commença la pratique de son art; plus tard, il vint se fixer à Limoges. Durant les guerres de la République, nous le retrouvons chirurgien en chef du bataillon de la Haute-Vienne dans l'armée de Sambre-et-Meuse. Le père de M. Cruveilhier avait fait ses études médicales à Paris, il avait été le condisciple de Boyer, dont il partagea quelque temps la chambre et le lit. Le chirurgien en chef des armées de la République, Percy, qu'il connaissait, l'avait placé à la tête de l'hôpital militaire de Choisy-le-Roi. Le père de M. Cruveilhier était un homme d'une trempe vigoureuse et d'un caractère entier. Un très-beau portrait, attribué à David, représente bien cette tête énergique et résolue.

Cependant, contre la France nouvelle, la vieille Europe s'était levée. Menacée sur ses frontières, la nation entière était en armes, et les enfants étaient abandonnés aux mains des mères. Restée seule pour élever son fils, Mme Cruveilhier l'avait entouré des soins les plus assidus et les plus tendres. Modèle de douceur et de dévouement, elle s'était surtout appliquée à lui faire partager la foi ardente qui l'animait. Les cérémonies du culte, alors entourés de mystère, célébrées la nuit, dans des endroits écartés, parlaient vivement à l'imagination de l'enfant. Ces premières impressions ne devaient plus s'effacer, et de ce jeune cœur, où la pieuse mère avait versé les trésors de sa foi, devait sortir uue source intarissable de piété.

A peine avait-il terminé ses études au collége de Limoges qu'il témoignait le désir d'embrasser l'état ecclésiastique. Mais son père avait décidé qu'il serait médecin, telle était sa volonté formelle. Le fils soumis sacrifia son goût à son devoir et partit pour Paris.

Vers le milieu de l'année 1810, un jeune homme, presque un enfant, revêtu de l'uniforme de lycéen, recommandé par une lettre de son père, et mieux encore par son air timide et ses galons de sergent, frappait à la porte de Dupuytren. Celui qui ne devait guère tarder à devenir le premier chirurgien de son temps n'avait alors que trente-trois ans, mais déjà la fortune l'avait pris par la main. Ses recherches de physiologie, ses succès d'enseignement, son adresse opératoire, l'avaient mis hors de pair, et son pays natal commençait à en être fier. L'émotion du jeune Cruveilhier était grande, et son cœur battait fort quand il se trouva en face de cet homme de haute taille, au visage froid, à la démarche lente, à la parole brève. Après quelques questions adressées d'un air distrait, et auxquelles le jeune visiteur répondit d'un ton modeste, le regard de Dupuytren s'adoucit, et bientôt la glace fut rompue. Cette première entrevue avait laissé dans la mémoire de M. Cruveilhier des traces profondes ; il aimait à en rappeler le souvenir. Il racontait que, passant dans une pièce voisine, Dupuytren en avait rapporté les diverses pièces d'un squelette et que, s'agenouillant sur le tapis, pour les disposer dans l'ordre de leur connexions naturelles, il lui avait donné séance tenante sa première leçon d'ostéologie.

Au sortir de cet entretien, notre jeune étudiant se mit au travail avec ardeur. Les visites à l'hôpital, les cours de la faculté, les travaux de l'amphithéâtre remplissaient ses journées. Cependant le spectacle des salles d'anatomie l'avait profondément troublé, et, le jour où il assista pour la première fois à une opération, il avait dû fuir pour ne pas succomber à son émotion. L'habitude, sans doute, émousserait cette sensibilité trop vive. Il l'espéra d'abord; mais, après de nouveaux efforts et de nouvelles luttes avec lui-même, ses répugnances ne tardèrent pas à lui paraître insurmontables; il lui sembla qu'il ne les dominerait jamais. Il ne s'était donc pas trompé, sa vocation l'appelait ailleurs. Dans une lettre adressée à son père, il lui exposait l'état de son âme et lui annonçait sa résolution. Accouru de Limoges, M. Cruveilhier trouva son fils au séminaire de Saint-Sulpice, où il s'était réfugié. Son affectueuse énergie releva ce cœur prêt à défaillir. Il est permis de penser que si le fils résigné reprit le cours de ses études, c'est qu'il regardait cet acte de soumission comme une sorte de victoire remportée sur ses inclinations naturelles, et qu'il entrevoyait dans le ministère du médecin des occasions sans nombre pour la charité.

Cette crise devait être décisive. Deux années s'étaient à peine écoulées qu'il prenait part au concours de l'internat. Son nom fut proclamé le premier. M. Cruveilhier était définitivement conquis à la science.

En 1816, M. Cruveilhier soutenait sa thèse de docteur. Elle portait pour titre : *Essai sur l'anatomie pathologique*. C'est dans le vieil amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, aux leçons du soir de Dupuytren, qu'il en avait conçu le plan et recueilli les matériaux. Dans ces pages, vivement écrites, on sent comme un souffle de jeunesse. « Devant la vérité, s'écrie-t-il, le voile des systèmes tombe, et la science, rendue à sa simplicité première, paraît mille fois plus belle. »

N'ayant d'autre ambition que de succéder à son père, M. Cruveilhier, ses études médicales terminées, reprit le chemin de sa ville natale, il n'avait alors que vingt-cinq ans. Peu après son retour il s'était marié, et il commençait à se livrer à la pratique de la médecine lorsque parut, en 1823, l'ordonnance qui instituait, auprès des facultés de médecine, le concours de l'agrégation. Il fallut encore l'intervention pressante de son père pour le décider, et, comme le dit spirituellement M. Renaud, il poussa l'obéissance filiale jusqu'à se faire nommer le premier.

La chaire de médecine opératoire était alors vacante à la faculté de médecine de Montpellier. Sur la recommandation de Dupuytren, le choix des professeurs s'arrêta sur le nouvel agrégé. Mais cette chaire, il ne devait, pour ainsi dire, que la traverser. Dès le commencement de l'année 1825, sa résolution était prise ; il se préparait à retourner à Limoges pour y reprendre le paisible cours de sa carrière professionnelle. Tout était disposé pour le départ. Ses collègues l'avaient convié à un dîner d'adieux ; ils allaient se séparer quand une lettre lui fut remise. On lui annonçait que le professeur d'anatomie de la faculté de médecine de Paris (1), l'une des gloires de l'enseignement médical, venait d'être enlevé, à la fleur de l'âge, après une courte maladie. Cette nouvelle inattendue devait fixer sa destinée.

Celui dont Lamennais, alors dans tout le feu de sa foi religieuse, avait dit qu'il venait d'être suscité par la Providence pour confondre l'incrédulité, l'abbé Frayssinous, tout récemment, et coup sur coup, nommé évêque d'Hermopolis, ministre de l'instruction publique et grand maître de l'université, s'était souvenu du jeune auditeur des conférences de Saint-Sulpice ; il l'invitait à se mettre en route au plus vite.

Consultée par le ministre à l'effet de pourvoir à la vacance de la chaire d'anatomie, la Faculté porta M. Cruveilhier en première ligne ; sa nomination ne se fit pas attendre. Le 10 novembre 1825, il se présentait dans le grand amphithéâtre de la faculté. L'auditoire était des plus hostiles. Quand le silence se fut établi et qu'il put se faire entendre, le nouveau professeur s'exprima en ces termes : « Oui, messieurs, vous avez fait une perte irréparable. Ai-je besoin de vous rappeler cette érudition précoce, cette admirable clarté, ce jugement exquis, ce rare talent de bien dire? moi, qui étais assis au milieu de vous il y a peu de temps encore, moi qui étais destiné à lui succéder dans cette chaire toute pleine de son souvenir, plaignez-moi. Vous me saurez gré, je pense, de mes constants efforts pour vous faire, je ne dirai pas oublier, mais supporter moins douloureusement la perte que vous avez faite ; et si vous ne trouvez pas en moi cet incomparable talent qui double le mérite des choses, du moins je puis dire que vous trouverez en moi le même zèle, le même désir de vous être utile, comme j'espère trouver en vous la même bienveillance. » A ces accents émus les cœurs sont touchés, et les derniers mots se perdent dans les applaudissements.

Le zèle dont avait parlé le professeur ne se démentit jamais. Ce qu'il avait promis, il le tint et au delà. Renfermé dans les pavillons de l'école pratique, il y passait des journées entières et préparait lui-même toutes ses leçons. Ce n'est qu'après avoir étudié chaque organe d'après nature qu'il consultait les œuvres de ses devanciers, n'acceptant jamais leurs descriptions sans les avoir soumises au contrôle de ses propres recherches. C'est ainsi qu'il composa, jour par jour, le traité d'anatomie descriptive dans lequel la plupart de ceux qui m'entendent ont puisé leurs premiers enseignements, et dont le succès est resté le même depuis quarante ans.

Cependant Dupuytren venait de mourir en laissant à la faculté

(1) M. Pierre Auguste Béclard.

de médecine de Paris la somme nécessaire à la création d'une chaire d'anatomie pathologique dont l'enseignement ne figurait pas encore à titre de science distincte dans le programme de nos écoles.

M. Cruveilhier n'eût pas été désigné par le testateur pour occuper cette chaire nouvelle qu'il y eût été porté tout d'une voix par l'opinion publique. Loin de le détourner des études favorites de ses premières années, la connaissance approfondie des organes sains lui avait fourni les éléments de comparaison les plus féconds, et il n'avait pas cessé un seul instant de recueillir et de grouper les matériaux du grand ouvrage d'anatomie pathologique, l'œuvre capitale de sa vie. Assis enfin à sa véritable place, M. Cruveilhier restera dans cette place pendant plus de trente ans, et jusqu'au jour où les infirmités de l'âge le condamneront au repos.

A l'époque où M. Cruveilhier était sur les bancs de l'école, le génie de Bichat venait, en quelque sorte, de transformer la science des lésions morbides. Il y avait un de ces grands courants auquel participe une génération tout entière. Le jeune élève de Dupuytren avait cédé au mouvement qui entraînait alors les esprits. Cette voie nouvelle, il devait la parcourir en maître. Il suffira, pour s'en convaincre, de mesurer le chemin parcouru et d'apprécier les services rendus.

Dans le principe, la médecine, sautant, pour ainsi dire, par-dessus l'organisation, allait des manifestations extérieures à des forces imaginaires. Elle n'a bien connu son sujet, elle n'a distingué clairement le véritable problème qu'en s'adressant aux conditions instrumentales. Entre l'apparence phénoménale et l'acte morbide, il existait un vide longtemps comblé par la fécondité de l'esprit de système : c'est ce vide que l'anatomie pathologique s'efforce de remplir. Elle est le pont jeté sur cet abîme que les anciens avaient laissé entre le symptôme et la maladie. Engagée dans une voie que l'esprit humain avait d'abord abordée en sens inverse, elle a retourné, en quelque sorte, l'objet de ses investigations et dégagé peu à peu cette chaîne de vérités, qui va des altérations cachées aux signes extérieurs qui les révèlent. Que voulait déjà Galien, avec ses quatre humeurs ; que cherchaient Van Helmont, Sylvius et Paracelse lui-même, si ce n'est la cause organique ou prochaine des maladies ? Le point de départ de toutes ces tentatives était juste au fond, leur direction légitime ; d'eux à nous, la différence est dans les moyens et les résultats, et non dans les principes et les intentions.

Jusqu'au dix-septième siècle, il faut pourtant le reconnaître, la médecine est surtout l'étude de la physionomie des maladies. C'est l'époque de l'observation visible, l'étude du dehors et de la surface. Avec le *Sepulchretum* de Théophile Bonet, publié à Genève en 1679, commence une époque nouvelle. Dans cet ouvrage, *Opus immortale*, a dit Haller, l'auteur se propose, non de révéler les causes cachées des maladies « *corporis humani affectuum causas reconditas* » ainsi que le titre de son livre semblerait l'indiquer, mais simplement de grouper et de disposer dans un vaste tableau les faits pathologiques connus de son temps. Lorsque, après cinquante ans de travaux et de recherches, Morgagni, alors professeur à Padoue, publia, vers la fin du siècle suivant, l'ouvrage qui méritait mieux, à coup sûr, l'admiration de Haller, l'objet de l'anatomie pathologique était encore le même, la recherche et la description des altérations d'organes. Avec Bichat, le champ s'agrandit, et, en même temps, le problème change de face. On n'avait pas dépassé l'organe, il va jusqu'au tissu, l'élément organique de son temps, et il l'étudie en physiologiste d'abord, en médecin ensuite. Il observe que les lésions de chaque espèce de tissu offrent des caractères et produisent des résultats semblables, quel que soit l'organe dont le tissu affecté fait partie ; et, en même temps qu'il crée l'anatomie générale, il ouvre à l'anatomie pathologique des horizons imprévus. Tous les observateurs s'engagent à sa suite, et la science renouvelée se révèle par un cortége imposant de découvertes.

Des parties solides, l'attention se porte bientôt sur les liquides. Dès 1829, M. Cruveilhier écrivait : « Plus nous étudions les maladies, plus nous cherchons à approfondir leur siége immédiat, et plus nous sommes conduits à penser que les liquides sont le véhicule d'un grand nombre de causes morbides, et qu'un système complet de pathologie ou d'anatomie pathologique devrait embrasser les lésions des uns et des autres. » Quelques années plus tard, l'un de nos plus illustres maîtres (1), dans un livre célèbre, l'*Essai d'hématologie*, inaugurait cette pathologie nouvelle, et, du même coup, les mots d'humorisme et de solidisme, qu'on prononçait encore, disparaissent de la circulation comme ces vieilles monnaies dont l'effigie est usée.

A l'anatomie pathologique de Bichat et de ses successeurs, nos moyens perfectionnés de recherches devaient bientôt ajouter un progrès nouveau, disons mieux, toute une science nouvelle. Pour constater la lésion dans les organes, il avait suffi d'y regarder. Plus tard, on avait appris à la distinguer dans les tissus. Ce n'était pas assez. Armé du microscope, l'œil peut démêler aujourd'hui la trame des tissus, les décomposer, pénétrer jusqu'à ces parties élémentaires que les anciens ne connaissaient pas et ne pouvaient pas connaître, s'avancer jusqu'aux sources du mal et saisir ainsi des altérations matérielles que rien ne révélait aux yeux. Des corps composés, dont les propriétés ont été les premières connues, le chimiste est remonté aux corps simples; de même, et par une méthode analytique qu'on peut comparer à celle de la chimie, l'anatomiste est remonté des organes aux tissus et des tissus aux éléments qui les composent.

Mais c'est bien moins peut-être par la connaissance des caractères morphologiques des éléments anatomiques que par l'étude des phases successives de leur évolution, de leur groupement réciproque et des différences parfois considérables de leurs proportions relatives dans un même tissu, que l'histologie a surtout éclairé l'anatomie pathologique. C'est ainsi que des barrières factices ont été abaissées, la doctrine provisoire, insuffisante et obscure de l'hétéromorphisme renversée, et l'ensemble si confus et si divers en apparence des altérations morbides ramené aux simples modalités d'une même loi.

Ce qui a été fait n'est pourtant qu'une faible partie de ce qui reste à faire. L'histologie est née d'hier; sur beaucoup de points, ses données sont insuffisantes ou incomplètes; à peine est-elle en possession de quelques principes généraux. Et puis tout le monde ne sait pas voir. On se représente souvent l'objet tout entier d'après la première face que nous offre le hasard : or ce ne sont pas les plus grands objets qui en ont plusieurs, ce sont aussi les plus petits.

Après l'histologie du microscope, vient encore l'histologie du laboratoire, ou la physiologie histologique, c'est-à-dire l'étude des phénomènes de la vie envisagée non dans l'ensemble du corps, ni même dans les appareils, les organes ou les tissus, mais dans les éléments anatomiques. Ici, tout est à faire; ce sera l'œuvre du siècle qui finit et sans doute aussi de celui qui le suivra : « Le jour, disait dernièrement un de nos plus illustres collègues, M. Cl. Bernard, le jour où les éléments anatomiques seront parfaitement connus dans leur évolution, leur morphologie, leurs propriétés, dans les actions que peuvent exercer sur eux les agents physiques, chimiques, toxiques et thérapeutiques, ce jour-là la médecine scientifique sera fondée. »

En attendant ce jour, que nous ne verrons pas sans doute, ne perdons pas de vue le temps présent. Honorons ceux qui l'ont honoré, et n'oublions pas les services rendus. En élargissant de plus en plus son horizon, l'anatomie pathologique a fini par se trouver en face de tous les problèmes. Mais chaque époque a ses mérites, et toute doctrine a ses raisons d'existence; il n'en est pas une seule dont les racines ne se produisent dans les époques antérieures et les découvertes sont comme des cercles concentriques, dont les derniers comprennent toujours les premiers.

M. Cruveilhier a été l'un des représentants les plus éminents de l'époque qui s'ouvre avec Bichat et qui compte des hommes comme Bayle, Corvisart, Laennec, Dupuytren, Andral, Louis, Bouillaud et tant d'autres. Il suffit, pour bien marquer sa place, de rappeler ce qu'il disait en 1825 dans un article intitulé : *De l'utilité de l'anatomie pathologique*, l'une des premières productions sorties de sa plume : « Des organes malades, dit-il, nous ne connaissons pour ainsi dire que les masses; tant que nous ne pénétrerons pas dans la texture de ces organes, tant que nous ne pourrons pas dire quel est le tissu ou quels sont les tissus primitivement affectés, et quelles sont les conditions appréciables du développement de l'altération,

(1) M. Andral.

l'anatomie pathologique n'interviendra que pour constater l'existence de telle ou telle lésion, dans tel ou tel organe. C'est donc vers l'anatomie de texture que nous devons diriger tous nos efforts, parce que, elle seule, peut faire faire à la science pathologique de véritables progrès. »

Transporter de l'organe au tissu la recherche de l'altération morbide, tel est le but qu'il n'a jamais perdu de vue, et si la recherche des altérations de tissu a été poussée plus loin et poursuivie jusque dans les parties élémentaires, il sentait bien que là était le vrai problème, que là, ainsi qu'il le dit lui-même, était le véritable progrès.

M. Cruveilhier touchait à l'âge du repos, quand le microscope vint ouvrir à la science à laquelle il avait dévoué sa vie des horizons nouveaux, dont il n'est pas permis encore de mesurer l'étendue. S'il ne lui fut pas donné de s'associer lui-même à ce mouvement, il le suivait avec l'intérêt le plus vif, toujours prêt à applaudir aux progrès de la nouvelle école.

Il sentait bien que les acquisitions de l'histologie pathologique n'étaient pas et ne pouvaient pas être la négation d'un passé solidement assis sur l'observation, et qu'en prolongeant notre vue dans le domaine de l'invisible, les procédés nouveaux de recherches n'étaient, à vrai dire, que la continuation et le développement de l'idée féconde de notre illustre Bichat. Il en pouvait d'autant moins douter que ses descriptions, toujours si exactes et si fidèles, ont plus d'une fois conduit ses successeurs dans les voies de la découverte et mis dans tout leur jour des altérations qu'il avait soupçonnées, alors même qu'il ne lui avait pas été donné de les saisir.

Ce goût de l'anatomie pathologique qu'il avait puisé dans les enseignements de Dupuytren, M. Cruveilhier le conserva toujours. Le cours d'anatomie qu'il professa à la Faculté et les travaux pratiques qui préludèrent à la publication de son traité d'anatomie humaine le ramenaient sans cesse à l'objet principal de ses préoccupations. C'est sur le vaste théâtre de la Salpêtrière qu'il avait commencé à se livrer à ses études favorites, c'est là qu'il rassembla les immenses matériaux du *Traité d'anatomie pathologique générale* et du grand et magnifique atlas annexé à ce beau livre, œuvre glorieuse et qui assure à jamais son nom contre l'oubli.

Bientôt assis dans la chaire fondée par Dupuytren, il enseigne plusieurs générations de médecins, réorganise et dirige la Société anatomique, où les innombrables faits recueillis dans les hôpitaux subissent l'épreuve utile et profitable de la controverse. Ouverte à tous les travailleurs, composée de l'élite de notre jeunesse studieuse, cette société, il l'aimait, on peut le dire, d'une affection paternelle; tant que ses forces le lui permirent, et presque jusqu'à sa mort, il voulut la présider. En reportant ses regards vers le passé, il pouvait, non sans un légitime orgueil, montrer aux jeunes collègues associés à ses travaux, la riche moisson amassée sous ses yeux, œuvre collective de près d'un demi-siècle, renfermée dans plus de quarante volumes.

Mais pourquoi ce long travail, pourquoi cette incessante recherche? Ce n'est pas tout de contempler le mal. Guérir ou soulager, tel est le but suprême de la médecine. « L'anatomie pathologique, dit M. Cruveilhier, doit céder le pas à l'observation clinique, marcher avec elle et après elle. Les altérations des organes ne sont que les effets du travail morbide, et ces effets ne peuvent avoir d'utilité pratique qu'autant qu'ils nous font remonter aux modifications qui les ont produites. »

L'altération anatomique n'est donc pour M. Cruveilhier qu'une sorte de symptôme interne, mais placé plus près de la route qui conduit à la cause et plus important à connaître. C'est encore un effet sans doute, mais qui se confondant presque avec la cause, peut, jusqu'à un certain point, en tenir lieu. L'altération organique, considérée comme résultat, révèle par ses caractères spéciaux et permanents l'action cachée de la cause, bien mieux que les signes extérieurs souvent mobiles et changeants, qui ne sont, à vrai dire, que des symptômes de symptômes.

Tout le monde aujourd'hui étudie avec le même soin la lésion organique, et si chacun ne lui accorde pas la même importance hiérarchique, tous du moins reconnaissent que le but supérieur et dernier de l'anatomie pathologique, c'est la pathogénie. La genèse des maladies ne se laisse pas aisément connaître : toutefois la maladie ne peut être conçue sans un substratum matériel. Si la lésion n'est pas la maladie, elle est pourtant tout ce que nous en pouvons saisir. Alors même que l'observateur n'a pu la découvrir, l'induction le conduit à la supposer, et cette supposition est comme une solution d'attente. Cette pensée était bien celle de M. Cruveilhier. « Non, certes, dit-il, il n'y a pas de maladies sans siége, et ce n'est pas là ce qu'ont voulu dire les auteurs qui ont admis des maladies générales. Ce qu'ils ont voulu dire, c'est que les systèmes fondamentaux de l'économie, le système circulatoire, le sang, le système nerveux, pouvaient être altérés sans qu'il fût possible de reconnaître après la mort une lésion plus particulière dans tel ou tel organe. »

Toutefois M. Cruveilhier aspire à s'élever plus haut. Il sait que les procédés capables de constater la réalité des modifications antérieures aux lésions matérielles font absolument défaut, et que ces modifications dynamiques ne sont que des suppositions non démontrées et non démontrables, mais il est de ceuxqui pensent que si la lésion vitale ne s'explique pas, elle s'impose du moins comme la solution inévitable de tout problème pathologique.

« La raison suffisante des maladies, dit-il, se trouve-t-elle dans quelque lésion organique? Vouloir expliquer tous les phénomènes morbides par les lésions matérielles des organes me paraît une prétention aussi exagérée que de vouloir trouver, dans les conditions matérielles de ces mêmes organes, lorsqu'ils sont sains, la raison suffisante de leur action. La science du cadavre n'est pas la science de la vie. La vie ne reconnaît ni rapports de contiguité ni rapports de continuité, ni faces, ni bords, ni angles. La vie associe les organes les plus éloignés, comme elle sépare les organes les plus rapprochés; elle s'exécute au moyen des organes, mais elle ne se mesure ni par leur masse, ni par leur volume. »

Volontairement enchaînés à la réalité, le regard obstinément fixé sur les choses qu'ils peuvent pleinement embrasser, les uns évitent de s'engager dans les ténèbres; d'autres les recherchent, l'obscurité les attire : mal à l'aise dans les bornes étroites de la science humaine, ils s'élancent au delà et, comme M. Cruveilhier, ils affirment ce qu'ils croient. Mais quelle que soit l'idée que le médecin se forme de ces obscurs problèmes, qu'il les poursuive ou qu'il les évite, la nécessité pratique le ramène toujours à la réalité. L'organe est le support de la fonction, et si celle-ci pouvait être troublée sans un trouble corrélatif dans le support, la médecine devrait disparaître du nombre des sciences.

Il y a près de quarante ans que les portes de l'Académie s'étaient ouvertes devant M. Cruveilhier. C'est à cette tribune qu'il communiqua ses belles recherches sur la paralysie musculaire atrophique, cette maladie de la jeunesse et de l'âge adulte, dans laquelle la sensibilité, les sens, l'intelligence restent absolument intacts, et dans laquelle la disparition des muscles marche parallèlement avec la lésion de la motilité. On croyait à une maladie du tissu musculaire, il montra qu'elle s'accompagne toujours de l'atrophie des racines antérieures des nerfs rachidiens et des éléments correspondants de la moelle épinière. « S'il m'était permis de parler ici un langage figuré, ajoutait M. Cruveilhier, je dirais que les malheureux atteints de cette maladie réalisent la fiction du Tasse, qui nous représente les arbres de sa forêt enchantée comme autant de créatures humaines sensibles à tous les coups qui leur étaient portés, sans pouvoir s'y soustraire. »

L'Académie n'a pas perdu le souvenir des longs débats auxquels a donné lieu, dans cette enceinte, la fièvre puerpérale. « Qu'il me soit permis, disait alors M. Cruveilhier, d'émettre un vœu qui, j'en suis certain, trouvera de l'écho dans le corps médical tout entier. Je le dis avec une profonde conviction, il n'y a qu'un seul parti à prendre pour prévenir le retour de ces épidémies meurtrières, c'est la suppression des grands services d'accouchement, c'est leur remplacement par des secours à domicile auxquels on pourrait joindre un certain nombre de petits hôpitaux, situés hors Paris, pouvant admettre douze, quinze ou vingt femmes en couche, et dans lesquels chaque accouchée aurait une chambre particulière. » L'appel de M. Cruveilhier a été entendu. L'urgence d'une réforme n'est plus contestée par personne, et si elle n'est pas encore ce qu'elle devrait être, elle a du moins commencé.

L'année même où M. Cruveilhier inaugurait l'enseignement de l'anatomie pathologique, il portait la parole dans la séance de rentrée de la Faculté. *Les Devoirs et la Moralité du médecin*, tel est le sujet qu'il avait choisi.

Devant une impatiente jeunesse, trop souvent emportée par les ardeurs de son âge, mais toujours altérée de justice, qui pouvait mieux que cet homme de bien remonter aux sources mêmes des passions généreuses pour en faire jaillir l'idée du devoir? Le devoir, cette règle immuable et éternelle, écrite au fond des consciences en caractères ineffaçables, cette loi sociale, la plus universelle et la plus nécessaire, qui ne contraint personne et qui pourtant oblige, et dont l'estime des autres et de soi-même est la seule, en même temps que la plus douce et la plus enviée des récompenses. Expression la plus élevée de la dignité de l'homme, fondement de la famille, sauvegarde des droits de chacun, contrat tacite de la communauté civile, la loi morale du devoir impose au médecin des obligations plus étroites encore. Pour n'être pas indigne de sa redoutable mission, pour exercer sans remords son pouvoir sans contrôle, savoir est le premier devoir du médecin, et comme la science ne s'acquiert que par l'effort persévérant, tout ce qu'il peut, il le doit.

Dans sa vie d'abnégation et de sacrifices, il ne mesure ni son temps ni son sommeil. Il ne compte ni avec la fatigue, ni avec l'ingratitude. Soldat du devoir, toujours prêt au premier appel, il se donne aux déshérités de ce monde aussi bien qu'aux heureux du jour. Dans les tristes réduits où l'inquiétude du lendemain torture le corps tout autant que le mal, le médecin apparaît comme une providence. Avec lui, le rayon d'espérance pénètre dans ces sombres demeures, la vie renaît dans ces cœurs désolés, et lui-même en sort meilleur. Un regard, une larme, la muette pression d'une vaillante main durcie par le travail, et il se trouve largement récompensé.

Viennent les jours néfastes où l'épidémie tient la cité courbée sous le joug de sa mystérieuse puissance, c'est alors que le médecin grandit et s'élève. Intrépide au milieu du danger, sans autre mobile que son obscur dévouement, il brave la mort simplement et sans témoins. Quand l'ennemi se dérobe, plus ardent à l'atteindre que d'autres à le fuir, il le cherche, il le poursuit jusqu'aux rives lointaines.

Noble et consolant spectable où l'âme humaine se révèle dans toute sa grandeur. Après cela, qui donc oserait dire que l'exercice de notre art endurcit le cœur? Si devant les expressions de la douleur le médecin impose silence à la pitié, lui reprochera-t-on de ne pas s'abandonner au trouble des sens? Mais sous ce calme apparent se cache l'effort viril, et cette victoire d'un moment est chèrement achetée.

Au confident de toutes les misères et de toutes les fragilités, la nature humaine se montre sans voiles. « Votre bouche ne révélera jamais ce que vos yeux auront vu, ce que vos oreilles auront entendu, » disait, il y a plus de deux mille ans, le divin vieillard. Quatre siècles auparavant, dans l'ancienne Argolide, sur le fronton du temple élevé par Trasymède au dieu de la médecine, on pouvait lire ces mots : « L'entrée de ces lieux n'est permise qu'aux âmes pures », et la statue d'ivoire muette pour le vulgaire, pour elles seules réservait ses oracles. Aussi loin qu'on remonte dans l'histoire de notre art, cette pieuse tradition se retrouve. La conscience du médecin est le seuil inviolable que personne n'a le droit de franchir. Le secret professionnel apparaît comme une religion. En quelque situation que le placent les hasards de la fortune, quelque incertaines que paraissent les circonstances, le devoir du médecin ne cesse pas d'être le même, il n'admet ni prétextes ni compromis d'aucune sorte; le devoir est toujours le devoir. Mais ce n'est pas ici qu'il pourrait être utile de défendre une aussi juste cause : ce n'est pas nous qui laisserons jamais s'affaiblir dans nos cœurs ce qu'il y a de plus pur et de plus vivace dans notre caractère national, le sentiment de l'honneur.

Cette noble thèse du devoir, M. Cruveilhier l'avait développée avec l'éloquente simplicité qui lui était naturelle. Pour tracer le modèle accompli du médecin, il lui avait suffi de se peindre lui-même. L'accent ému de l'orateur, le mélange de douceur et d'énergique droiture qui éclairait son visage remuèrent profondément l'auditoire. Le souvenir de cette belle oraison est resté profondément gravé dans la mémoire de ceux qui l'ont entendue.

Le labeur quotidien de M. Cruveilhier était énorme; lorsqu'il se rendait le matin à l'hôpital, il avait déjà donné de longues heures au travail. Aux premières lueurs du jour en été, en hiver à la clarté de la lampe, les seuls instants où il pouvait espérer d'être seul, il préparait ses leçons, rédigeait ses ouvrages et dirigeait l'éducation de son fils. Les exigences d'une clientèle démesurément étendue par sa bienfaisance absorbaient sa journée entière et lui laissaient à peine le temps de prendre ses repas.

Envers les malades peu favorisés de la fortune, il savait recouvrir son désintéressement des formes les plus délicates. En voici un exemple entre beaucoup d'autres. M. Cruveilhier donnait des soins à la femme d'un modeste employé. Deux fois par jour, depuis plus d'un mois, il montait ses cinq étages. Il la visitait pour la dernière fois, et il allait se retirer, lorsque avisant un petit tapis sans valeur : Quel joli tapis, quel merveilleux tapis algérien ! s'écrie-t-il. — Mon Dieu, docteur, s'il pouvait vous être agréable!... — S'il me serait agréable !... Tenez, faisons une affaire... Vous me devez deux cents francs, votre tapis en vaut au moins trois cents... Voici cinq louis, je l'emporte.

Clinicien habile autant que savant anatomiste, doué de ce rare bon sens moins commun qu'on ne pense et la première qualité du praticien, sa réputation avait rapidement grandi. Il était de plus en plus recherché. Vers 1835 il fut appelé par M. de Talleyrand. Pendant les trois années qui précédèrent la mort du célèbre diplomate, il le visitait à peu près chaque jour et recueillit de la bouche de cet inimitable conteur des détails pleins d'intérêt sur les grands événements auxquels il avait été mêlé. Raffiné, toujours maître de lui, le prince de Bénévent contrastait avec le maître impétueux dont il avait servi la fortune. C'est en parlant de l'empereur qu'il disait : « Il a été compromis le jour où il a pu faire un quart d'heure plus tôt ce que j'obtenais qu'il fît un quart d'heure plus tard. » En 1807 le soldat couronné et le courtisan s'étaient séparés sans pourtant se brouiller encore. Deux années plus tard, la guerre d'Espagne consomma la rupture. Dominé par la pensée de placer sur tous les trônes de l'Europe des Bonaparte à la place des Bourbons, Napoléon suivait d'un œil attentif la lutte engagée en Espagne. Entre Charles IV, le père imbécile dominé par le favori de la reine, et Ferdinand VII, le fils ambitieux et sans scrupules, il s'était posé en médiateur armé, promettant à l'un et à l'autre une couronne, dont il avait déjà disposé.

M. de Talleyrand était à Valençay, magnifique terre qu'il tenait de la munificence impériale, lorsque l'empereur, qui se rendait à Bayonne pour se rapprocher du théâtre des événements, vint faire visite, en passant, à son ancien ministre. Suivant son habitude, l'empereur parla longtemps. M. de Talleyrand restait impénétrable, lorsque, rompant tout à coup le silence : « Les hommes font parfois des folies, dit-il d'un ton sentencieux, et on les leur pardonne, mais la conscience humaine ne pardonne pas à ceux qui trichent au jeu. » Cette véhémente apostrophe dont les historiens ne font pas mention, M. de Talleyrand l'a-t-il réellement prononcée? S'est-il exprimé avec cette rude franchise? Ce qui est certain, c'est que l'empereur, de retour à Paris, lui retira ses titres et dignités. Le serviteur dévoué des premiers jours passa à l'écart les dernières années de l'empire pour reparaître sur la scène au dénoûment du drame impérial.

Bien que M. Cruveilhier fût déjà parvenu à un âge assez avancé, il ne paraissait pas être encore arrivé au terme de sa carrière. La régularité de ses habitudes semblait lui promettre sinon de longs jours, du moins quelques années de repos et de recueillement. Son cher Limousin qu'il aimait avec passion, il espérait bien y revenir sur le tard de la vie. Il eut offert à ses compatriotes, qui l'avaient connu jeune et plein de promesses, le spectacle d'une vieillesse environnée d'estime et couronnée de gloire. Ce bonheur, il ne devait pas le goûter. Il revit bien sa terre natale, mais ce ne fut que pour y mourir après quatre années plus douloureuses encore pour les siens que pour lui-même. L'excessif travail dont il avait longtemps porté le poids sans faiblir l'avait à la fin accablé, et les ressorts de cette belle intelligence s'étaient brisés peu à peu. Paris allait être investi : c'est à grand'peine, après plusieurs tentatives infructueuses, que son fils put enfin le conduire à Sussac, près de Limoges, dans la propriété qu'il avait acquise et qu'il s'était plu à embellir.

Rien ne paraissait changé en lui. Son visage légèrement amaigri était comme autrefois souriant et gracieux. Il avait conservé toutes ses forces, et il se plaisait aux longues promenades, lorsqu'au retour d'une excursion dans la montagne, après une belle journée de printemps, il fut pris dans la nuit d'une violente douleur au côté droit. Une fièvre intense se déclara ; le délire le saisit. Le vendredi 10 mars 1874, il succombait, après quelques jours de maladie, à l'âge de quatre-vingt-trois ans.

Ainsi s'éteignit cet homme de bien, laissant à ses enfants, après une vie pure et sans tache, l'héritage de vertus qu'il tenait de sa mère. On ne pouvait le connaître sans éprouver pour lui une affection mélangée de respect. Inébranlable dans sa foi, d'une piété profonde mais discrète et sans apparat, sévère pour lui-même, indulgent pour les autres, il vécut dans les liens d'une étroite amitié avec les hommes des opinions les plus contraires à la sienne. Les paroles prononcées par M. de Mirbel sur la tombe du grand botaniste Laurent de Jussieu, et qu'il citait un jour dans une solennité semblable à celle qui nous réunit aujourd'hui, semblent avoir été écrites pour lui-même. « Si la paix de l'âme, des vœux modestes, un doux intérieur, la considération publique peuvent donner le bonheur ici-bas, nul ne fut plus heureux. Chargé d'années, il s'est endormi plein d'espoir, tournant les yeux vers le ciel et laissant sur la terre un fils digne de lui ».

Le but que M. Cruveilhier s'était proposé dans la science, il l'a poursuivi, sans s'arrêter un instant, pendant toute la durée de sa longue carrière. « Les systèmes passent, les faits demeurent », telle était sa maxime favorite; il y est toujours resté fidèle. Le beau livre dont la médecine française a le droit d'être fière, il a consacré sa vie à en choisir les matériaux avec le soin le plus scrupuleux et le discernement le plus éclairé. L'un des premiers, il a transporté dans le domaine de la pathologie les méthodes de la physiologie expérimentale et ouvert à la médecine une voie féconde en découvertes. L'équitable postérité inscrira le nom de M. Cruveilhier au nombre des hommes qui ont bien mérité du pays.

La gloire des armes s'élève sur des ruines; il lui faut le baptême des larmes; elle n'est que le triomphe de la force et passe d'un drapeau à un autre drapeau. Les victoires de la science n'ont rien à redouter des retours de la fortune; profitables aux vaincus tout autant qu'aux vainqueurs, leurs œuvres bienfaisantes sont la plus solide gloire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle du 4 mai 1875.

PRÉSIDENCE DE M. DEVERGIE

M. HENRI ROGER, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés en 1874.

M. J. BÉCLARD, secrétaire perpétuel, lit l'éloge de Cruveilhier. (Voir plus haut.)

DISTRIBUTION DES PRIX ET MÉDAILLES

Prix de l'Académie. — Aucun mémoire n'a été adressé pour concourir.

Prix Portal, de la valeur de 2,000 francs, décerné à M. le docteur Ch. E. Martin, ex-médecin de la légation de France en Chine, et à M. Chudzinski, aide-préparateur au laboratoire d'anthropologie de l'École des hautes études.

Prix Civrieux. — Il ne s'est présenté aucun concurrent.

Prix Capuron. — L'Académie accorde, à titre d'encouragement, une somme de 800 francs, à M. le docteur H. Charles, de Liége.

Prix Barbier. — L'Académie a accordé, à titre d'encouragement, une somme de 500 francs, à M. le docteur Félix Planat, de Villore-Ville (Puy-de-Dôme).

Prix Godard, de la valeur de 1,000 francs, décerné à M. le docteur L. Taon, de Nice (Alpes-Maritimes).

Prix Orfila. — N'a pas été décerné.

Prix Rufz de Lavison. — Il n'y a pas eu lieu à décerner le prix.

Prix Saint-Lager. — L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce concours.

Prix Falret. — Aucun concurrent ne s'est présenté.

Médailles accordées à MM. les médecins des épidémies (pour le service des épidémies en 1873) :

1° *Médaille d'or :* M. le docteur Fouquet, médecin des épidémies à Vannes (Morbihan).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Alison, de Baccarat. — Barbeau, médecin des épidémies à Rochefort. — Bertrand, de Besançon. — Coste, médecin-major de 1re classe au 30e régiment d'artillerie. — Dauvergne père, de Manosque. — Fourrier, médecin des épidémies à Compiègne. — Lecart, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de la Rochelle. — Le Noel, médecin des épidémies à Amiens. — L. Regnier, médecin-major au 102e de ligne.

3° *Rappel de médailles d'argent.* — MM. les docteurs H. Benoît, de Giromagny. — Botrel, de Saint-Malo. — Bouteiller, de Rouen. — Évrard, médecin des épidémies à Beauvais. — Grandmottet, médecin des épidémies au Mans. — Loysel, médecin des épidémies à Cherbourg. — Prestat, médecin des épidémies à Pontoise. — M. Remilly, médecin des épidémies à Versailles.

4° *Médailles de bronze.* — MM. les docteurs Courcelle, médecin des épidémies à Laval. — Geay, médecin au Gua (Charente-Inférieure). — Glaesel, médecin-major en retraite à Montlignon (Seine-et-Oise). — Guidoni, médecin des épidémies à Calvi. — Mahier, médecin des épidémies de la Mayenne. — Mantes, médecin des épidémies à Saint-Omer. — Méplain, médecin des épidémies à Avranches. — Rinaldi, médecin civil à Constantine. — Vivien, médecin des épidémies de l'arrondissement de Sancerre (Cher).

5° *Mentions honorables.* — MM. les docteurs Cartron, au Gua (Charente-Inférieure). — Légée, médecin de l'arrondissement d'Abbeville (Somme). — M. Omouton, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Yvetot (Seine-Inférieure). — Sainton, médecin des épidémies à Chinon.

Médailles accordées pour coopération aux travaux de la commission de l'hygiène de l'enfance.

1° *Médailles d'argent.* — M. le docteur Bourée, à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or). — M. le docteur Bringuier, à Montpellier. — M. le docteur Rimbaut. — M. le docteur Sanguin, à Saint-Chamas (Bouches-du-Rhône).

2° *Rappel de médailles d'argent.* — M. Gibert, à Marseille.

3° *Médailles de bronze.* — M. le docteur Couillard, à Issoire. — M. le docteur Dupré, à Bourg. — M. Jollans, à Izeaux (Isère). — M. le docteur Michel, à Cavaillon. — M. le docteur Vedel, à Lunel. M. le docteur Triaire, à Tours. — M. le docteur Faucon, à Amiens.

4° *Rappels de médailles de bronze.* — MM. les docteurs de Brye, à Vienne (Isère). — M. Gevrey, à Resoul. — Roques, à Salon (Bouches-du-Rhône). (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 25 avril 1875, ont été promus au grade de médecin inspecteur dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

M. Marmy, médecin principal de première classe des hôpitaux de Lyon, en remplacement de M. Laveran, admis dans la section de réserve.

M. Baizeau, médecin principal de première classe des hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Perier, admis dans la section de réserve.

— La Société des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 12 mai, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Rapports de MM. Lanquetin et Perrin, sur les candidatures de MM. Courtaux et Puel. — 2° Ablation de grosse loupe par le galvano-cautère. Hernie crurale étranglée; par les doc-

teurs Moret et H. Bergeron. — 3° Des maisons de secours. (Extrait d'un rapport présenté par le docteur G. Martin, au conseil municipal de Paris.)

— *Faculté de médecine de Paris. — Cours complémentaire des maladies syphilitiques.* — Le docteur Alfred Fournier, agrégé de la Faculté, commencera ce cours à l'hôpital de Lourcine, le jeudi 13 mai, à neuf heures du matin, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

MM. les étudiants qui désireraient suivre ce cours sont priés de se munir de cartes spéciales au secrétariat de la Faculté.

— M. le docteur Laskowski, professeur libre, commencera le lundi 10 mai un cours public et gratuit d'anatomie descriptive, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre n° 3 du l'École pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Ce cours est spécialement destiné aux élèves qui préparent leur deuxième examen de fin d'année. — Il comprendra l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie.

Les démonstrations seront faites sur des pièces naturelles conservées.

— Un médecin exerçant dans une grande ville, désirerait trouver un jeune confrère pour le remplacer pendant une absence qu'il est obligé de faire. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Expériences sur l'inoculabilité de quelques lésions de la peau, par le docteur C. S. Douaud. — In-8° de 16 pages. — Bordeaux, 1875, impr. Duvardier et Ce.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOTEL-DIEU. — M. BÉHIER.

Leçon clinique sur un cas de rhumatisme articulaire aigu.

I

Au n° 26 de la salle Sainte-Jeanne est entré, le 11 mars 1875, un homme de trente et un ans, vigoureux, exerçant la profession de sculpteur sur bois. Il n'a jamais fait de maladie antérieure, si ce n'est, vers l'âge de douze ans, une fièvre typhoïde. Il habite un logement parfaitement sec et aéré; mais surchargé de besogne pendant ces derniers temps, il a été obligé de consacrer une partie des nuits à son travail.

Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, il fut pris d'un mouvement fébrile intense, en même temps qu'il ressentait dans le genou gauche une douleur vive s'accompagnant d'une tuméfaction considérable de l'articulation. Les jours suivants, il éprouva le même symptôme dans les jointures du coude, de l'épaule, du poignet, mais le genou gauche resta plus particulièrement malade.

Lorsque je le vis, la peau de ces différentes articulations était rouge, tuméfiée. Le malade accusait une douleur très-vive lorsque, avec la main, on venait à exercer une légère pression le long des gaînes tendineuses aboutissant à leur niveau.

Il n'y avait absolument rien au cœur, nulle altération de rhythme, de timbre, etc.

La fièvre était modérée, mais s'accompagnait de sueurs profuses abondantes. Les urines étaient rares, fortement colorées et contenaient une grande proportion d'acide. La soif était vive, l'insomnie absolue. A cette époque, non-seulement les jointures que je vous ai énumérées plus haut étaient envahies par l'inflammation, mais les articulations métacarpo-phalangiennes et celle des doigts eux-mêmes étaient le siége de douleurs et d'une tuméfaction notables.

Je prescrivis 10 grammes de bicarbonate de soude par chaque pot de tisane; les articulations malades furent soigneusement enveloppées de ouate, et je complétai le traitement en faisant administrer à cet homme 50 centigrammes de poudre de Dower.

Aussi, depuis le 15 mars, l'état du malade s'est-il sensiblement amendé. Les douleurs sont moins vives; la fièvre continue à être modérée; la température est à 38°4. Les sueurs, toujours abondantes, exhalent une odeur désagréable. L'appétit est revenu, mais l'extension du rhumatisme à l'articulation temporo-maxillaire détermine une gêne considérable de la mastication.

Comme vous le voyez, cette observation est assez simple; cependant je tiens à appeler votre attention sur certains points.

Notez d'abord que la maladie n'a pas débuté brusquement, mais qu'elle a été précédée de prodromes assez vagues et incertains à la vérité, mais qui ne font presque jamais défaut. Rarement vous verrez le rhumatisme articulaire aigu débuter d'une façon tout à fait imprévue et sans qu'aucun symptôme ne vienne attirer l'attention de l'observateur.

Quant à la marche du rhumatisme, c'est encore celle que vous avez observée chez notre malade. Le malaise qu'il a ressenti a été suivi de l'envahissement brusque et violent du genou gauche par la phlegmasie, puis successivement les petites articulations se sont prises à leur tour, quoique à un degré moindre que la première. C'est, en effet, toujours la jointure par laquelle le rhumatisme a débuté qui reste le plus gravement atteinte, persistant même dans cet état alors que les autres articulations ont déjà repris à peu près leur habitude normale.

Le genou, vous ai-je dit, était volumineux et tuméfié; la synoviale était le siége d'un épanchement abondant. Lorsque celui-ci n'est pas très-considérable, il est cependant assez facile à constater, à cause des divers déplacements dont il est susceptible lorsqu'on vient à imprimer certains mouvements à l'articulation. Tantôt, en effet, il détermine au-dessus de la rotule une saillie due à l'accumulation du liquide dans cette partie de l'articulation qui remonte jusque sous le tendon du muscle droit antérieur; tantôt, au contraire, c'est de chaque côté du tendon du ligament rotulien que déborde la tumeur. Il suffit alors, pour percevoir la fluctuation, de frapper avec le doigt un petit coup sec en un point de la saillie formée par l'épanchement, l'autre étant appliquée en un point opposé à celui qui reçoit le choc. Enfin, dans un certain nombre de cas, la tumeur ne prédomine ni dans un point ni dans l'autre, et il est nécessaire alors, pour produire la fluctuation, de recourir à ce procédé qu'emploient les chirurgiens dans des cas analogues, et qui consiste à presser l'articulation avec les deux mains pour faire refluer l'épanchement sous la rotule, tandis qu'appliquant le doigt sur la partie supérieure de l'os, on re-

pousse brusquement celui-ci vers la cavité articulaire, on donne ainsi lieu à un choc dont on perçoit facilement le bruit.

Outre les symptômes que je viens de vous énumérer, la peau de l'articulation présentait une coloration rouge, signe important dans l'espèce, puisqu'il vous permettra de distinguer le rhumatisme articulaire d'avec un épanchement non inflammatoire. Dans l'hydarthrose, en effet, bien que le genou ne soit le siége d'aucune douleur véritable, l'articulation peut prendre un développement énorme par le fait d'un épanchement considérable, mais elle ne présente pas alors cette rougeur de la peau qu'on observe dans la maladie qui nous occupe.

Il se pourra encore, surtout si une ou deux fois déjà le sujet a été pris de douleur rhumatismale dans la même articulation, que vous rencontriez ce même gonflement de chaque côté du ligament rotulien ou du tendon du droit antérieur, mais alors affectant une consistance mollasse quasi fluctuante, et sans qu'il y ait pour cela de véritable épanchement. Cela tient à ce que, sous l'influence de ces inflammations successives, il s'est fait dans les franges de la synoviale une prolifération considérable de noyaux fibrineux, et que celles-ci ont fini par s'épaissir, par se vasculariser, au point de donner sous le doigt la sensation d'empâtement que l'on observe alors. Il est bon que vous soyez au courant de ce fait, parce que, à la suite d'une marche un peu prolongée, d'une chute sur le genou, d'une contusion quelconque, la synoviale peut devenir le siége de douleurs assez vives, sans rougeur de la peau, de sorte qu'alors cette lésion se prêtera facilement à toute espèce d'interprétation, et particulièrement à celle d'une tumeur blanche.

Un autre point important à noter, c'est cet envahissement successif de la plupart des articulations par le travail inflammatoire. C'est là un fait habituel.

Je vous ai encore fait observer que, chez notre malade, les petites articulations avaient été prises comme les grosses. C'est qu'en effet, à une certaine époque, on confondait ensemble le rhumatisme et la goutte. L'un ne différait de l'autre qu'en ce que le rhumatisme envahissait les grosses articulations, tandis que la goutte n'exerçait son action inflammatoire que sur les petites. Aujourd'hui, cette confusion a complétement disparu de la science, et cette coïncidence de l'inflammation survenant chez notre homme dans toutes les articulations indistinctement est une nouvelle preuve de la qualité non goutteuse de la phlegmasie lorsqu'elle survient dans ces conditions. Ce qui avait encore donné lieu à cette manière de voir, c'est que souvent, dans le rhumatisme noueux, il se produit dans les jointures des corps durs qui présentent quelque analogie avec le tophus de la goutte. Mais l'expérience du fil plongé dans les urines du malade, et ne tardant pas à se recouvrir d'un abondant dépôt de cristaux d'urée dans la goutte, ce qui, au contraire, n'a jamais lieu dans le rhumatisme; la concomitance fréquente d'une affection cardiaque dans celui-ci, laquelle, vous le savez, n'apparaît jamais dans celle-là, sont autant d'éléments qui suffiraient à établir la nature distincte de ces deux affections.

Il y a encore chez notre homme un point sur lequel je désire attirer votre attention, c'est l'extension du rhumatisme à l'articulation temporo-maxillaire. Ce fait est bon à connaître, car vous pourriez être tentés de considérer comme du trismus la difficulté qu'éprouvent alors les malades à mouvoir la mâchoire.

Un autre fait à noter, c'est le caractère des sueurs dans le rhumatisme. Chez notre malade, elles exhalaient une odeur aigrelette, une odeur de lait caillé tout à fait caractéristique. Ce caractère est bien différent de l'odeur de bête fauve qu'exhalent les phthisiques, ou de celle de souris qu'on observe chez les gens atteints de maladie cérébrale.

Je vous ai également signalé l'insomnie absolue de notre malade. Certes, dans le rhumatisme, la fièvre et les douleurs sont assez violentes pour empêcher de dormir le sujet qui en est atteint; mais toutes les fois que vous verrez une insomnie aussi complète que dans le cas qui nous occupe, prenez peur. Elle est ordinairement le prodrome d'accidents spéciaux du côté du cerveau et des centres nerveux. Ce symptôme, joint à la photophobie, est d'une importance capitale dans les fièvres éruptives. J'espère, néanmoins, que nous n'aurons pas affaire ici à une aussi redoutable complication.

Enfin il y a encore un petit enseignement à tirer chez notre homme de la propagation des douleurs le long des gaînes tendineuses. Vous savez que l'on a dit que c'était là un caractère propre au rhumatisme blennorrhagique. Or, s'il est vrai que la blennorrhagie est d'une coïncidence fréquente dans le rhumatisme, il faut bien savoir que jamais elle n'a imprimé à celui-ci une forme spéciale. Elle fait, du reste, défaut chez notre malade, qui ne présente aucun indice d'une inflammation de l'urèthre. Il est donc bon de noter ce fait en passant et de laisser le rhumatisme blennorrhagique dans son obscurité.

(*A suivre.*)

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Paul Fournaise.

Accouchement gémellaire. — Procidence du cordon ombilical. — Imperforation de l'urèthre chez un enfant nouveau-né.

L'imperforation de l'urèthre constitue pour le nouveau-né un vice de conformation des plus graves; on cite peu d'exemples de cette anomalie, et chaque fois qu'on a voulu y porter remède, les résultats ont été presque toujours incomplets ou désastreux.

On a rencontré l'imperméabilité de l'urèthre vers la partie moyenne, dans une étendue de $\frac{1}{2}$ à 1 centimètre; mais le plus souvent cette anomalie consiste en une mince membrane, unissant les bords du méat urinaire, ou bien elle n'est qu'un simple accolement de la muqueuse au niveau de la fosse naviculaire. Les cas analogues à celui que nous allons rapporter étant extrêmement rares, on chercherait vainement dans les auteurs la description du manuel opératoire qu'il convient de leur appliquer. Malgaigne lui-même, qui dans son savant *Traité de médecine opératoire*, n'a rien omis de ce qui touche à l'art chirurgical, mentionne seulement en passant l'imperforation du gland chez l'enfant nouveau-né et dit qu'on peut y porter remède à l'aide d'un petit trocart.

Le 21 janvier dernier à onze heures du soir, la dame B..., âgée de trente-quatre ans, primipare, ressentit les premières douleurs de l'enfantement. Le 22 vers les neuf heures du matin, la dame H..., sage-femme qui l'assistait, ayant remarqué la lenteur et l'irrégularité du travail, soupçonna quelque chose d'insolite et nous fit appeler.

La forme globuleuse du ventre et son développement exagéré nous firent soupçonner *a priori* une grossesse gémellaire; toutefois, après plusieurs auscultations successives, nous n'avions pu découvrir les battements que d'un seul cœur fœtal, un peu en dehors et à gauche de la région ombilicale.

En pratiquant le toucher, nous reconnûmes l'engagement de la tête avec présentation de la face au détroit supérieur.

Les contractions utérines, faibles et incomplètes, se répétèrent à d'assez longs intervalles, jusque à cinq heures du soir. A ce moment, la dame B..., fut prise de vomissements accompagnés d'une toux

légère. — A la suite de ces divers efforts, nous constatons une procidence du cordon ombilical, jusqu'à 6 centimètres environ de l'orifice vulvaire.

Des tentatives de réduction ne pouvaient qu'être infructueuses, la tête étant engagée sur le plancher périnéal. Redoutant l'asphyxie de l'enfant, nous appliquâmes immédiatement le forceps. Presque aussitôt l'expulsion de ce premier enfant, le travail, recommença et le deuxième, qui était une fille, fut expulsé sans difficultés, au bout d'une demi-heure.

Les deux cordons étaient insérés sur un placenta unique, très-volumineux, cloisonné à la partie moyenne.

En procédant le lendemain matin à la toilette du garçon, la sage-femme me fit remarquer que le méat urinaire était imperméable. Je reconnus sur-le-champ cette anomalie et, après l'avoir fait cesser à l'aide d'une lancette, je m'aperçus bien vite que le canal de l'urèthre était imperforé dans une certaine partie de son trajet. L'enfant était maigre, chétif, souffreteux; en présence de ces conditions si défavorables, j'hésitais un peu à pratiquer un canal; toutefois la dame B... parut si affligée de cette infirmité, elle attacha tant de prix à la conservation de son enfant, que je résolus de tenter l'opération à tout hasard.

En m'appuyant sur ces données : 1° que le tissu spongieux est facile à déchirer et à déprimer chez les enfants nouveau-nés; 2° que la verge étant relevée contre la paroi abdominale, le canal de l'urèthre est à peu près rectiligne, dans la plus grande partie de de son étendue, je pénétrai à l'aide d'un stylet de trousse dans le méat que je venais d'ouvrir. Je ramenai la verge en avant vers la paroi abdominale et lui imprimai une certaine tension; puis, faisant tourner le stylet sur son axe, j'arrivai, après une séance de 5 minutes environ, à une profondeur de 4 millimètres. Il ne s'écoula pas une goutte de sang. Vers quatre heures de l'après-midi, je recommençai la même manœuvre et n'avançais qu'à 6 millimètres et demi.

Le lendemain 24, je trouvai l'enfant très-déprimé, les chairs étaient flasques, molles et à peu près dépourvues de calorique. La percussion de la région sus-pubienne me révéla une plénitude très-accusée de la vessie. J'introduisis, dans la portion de canal pratiquée la veille, une bougie filiforme; mais, après plusieurs tentatives, je l'abandonnai pour reprendre le stylet. J'avançai cette fois jusqu'à une profondeur de 1 centimètre.

L'après-midi, je fis de nouveau usage du stylet, et, après une manœuvre de 3 ou 4 minutes, l'instrument s'enfonça jusqu'à 25 millimètres environ.

Les manœuvres devenaient de plus en plus douloureuses, comme l'indiquaient les cris de l'enfant et la tuméfaction du gland plus accusée depuis la veille. Je songeais à laisser mon entreprise, mais la dame B... se mit à me supplier avec tant de force que je lui promis de recommencer le lendemain matin.

25 janvier. — Je constate chez l'enfant des signes d'hecticité très-marqués; un petit suintement s'est fait par le méat et en a agglutiné les bords. Muni d'un stylet en argent d'un diamètre un peu inférieur au précédent, je m'avançai cette fois jusqu'à 3 centimètres. Il s'écoula quelques gouttes de sang après le retrait de l'instrument.

A deux heures de l'après-midi, je reprends encore le même instrument, bien décidé cette fois à borner là mon intervention. En le poussant modérément dans la direction de son axe, je le sentis s'enfoncer avec plus de facilité, quand, arrivé à une profondeur de 45 millimètres environ, il pénétra sans effort dans un espace libre que je présumai être la vessie distendue par l'urine. Je le retirai avec précaution, et il s'écoula par le méat une quantité de sang que j'évaluai à 3 ou 4 grammes. Voulant m'assurer de la perméabilité du canal que je venais d'ouvrir, je réintroduisis le stylet, qui pénétra librement jusque dans la vessie. Peu d'instants après, l'enfant urina facilement et en abondance.

Quelques applications émollientes eurent bien vite raison de la tuméfaction douloureuse de la verge.

Depuis cette époque, l'enfant urine bien et n'a pas d'incontinence.

Le canal de l'urèthre ayant, chez le nouveau-né, une longueur moyenne de 6 centimètres on voit que, dans le cas actuel, l'oblitération s'étendait aux trois quarts de ce conduit.

On remarquera que nous n'avons pas employé moins de six séances de 4 à 5 minutes chacune pour mener à bien notre opération. Nous avons voulu par là éviter à l'enfant des douleurs trop vives et une hémorrhagie qui eussent immédiatement compromis son existence, déjà fort en danger par le fait même de l'anomalie.

Le cas que nous venons de signaler ne suffit certainement pas à poser les règles d'un manuel opératoire; toutefois il peut conduire à formuler les conclusions suivantes.

1° L'imperméabilité même très-étendue du canal de l'urèthre chez le nouveau-né n'est pas au-dessus des ressources de l'art.

2° La friabilité et le peu de résistance des tissus permettent de pratiquer de toutes pièces un canal uréthral à l'aide d'instruments simples.

OBSTÉTRIQUE

Décollement du placenta.

Un de nos correspondants attire notre attention sur un article inséré dans les *Archives de médecine*, année 1826, page 123.

« M. Aldini, en 1826, communiquait à l'institut I. et R. de Milan, au nom de M. le docteur Mojon, un nouveau moyen très-simple, qui ne peut causer aucun accident, et déjà mis en usage avec le plus grand succès, avec lequel on peut extraire le placenta de l'utérus... Ce procédé consiste dans une injection d'eau froide, légèrement acidulée avec le vinaigre, poussée avec une force modérée dans la veine ombilicale du cordon... Aussitôt que l'injection est achevée... le placenta se détache spontanément, sans qu'on ait besoin d'introduire la main dans l'utérus. Dans le cas où une première injection ne suffit pas, on peut en pratiquer une deuxième et une troisième.

M. Mojon, il est vrai, indique ce procédé pour combattre les hémorrhagies causées par la rétention anormale du placenta; mais le principe est le décollement du placenta provoqué par l'injection. »

Enregistré pour servir à l'histoire du décollement du placenta.

PHARMACOLOGIE

Nouveau mode de fabrication des granules et des pilules assurant leur dosage et leur dissolution.

Par M. Coirre.

Dès l'apparition des granules comme mode d'administration des médicaments actifs, il y eut une sorte d'engouement pour cette nouvelle forme pharmaceutique.

Leur dosage exact, — au moins en apparence, — leur conservation indéfinie, et la facilité d'administration, alors surtout qu'il s'agissait de traitements le plus souvent assez longs, les rendaient en effet infiniment supérieurs aux solutions et aux sirops.

Mais une réaction se fit bientôt. On s'aperçut que ce dosage exact n'était souvent qu'un leurre; de plus, l'extrême consistance de ces granules leur faisait souvent traverser le tube digestif sans même se désagréger; ou bien, par suite de leur accumulation dans les replis de la muqueuse, la dissolution venant à s'opérer en même temps, il survenait des accidents d'intoxication.

Aussi, à la suite de nombreux faits portés devant les sociétés savantes, et des discussions qui en furent le résultat, ce mode de préparation tomba dans un discrédit qui chaque jour tend à s'accroître.

Mais le mode de fabrication est seul en cause; le principe reste intact.

Deux procédés sont habituellement employés pour la confection

des granules. Dans l'un, on humecte simplement des nonpareilles (1) avec un liquide tenant en solution ou en suspension le principe actif, puis, par un procédé de confiserie, on grossit à la dimension voulue avec du sucre en poudre, qui forme une série de couches superposées. Dans l'autre, le médicament est trituré avec du sucre en poudre dont on se sert pour le grossissement des nonpareilles qu'on recouvre en dernier lieu de sucre pur.

Le Codex a condamné ce mode de préparation, comme n'offrant aucune garantie pour la répartition exacte du principe actif, et il conseille de lui substituer des pilules faites avec du lait, de la gomme et du sirop de miel. Mais pour se conserver, ces pilules doivent être très-sèches et par conséquent très-dures, de sorte qu'on peut leur reprocher tous les inconvénients que nous avons déjà signalés.

Il était cependant regrettable d'abandonner un mode d'administration aussi précieux que les granules, et voici comment nous avons essayé de résoudre le double problème qu'on devait se poser.

Pour obtenir un dosage exact, nous avons adopté le principe du Codex, le noyau pilulaire. Faites par petites masses qu'on réunit ensuite, et divisées mécaniquement, ces pilules présentent, en effet, une répartition à peu près mathématique du principe actif.

Mais au lieu d'employer l'excipient indiqué par le Codex, nous y avons fait entrer une certaine quantité de glycérine, qui présente les avantages suivants :

Elle ne se dessèche pas, ce qui conserve aux pilules toute leur mollesse primitive. Elle ne s'altère pas, ce qui est une garantie de conservation. Elle est enfin extrêmement soluble, et son action sur l'organisme, alors même que la dose employée serait dix fois plus considérable, est absolument nulle.

Ces pilules sont ensuite dragéifiées, c'est-à-dire recouvertes de sucre, par les procédés ordinaires, ce qui les isole et les garantit du contact de l'air, en formant de véritables granules.

Ces granules, du poids de 5 centigrammes, sont dosés à 1 milligramme pour les sels d'arsenic, la digitaline, l'atropine, la morphine, et à 1 centigramme pour l'extrait d'opium, celui de belladone, etc.

Bien différents des granules ordinaires, que le marteau seul peut briser, ils s'écrasent facilement sous la pression du doigt, et peuvent par conséquent se désagréger et se résoudre rapidement dans l'estomac.

Nous avons appliqué avec les mêmes avantages le procédé que nous venons de décrire à la confection des pilules que les pharmaciens ne fabriquent pas habituellement dans leur officine, à cause de l'impossibilité où ils se trouvent de les obtenir par petites quantités, — comme la plupart des pilules ferrugineuses par exemple, et toutes celles qui sont dragéifiées.

Ces pilules, recouvertes de sucre, comme les granules, conservent également toute leur mollesse et, par conséquent toute leur action (2).

Quant à celles que les pharmaciens exécutent journellement sur ordonnances, nous engageons les médecins à faire entrer dans leurs formules une certaine quantité de glycérine comme excipient liquide, surtout dans le cas assez fréquent où ces pilules doivent être conservées un certain temps. C'est le seul moyen, en effet, d'assurer leur dissolution et de leur conserver toute leur efficacité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle du 4 mai 1875 (3).

PRÉSIDENCE DE M. DEVERGIE

Prix et médailles accordés à MM. les médecins-vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1872.

Avant de formuler les propositions de récompenses, l'Académie, dit M. le rapporteur, est heureuse de rappeler à M. le ministre les noms de M. Pangaud (de Montluçon), Fouquet (du Morbihan), et Lalagarde (d'Albi), dont le zèle ne s'est pas ralenti un seul instant. Leurs intéressants rapports auraient certainement valu à leurs auteurs les récompenses les plus importantes si nos savants confrères n'avaient déjà épuisé depuis longtemps la série de celles dont l'Académie fait chaque année la proposition.

Sur la proposition de l'Académie, M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder :

1° *Prix de 1,500 francs*, partagé entre M. le docteur Vicherat (de Nemours), M. le docteur Subert à Nevers, et M. le docteur Le Duc, à Versailles.

2° *Médailles d'or.* — MM. les docteurs Nier, à Privas; Guilbert, à Paris; Roché, à Pont-sur-Yonne, et Carion, à Commentry.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs dont les noms suivent :

Mme Alaime, sage-femme, à Gespunsart (Ardennes). — M. Andral, docteur-médecin, à Gramat (Lot). — M. Artance, docteur-médecin, à Clermont-Ferrand. — M. Augé fils, docteur-médecin, à Pithiviers. — Mme Bachelier, sage-femme, à Chatellerault. — Mme Bareau, sage-femme, à Albi. — M. Bastide, docteur-médecin, à Largentière. — M. Bazille, officier de santé, à Figeac. — M. Benoit, docteur-médecin, à Apt. — M. Bergerat, officier de santé, à Neuilly-le-Réal (Allier). — M. Boivin, docteur-médecin, à Paris. — Mme Bonnetaud (née Rozier), sage-femme, à Panazol (Haute-Vienne). — M. Bottini, docteur-médecin, à Menton. — M. Bourdereau, docteur-médecin, à Brinon (Nièvre). — M. Boursier, docteur-médecin, à Creil. — M. Buot de l'Épine, à Paris. — M. Carre, docteur-médecin, à Avignon.

Mme Caumel (Noélie), sage-femme, à Montflanquin (Lot-et-Garonne). — M. Charras, docteur-médecin, à Lamastre (Ardèche). — M. Chipault, officier de santé, à Châteauneuf (Loiret). — M. Clément, docteur-médecin, à Beaujeu (Rhône). — Mme Clostre (née Collin), sage-femme, à Couleuvre (Allier). — M. Cogenbles, docteur-médecin, à Nay (Basses-Pyrénées). — M. Coillot, docteur-médecin, à Montbozon (Haute-Saône). — M. Collin, docteur-médecin, à Paris. — Mme Courbatère, sage-femme, à Bordeaux.

Mme Daix, sage-femme, à Brioude. — Mlle Dalle (Emmelina), sage-femme, à Baray (Nord). — M. de Lavenay, docteur-médecin, à Yenne (Savoie). — M. Devillez, docteur-médecin, à Paris. — Mme Desplanque, sage-femme, à Tourcoing (Nord). — Mme Dominique, sage-femme, à Saint-Julien (Jura). — Mme Dubois, sage-femme, à Calais. — Mme Dumery, sage-femme, à Corbeil. — Mme Dumont, sage-femme, à Le Câteau (Nord). — Mme Dupret, sage-femme, à Douai.

Mme Faichaud, sage-femme, à Le Blanc. — Mme Farenc, sage-femme, à Moissac (Tarn-et-Garonne). — M. Fauchey, docteur-médecin, à Saint-Vivien (Gironde). — M. Faucon, docteur-médecin, à Dunkerque. — M. Féret, docteur-médecin, à Acheux (Somme).

M. Gaillard, médecin-vaccinateur, à Valence. — Mme veuve Gallet, sage-femme à Saumur. — M. Garcin, docteur-médecin, à Grand'Croix (Loire). — M. Garidel, docteur-médecin, à Annonay (Ardèche). — Mme veuve Gautier, sage-femme, à Saint-Flovier (Indre-et-Loire). — M. Georgeon, docteur-médecin, à Melisey (Haute-Saône). — M. Godefroy, docteur-médecin, à Rennes. — Mme Gribauval, sage-femme, à Saint-Denis. — Mlle Guernet, sage-femme, à Caen. — M. Guillemot (fils), docteur-médecin, à Louhans (Saône-et-Loire).

Mme veuve Hélin, sage-femme, à Chatellerault. — Mme veuve Hély (née Cretté), sage-femme, à Montereau. — M. Hiriart, docteur-médecin, à Toulon.

M. Jaurand, docteur-médecin, à Airvault (Deux-Sèvres). — M. Jouet, officier de santé, à Isigny (Calvados). — Mme Julien, sage-femme, à Murat (Tarn).

Mme Labadie, sage-femme, à Bordeaux. — Mme Laillier, sage-femme, à Pont-Audemer. — Mme veuve Lachenal, sage-femme, à Bonneville. — Mme veuve Lamothe, sage-femme, à Noaillan (Gironde). M. Lautaret, docteur-médecin, à Barcelonnette. — M. Lemercier, officier de santé, à Neubourg (Eure). — M. Levaux, instituteur, à Saint-Benin (Nord). — M. Liétard, docteur-médecin, à Plombières (Vosges).

M. Magnin, docteur-médecin, à Paris. — Mme Marchal (Marie), sage-femme, à Saint-Dié (Vosges). — M. Marchandon, docteur-mé-

(1) Les nonpareilles sont de petits grains de sucre de la grosseur d'une tête d'épingle, qui forment le noyau des dragées. Roulées dans une bassine avec du sucre en poudre aromatisé, on les grossit à volonté.

(2) Pour distinguer nos granules et pilules des produits analogues du commerce, nous les avons désignés sous le nom de Granules et Pilules Trois cachets. C'est ainsi qu'on pourra les demander.

(3) Fin. — Voir le numéro des 6 et 8 mai.

decin, à Sceaux. — M. Martin, docteur-médecin, à Cirey (Meurthe-et-Moselle). — Mme Martin (Amélie), sage-femme, à Hautmont (Nord). M. Masson, docteur-médecin, à Paris. — M. Méplain, docteur-médecin, à Moulins. — Mme Moriaux (Armény), sage-femme, à Fresnes (Nord). — M. Mouret, docteur-médecin, à Monistrol (Haute-Loire).

M. Patouillet, docteur-médecin, à Paris. — Mme Périchon, sage-femme, à Étampes. — M. Petiteau (Marcel), docteur-médecin, aux Sables (Vendée). — Mme Pongnault (Sophie), sage-femme, à Saint-Aignan (Loir-et-Cher). — M. Pradel, officier de santé, à Prades (Pyrénées-Orientales). — M. Pressoir, officier de santé, à Cérans-Foulletourte (Sarthe). — Mme Prouveur, sage-femme, à Saint-Denis. — Mme Puech, sage-femme, à Mazamet (Tarn).

M. Raymond, docteur-médecin, à Sainte-Florine (Haute-Loire). — M. Regnault, docteur-médecin, à Bain (Ille-et-Vilaine).— M. Renault, officier de santé, à Alençon. — M. Richard, officier de santé, à Plélan (Ille-et-Vilaine). Mme Rigault (née Labbé), sage-femme, à Blois. — M Rivairol, docteur-médecin, à Montauban. — M. Roccas, docteur-médecin, à Trouville. — Mlle Rouffiac, sage-femme, à Aumont (Lozère). — Mme Roux (Catherine), sage-femme, à Tarascon.— M. Rouyer, docteur-médecin, à Haroué (Meurthe-et-Moselle(. Mlle Torné (Eugénie), sage-femme, à Bagnères (Hautes-Pyrénées).— M. Trideau, officier de santé, à Andouillé (Mayenne).

Mme Vachey, sage-femme, au Creusot (Saône-et-Loire), — M. Vauquelin, docteur-médecin, à Lisieux. — M. Vernet, médecin-vaccinateur, au Buis. — M. Vernet, docteur-médecin, à Roujan (Hérault). — M. Vibert, docteur-médecin, au Puy. — M. Virlet, docteur-médecin, à Blamont (Meurthe-et-Moselle).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 mai 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine et une lettre de M. Delens, qui se porte candidat à la place de membre titulaire.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY dépose un travail manuscrit de M. Arnaud, médecin de la marine, sur l'amputation de la verge.

M. VERNEUIL présente une brochure adressée par le service de santé des États-Unis, qui demande à faire échange, avec la société, des ouvrages qu'elle aurait en double. Cette proposition est acceptée avec empressement.

M. Verneuil présente, en outre, une thèse intitulée : *Quelques considérations sur la marche des plaies à la Guyane française*, où l'auteur compare les accidents à la Guyane avec les accidents analogues observés en France; et une observation intéressante due à M. Lebourdalet, également chirurgien de la marine, qui est renvoyée à une commission.

M. GUÉNIOT, au nom de M. Broca, absent, présente la deuxième année de la Clinique chirurgicale de l'université de Rome, par le professeur Madeloni.

LECTURES

M. POLAILLON lit une observation d'hydrorachis, traitée avec succès par la ligature élastique.

Luxation médio-carpienne. — M. DESPRÈS dépose l'observation de luxation médio-carpienne qu'il a présentée dans la dernière séance, ainsi que le moule qu'il a fait prendre de cette luxation. Il n'a pas eu à la réduire ; il s'est borné à appliquer un spica maintenant la main dans une position où les os reprennent leur position normale. Il pense que ce moyen suffira, et que dans huit jours le malade sera guéri.

M. PERRIN. Les membres de la commission nommée pour examiner ce malade étaient partagés d'abord entre deux opinions, les uns adoptant la luxation médio-carpienne, les autres admettant que la luxation siégeait plus bas, entre la deuxième rangée du carpe et les métacarpiens. M. le rapporteur a comparé les rapports des parties saillantes avec une main dépouillée de ses parties molles, et a constaté que c'était bien à une luxation *médio-carpienne* que l'on avait affaire, et non encore à une luxation *carpo-métacarpienne*, comme lui-même l'avait pensé. Deux caractères accessoires peuvent aider au diagnostic. Le talon de la main est déformé dans le cas dont va parler M. Tillaux, ce qui n'a pas lieu dans celui de M. Desprès. De plus, aucun mouvement n'était possible dans le premier ; ils étaient, au contraire, conservés dans le second, et, chez ce dernier, on voyait la luxation se reproduire par le mouvement.

M. TILLAUX donne lecture de l'observation recueillie par M. Colin, son interne, de luxation des quatre derniers métacarpiens en avant. Cette luxation s'est produite dans une chute faite en arrière, la main se trouvant dans la flexion. A l'examen, la main est fléchie, et le malade ne peut la relever. Le pli du poignet est plus profond, anguleux, par suite de la saillie du talon de la main. Sur la face dorsale, au niveau du carpe et du métacarpe, on observe un gonflement modéré. Sur le dos de la main, une dépression profonde due à l'abaissement de la première rangée, en arrière, saillie linéaire due à la saillie de la deuxième rangée du carpe. Il y a de la crépitation. Les mouvements sont impossibles, la flexion augmente la douleur, qui cesse par la réduction. La main a été immobilisée sur une planchette, et le malade, aujourd'hui guéri, est revenu de Vincennes.

Ces faits sont très-rares. On a observé des cas de luxations de métacarpiens isolés. Il en existe une observation de M. Gosselin, où les métacarpiens étaient logés en arrière par suite de l'éclatement d'une arme à feu, mais non pas en avant. Le cas que M. Tillaux a présenté serait unique. En 1856. Foucher présenta une observation de luxation des premier et deuxième métacarpiens en arrière, due aussi à l'explosion d'un fusil.

RAPPORT

M. GUÉNIOT donne lecture d'un rapport sur un appareil présenté par M. Borin (de Lyon), qui l'appelle : *Fermoir vulvo-vaginal.*

M. Borin veut remplacer tous les pessaires par cet appareil. M. le rapporteur trouve cette opinion trop absolue. Les pessaires variés s'adressent à des cas non moins variés et soulagent trop souvent les malades pour que l'on doive y renoncer. D'ailleurs on ne peut combattre par un moyen unique une lésion qui présente des formes si différentes.

Il est des cas où les malades ont imaginé elles-mêmes des moyens extra-médicaux qui les soulageaient alors que tous les moyens ordinaires avaient échoué.

Les pessaires, la ceinture hypogastrique, le bandage inguinal double, la pelote périnéale répondent à des indications spéciales. Aran avait proposé l'infibulation contre la chute complète de l'utérus. M. Borin propose de prendre les grandes lèvres comme point d'appui, mais il n'est pas démontré que ce moyen, qui n'est pas nouveau, soit aussi profitable que le pense l'auteur. Quant à se servir de cet instrument pour l'occlusion des seins, ce moyen est-il bien utile? M. Borin a promis d'envoyer prochainement un travail sur ce sujet. Ce travail démontrera jusqu'à quel point le vulvo-fermoir apporte une ressource nouvelle à la thérapeutique.

La société décide que le travail de M. Borin et son appareil seront déposés aux archives, ainsi que le rapport de M. Guéniot.

LECTURES

M. DELENS, candidat à la place de membre titulaire, lit une observation de kyste hydatique volumineux de la rate, guéri par une simple ponction exploratrice.

M. DUBRUEIL donne lecture d'une note sur une variété rare de contracture qu'il a observée dans le service de M. Verneuil. Il la rapproche d'un cas analogue cité par Duchenne (de Boulogne), qui l'a dénommée *Contracture ascendante réflexe par lésion articulaire*, et qui l'a signalée le premier.

DISCUSSION

M. GUÉNIOT a observé un fait semblable sur un collégien de treize ans, tombé sur le coude gauche en faisant de la gymnastique. Il l'a vu le dixième jour après l'accident.

Le gonflement était à peine visible, mais l'avant-bras restait dans la pronation forcée. Les tentatives de supination produisaient de la douleur au poignet. L'extension était impossible.

M. Guéniot a fait faire sans résultat, pendant plusieurs jours, des frictions avec une pommade belladonnée, puis du massage. L'extension forcée, tentée à plusieurs reprises, a été impossible. Il a conseillé l'électricité et fera connaître, à la séance prochaine, le résultat obtenu par ce moyen.

M. LE FORT a observé des faits de paralysie avec atrophie, et aussi des cas d'hydartrose consécutifs à des contusions même légères des articulations.

M. PANAS a observé des faits analogues à ceux cités par M. Le Fort. Il pense que dans l'observation de M. Dubrueil et celle de M. Duchenne, il y a surtout une manière de considérer la question bien plus qu'une maladie non encore décrite. Ces contractions réflexes succédant à une affection traumatique articulaire se rapprochent plus de la règle générale que ne l'a dit M. Dubrueil.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. LE FORT présente deux tumeurs provenant de son service. L'une est un sarcome qui siégeait à la paume de la main, et qu'il a enlevé en employant la méthode d'Esmarck, qui a donné un résultat excellent. L'autre est un polype du col utérin qui était inséré sur la paroi extérieure du col. M. Le Fort ne connaissait pas de faits analogues.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 8 mai 1875. — Présidence de M. Cl. BERNARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Histologie, procédé de préparation. — M. CORNIL présente des préparations histologiques obtenues par l'emploi du violet de méthilaniline comme matière tinctoriale. En présence des tissus qui contiennent des substances colloïdes ou des tissus en dégénérescence amyloïde, ce violet se décompose en deux couleurs. L'une, rouge violacée ou amaranthe, se fixe sur les éléments cellulaires, sur les lames, lamelles et fibres en dégénérescence amyloïde pendant que la couleur bleue ou bleu violette se fixe sur les éléments normaux. Il en résulte que les préparations faites par ce procédé de teinture présentent une opposition de couleurs très-tranchée, qui permet de différencier au mieux les parties saines des portions altérées. Ce mode de coloration employée dans la dégénérescence amyloïde a sur l'iode et l'acide sulfurique l'avantage de n'altérer en rien les éléments anatomiques et de permettre l'emploi de pièces durcies complétement dans l'alcool pur ou dans le liquide de Miller et l'alcool. Il en résulte qu'on peut obtenir des préparations aussi minces que possible et, sur elles, distinguer très-nettement les parties malades des parties saines.

Ainsi, dans une série de dégénérescences amyloïdes du rein, M. Cornil a pu s'assurer que, même dans les lésions les plus avancées des vaisseaux sanguins et des canalicules urinifères, l'épithélium de ces derniers et l'endothélium des artères et des capillaires était conservé parfaitement intact, et que les cylindres hyalins des tubes urinifères se coloraient en bleu et non en rouge, ce qui indique que ces cylindres ne sont en aucune façon constitués par de la matière amyloïde. Il en est de même pour les vaisseaux capillaires du foie, pour les veines de la pulpe splénique et pour les artérioles : leur endothélium est partout bien conservé, bien que leurs parois, et en particulier les lames de la membrane interne, soient en dégénérescence amyloïde.

Dans la dégénérescence des tubes urinifères, les membranes hyalines des tubes sont épaissies et dégénérées.

M. Cornil expose d'une façon plus complète qu'on ne l'avait fait jusqu'ici les lésions de la dégénérescence amyloïde de la rate.

Vitesse du courant nerveux sensitif. — M. A. BLOCH communique à la société la première partie d'une étude expérimentale faite dans le laboratoire de M. Claude Bernard sur la vitesse du courant nerveux sensitif de l'homme.

Il n'existe qu'un seul travail relatif à cette question, c'est celui de Schelske (laboratoire d'Helmoltz). En voici la substance :

Schelske recevait une décharge électrique sur le pied et, au moyen d'appareils chronométriques très-ingénieux, arrivait à noter, en pressant sur une touche, l'instant où il avait perçu la commotion.

Recevant ensuite le choc électrique sur le visage, notant l'instant de la perception, comme précédemment, il observait, dans cette seconde épreuve, entre la décharge et le mouvement du doigt, un intervalle d'une durée moindre que la première.

Il attribuait la différence aux durées inégales des transmissions sensitives ; évaluant les longueurs de nerfs, depuis le pied et depuis le visage, respectivement, jusqu'au sensorium, il déduisait la vitesse du courant nerveux sensitif, qu'il estimait à $29^m,60$ par seconde.

Or ces expériences reposent sur une hypothèse erronée.

Les différences tiennent à d'autres causes que les longueurs de nerf.

La principale, celle qui réduit à néant les résultats du physiologiste allemand, c'est l'élément : transformation d'une sensation en volonté, élément variable selon l'accoutumance, selon l'éducation que l'expérimentateur peut se faire, et qui donne des résultats numériques en opposition radicale avec les longueurs de nerfs.

Ainsi, ce que M. Bloch appelle le circuit physiologique (sensation, volition, mouvement), est plus rapide quand la main reçoit l'impression que dans tout autre cas ; plus rapide que lorsque le nez ou l'avant-bras sont les régions excitées.

M. Bloch a remplacé le choc électrique par l'effleurement d'un index fixé au volant d'un moteur. La notation consiste dans des marques imprimées sur la face du volant, préalablement enduit de noir de fumée.

Il a calculé l'erreur maxima due à son procédé : elle s'élève à quelques millièmes de seconde pour des quantités variant entre 1 et 2 dixièmes de seconde, et dont les écarts physiologiques atteignent 2 ou 3 centièmes de seconde. L'approximation est donc plus que suffisante.

Il insiste sur la nécessité d'une attitude identique, pour des expériences comparatives, et termine cette première étude par les chiffres suivants :

Moyenne du circuit pour un choc		sur la main. .	0″,130
—	—	sur le nez. . .	0″,150
—	—	sur l'avant-bras	0″,160
—	—	sur le pied . .	0″,180

Il se propose d'établir, dans une prochaine communication, la vitesse du courant sensitif sans le concours de l'élément volition, et en se servant de la sensibilité seule.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation. — Les épreuves orales ont continué samedi 1er mai. MM. Humbert et Roustan ont eu à traiter : *Des fractures de l'extrémité inférieure du fémur.*

Le mardi 4 mai, MM. Penière et Lucas Championnière avaient à disserter sur : *les luxations de l'astragale.*

Le jeudi 6 mai, il n'y a pas eu de séance.

— *Hôpitaux de Paris.* — La première séance, de l'épreuve orale du concours pour deux places de médecin du bureau central, aura

lieu dans le grand amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, nº 3, le mercredi 12 mai 1875, à quatre heures.

Vingt-cinq candidats sont appelés à prendre part à cette épreuve; ce sont par ordre alphabétique :

MM. Caresme, Carrière, Chouppe, Danlos, Debore, Decori, Dieulafoy, Du Castel, Gaillard-Lacombe, Gingeot, Gougenheim, Gouraud, Grancher, Hallopeau, Hémey, Huchard, Labadie-Lagrave, Landrieux, Liouville, Renault (Alexandre), Renaut (Joseph), Rück, Sanni, Sevestre, Strauss.

— Le concours pour l'adjuvat sera ouvert le jeudi 13 de ce mois. MM. les candidats sont priés de vouloir bien se trouver à la Faculté (salle des thèses), le même jour à midi.

— Il est ouvert au ministère de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, sur l'exercice 1875, section 1re, chapitre 7, un crédit supplémentaire de 17,000 francs, applicable aux dépenses d'une troisième chaire de chimie à la faculté des sciences de Paris (chimie organique).

— *Faculté des sciences.* — *Cours de géologie.* — M. Hébert, professeur, fera, du vendredi 14 au mercredi 18 mai, une excursion géographique, à Bayeux, Caen et Trouville. En cas d'empêchement l'excursion sera dirigée par M. Vélain, répétiteur.

Rendez-vous à la gare de l'Ouest (place du Havre), le vendredi 14, à trois heures. S'inscrire à la Sorbonne (cabinet de géologie) avant lundi.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — *Cours de zoologie. Mammifères et oiseaux.* — M. Milne Edwards, membre de l'Académie des sciences, professeur; en son absence, M. Alph. Milne-Edwards, aide-naturaliste, a commencé ce cours lundi 10 mai, à deux heures.

Ce cours sera consacré à l'histoire naturelle des oiseaux, et portera principalement sur l'organisation, la classification et la distribution géographique des espèces vivantes et fossiles les plus remarquables.

Les leçons auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à deux heures, dans la salle des cours de zoologie, et elles seront complétées par des conférences faites en partie dans les galeries, en partie dans la ménagerie, à des jours et heures indiqués par des affiches spéciales.

— *Hôpital Saint-Louis.* — *Cours clinique complémentaire sur les maladies de la peau.* — M. le professeur Hardy commencera ce cours le vendredi 14 mai, à neuf heures, et le continuera les vendredis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, illustré de figures intercalées dans le texte. — Prix de chaque volume : 10 francs. — Les tomes I à XX sont en vente. Le tome XX comprend 808 pages avec 115 figures intercalées dans le texte. — Les principaux articles sont : *Langue*, par Demarquay et Rigal; *Larynx*, par Bœckel; *Lèpre*, par Hardy; *Leucocythémie*, par Jaccoud et Labadie-Lagrave; *Leucorrhée*, par Stoltz; *Lèvres*, par M. Laugier; *Lit*, par Poncet; *Lithotritie*, par Demarquay; *Luxations*, par Valette, etc.

Contribution à l'étude des causes de la coagulation du sang à son issue de l'organisme. Application à la transfusion, par le docteur Frantz GLÉNARD. — Gr. in-8º de 86 pages. Prix : 2 francs. — Paris, 1875, F. Savy.

De l'utérus pubescent, par le docteur Albert PUECH. — In-8º de 16 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, 1875, F. Savy.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8º de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La note de M. Tholozan sur le choléra, dont M. Roger a donné lecture il y a quinze jours, a fait à nouveau les frais de toute cette séance. Elle a donné lieu à une revendication de M. Bonnafont, que l'on trouvera au compte rendu, et à des observations critiques de M. Briquet, auxquelles a répondu M. J. Guérin. Ce n'est là qu'un petit préliminaire d'une discussion nouvelle qui s'engagera sur cette grave question, après que la discussion sur le scorbut, qui devra être reprise dans la prochaine séance, sera terminée.

On voit que nous avons du pain sur la planche.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Le Dentu, suppléant M. le professeur Richet.

Myosite syphilitique du muscle jumeau externe.

Leçon clinique recueillie par M. G. Maunoury, interne du service.

Il est entré le 28 septembre dernier dans notre service, au n° 2 de la salle Sainte-Marthe, un homme âgé de trente-huit ans, portant au mollet droit une tumeur d'aspect assez particulier. Je désire appeler aujourd'hui votre attention sur ce fait curieux et vous exposer les raisons sur lesquelles je me suis basé pour établir le diagnostic de l'affection.

Cet homme est vigoureux, il ne présente aucune trace de scrofule; deux petites cicatrices qu'il porte au cou sont très-vraisemblablement dues à des kystes sébacés; enfin il nie formellement tout antécédent syphilitique, et en cela il semble être de très-bonne foi.

Il y a deux mois environ, en soulevant avec un certain effort un panier de bouteilles de vin, il sentit tout à coup un craquement se faire dans son mollet droit comme s'il se produisait une déchirure des tissus profonds; il éprouva à ce moment une douleur assez vive, mais pas assez cependant pour l'empêcher de continuer son ouvrage; il regarda tout de suite le point qui lui semblait blessé, il n'y vit rien d'anormal, ni gonflement, ni tumeur. Les jours suivants il continua à marcher, malgré les douleurs de la région du mollet; mais, trois ou quatre jours après l'accident, en touchant sa jambe, il s'aperçut pour la première fois qu'il portait une tumeur grosse comme le pouce, indurée, siégeant dans un point qui, d'après les indications du malade répond exactement au ventre charnu du muscle jumeau externe. A partir de ce moment la douleur alla en diminuant et cessa bientôt; d'autre part, la tumeur augmentait. Le malade, en marchant, n'éprouvait autre chose qu'une certaine fatigue de la jambe droite; mais, voyant son mal croître rapidement, il se décida enfin à entrer à l'hôpital.

Lorsque j'examinai le malade, je constatai à première vue qu'il existait un gonflement considérable de la portion externe du mollet du côté droit. La palpation me montra, en effet, qu'il existait en ce point [illegible] dure, bien limitée, reproduisant exactement la forme du ventre charnu du jumeau externe hypertrophié, oblique comme lui en bas et en dedans, de la partie externe du creux poplité à la partie médiane de la face postérieure de la jambe. Elle était longue de 14 centimètres, large de 10; la circonférence du mollet au point où la saillie était la plus prononcée mesurait 38 centimètres, tandis que, du côté sain, on n'en trouvait que 35. A ce niveau la peau était un peu empâtée et épaissie ainsi que les tissus sous-cutanés, mais elle n'adhérait nullement à la tumeur, laquelle était aussi parfaitement mobile sur les parties profondes. Enfin, pour compléter l'examen et pour bien déterminer les rapports de la tumeur avec le jumeau externe, je dis au malade de résister au mouvement de flexion que j'essayai d'imprimer à son pied, avec la main, et je pus alors parfaitement sentir avec l'autre main que, sous l'influence de la contraction énergique du jumeau, la tumeur devenait plus dure et surtout complétement fixe. Il n'y avait donc plus aucun doute pour moi, la tumeur siégeait bien dans le jumeau externe, tout me l'indiquait : sa situation, sa forme, sa direction, et enfin son induration et son immobilisation lors de la contraction du muscle.

Je me remis dès lors à examiner mon malade *a capite ad calcem*, afin de trouver à quoi était due cette tumeur. Je l'interrogeai de nouveau sur sa santé antérieure. Il s'était toujours bien porté dans son enfance, et, quant à la syphilis, il nia de nouveau tout de ce côté; je ne me contentai pas de ses affirmations à cet égard, et je voulus voir par moi-même; je ne pus trouver aucune cicatrice sur la verge, il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire cervical et les cheveux sont abondants. Mais, en découvrant le malade, j'aperçus sur le membre inférieur droit deux taches pigmentées, brunâtres, arrondies,

légèrement squameuses qui me donnèrent l'éveil. Le malade me dit que l'une de ces taches qui siégeait au niveau de la crête du tibia au-dessus du cou-de-pied, était due au frottement de sa chaussure. Quant à l'autre tache, il l'attribuait à un clou ayant persisté six semaines. Ce renseignement me sembla précieux, car un furoncle qui dure six semaines et qui laisse après lui une tache ayant cet aspect peut bien n'être qu'une pustule d'ecthyma syphilitique.

Telles sont les données à l'aide desquelles nous devons établir notre diagnostic; vous voyez qu'en somme les renseignements nous font complétement défaut; le malade nous parle bien d'un effort qui, pour lui, serait la cause de sa tumeur, mais je ne suis pas de cet avis, et je pense bien plutôt que cet effort a révélé l'existence d'une altération déjà ancienne du muscle.

Examinons maintenant quelles sont les tumeurs que l'on peut rencontrer dans les muscles.

On a signalé le cancer, mais le cancer primitif des muscles est extrêmement rare; il n'y a d'ailleurs ici pas trace d'engorgement ganglionnaire, et la santé générale est très-bonne. Je le laisse donc de côté.

On a encore rencontré dans l'épaisseur des muscles des indurations fibreuses avec ossification, mais on a dans ce cas une tumeur qui se présente avec des caractères bien différents et qui ne peut laisser place au doute, à cause de sa consistance et de sa dureté.

Nous arrivons aux kystes. On désigne sous le nom de kystes hématiques des poches à contenu visqueux et diversement coloré qui succèdent à des tumeurs sanguines; mais ces kystes se développent en un point assez bien limité et n'envahissent pas comme ici tout le muscle, en outre ils offrent une fluctua[illegible] la mollesse et l'empâtement que nous trouvons chez notre malade. Quant aux kystes hydatiques, il n'est pas rare non plus d'en observer dans les muscles; mais ce que nous venons de dire des kystes hématiques s'applique également à eux; en outre, leur évolution est en général fort lente: or la tumeur que nous examinons a commencé à paraître il y a deux mois.

Après avoir ainsi éliminé les cancers, les fibromes et les kystes, il ne nous reste plus à parler que de trois maladies: les hématomes, les abcès et les myosites simples ou spécifiques.

Un hématome se produit brusquement, d'emblée on voit paraître une tumeur volumineuse, et ce n'est que quelques jours plus tard qu'on voit l'épanchement se modifier; tantôt il se forme là un kyste à contenu liquide; d'autres fois, il se fait un dépôt de fibrine dans la cavité même où se trouve l'épanchement, et au bout d'un certain temps on a sous les yeux une tumeur dure, assez régulière, dont la surface de section offre à l'œil nu et au microscope tous les caractères d'une masse fibrineuse. L'évolution de la tumeur qui nous occupe a été absolument inverse, puisque, très-petite et dure au début, elle n'a augmenté que lentement de volume en même temps qu'elle devenait plus molle. En oure la forme de notre tumeur, qui reproduit celle du muscle ne ressemble pas à la forme globuleuse des hématomes.

Je suis donc ramené à une affection inflammatoire : abcès ou myosite.

Les abcès chauds des muscles, lésion d'une extrême rareté, sont le plus souvent petits et globuleux; on les rencontre le plus souvent dans la langue, les muscles du bras, mais je crois qu'on n'en a pas signalé dans les muscles de la jambe. Les abcès froids sont plus fréquents que les précédents et sont en général sous la dépendance de la scrofule. Le plus souvent ils sont bien limités et sont parfois fort difficiles à diagnostiquer d'avec les tumeurs solides. Denonvilliers, étant un jour consulté par un malade portant une tumeur du biceps brachial, crut avoir affaire à une tumeur solide et en proposa l'ablation; une incision fut faite à cet effet, et ce ne fut que quand le pus s'écoula par la plaie qu'il reconnut son erreur. Je ne crois pas néanmoins que nous soyons ici en présence d'un abcès froid, je n'en trouve pas les signes; cependant l'œdème diffus qui existe au voisinage m'oblige à faire des réserves de ce côté.

Je crois en somme qu'il y a là de la myosite. Quelle en serait la cause? Les myosites sont fort mal connues; peuvent-elles être produites par une déchirure des fibres musculaires? Cela est possible à priori, mais cela n'est nullement démontré. On pourrait encore songer à une de ces phlébites intramusculaires comme on en observe parfois chez des sujets porteurs de varices. Notre malade est précisément dans ce cas; mais alors les douleurs sont fort vives, les mouvements spontanés du muscle sont impossibles, enfin il existe le plus souvent un état fébrile assez marqué. Ici, au contraire, les douleurs ont complétement cessé, le muscle malade se contracte bien, il y a une apyrexie complète; la myosite qui existe ici est donc une myosite chronique ou subaiguë, et je ne connais guère comme telle que celle qui est sous l'influence de la syphilis.

Les tumeurs syphilitiques sont celles que l'on observe le plus fréquemment dans les muscles, elles peuvent revêtir deux formes : 1° les gommes qui forment dans le tissu musculaire des tumeurs assez bien limitées; 2° l'infiltration plastique; c'est à cette dernière forme que nous avons affaire chez notre malade. La myosite syphilitique a été observée dans diverses régions du corps, assez souvent, notamment dans le mollet, comme c'est le cas ici. Vous pourrez lire, dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1851, une clinique de M. Nélaton, sur un fait semblable au nôtre. Le malade niait aussi tout antécédent syphilitique et ne présentait aucune trace d'accidents primitifs ni secondaires; quant aux caractères de la tumeur de ce malade, ils étaient identiques à ceux que nous observons aujourd'hui. Voici d'ailleurs la description que M. Nélaton en donnait : « La tumeur est mal circonscrite, allongée, sa hauteur est de 7 à 8 centimètres, son épaisseur de 3 à 4; elle est de forme ovalaire, son grand diamètre est presque vertical dans le sens du jumeau interne. Comprimée, elle résiste à la façon des tumeurs fibreuses; sa surface est assez égale, cependant vers son centre elle se laisse un peu déprimer; il y a un point un peu plus mou et présentant une fluctuation douteuse. Les parties environnantes ont été légèrement influencées par le voisinage de cette tumeur; ainsi la couche sous-cutanée est moins souple, la peau a en grande partie perdu sa mobilité; elle ne roule pas à ce niveau; les téguments ne peuvent être soulevés et former un pli comme sur les parties voisines. » Cette tumeur guérit à l'aide de l'iodure de potassium à l'intérieur et des frictions d'onguent napolitain. Vous voyez qu'on croit avoir sous les yeux la description de la tumeur de notre malade.

Mon diagnostic est donc : infiltration syphilitique du muscle jumeau externe.

Depuis que le malade est dans mon service, la tumeur a augmenté de volume. Nous allons lui administrer l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme par jour à partir d'aujourd'hui (3 octobre), et dans trois ou quatre jours nous en élèverons la dose à 2 grammes. Nous la pousserons plus haut si cela est nécessaire. Ce traitement général sera continué par un

traitement local consistant d'abord en applications émollientes, puis en onctions avec des pommades résolutives.

Nota.— Sous l'influence de l'iodure de potassium la tumeur diminua rapidement de volume dès les premiers jours. Le 10 octobre, la circonférence du membre au point le plus saillant ne mesurait plus que 35 centimètres au lieu de 38. La tumeur diminua encore davantage, et le 19 octobre il n'y avait plus de déformation bien sensible à l'œil, à cette époque les dimensions de la tumeur étaient : 9 centimètres pour le diamètre vertical, 7 pour le diamètre transversal, 34, 5 pour la circonférence du membre. A partir de ce moment la tumeur resta à peu près stationnaire pendant quelques jours; mais, aujourd'hui 1er novembre, il n'y a plus aucune déformation apparente. On peut seulement constater dans l'épaisseur du muscle une masse indurée qui paraît ne plus avoir beaucoup de tendance à diminuer de volume.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. A. Leblond.

Sur l'avortement spontané dans les premiers mois de la grossesse. — Importance médico-légale de l'intégrité des membranes.

Obs. I. — *Avortement spontané à un mois. — Expulsion en bloc du produit de la conception.* — Madame H..., âgée de vingt-quatre ans, exerçant la profession de femme de ménage, a été réglée à onze ans. Elle n'a jamais eu d'enfants. Cette femme, qui a habité Châblis (Côte-d'Or) jusqu'à l'âge de dix-sept ans, a été bien menstruée dès ses premières époques et jusqu'au moment où elle a quitté son pays pour venir habiter à Montmorency, aux environs de Paris. Ses règles se supprimèrent pendant tout le temps qu'elle séjourna en cet endroit, c'est-à-dire pendant un an.

La santé laissait alors considérablement à désirer. Rentrée dans son pays, elle y séjourna deux mois et eut deux époques menstruelles parfaitement régulières. La santé était redevenue bonne.

Au bout de ce temps elle vient à Paris où elle entre dans une maison bourgeoise en qualité de femme de chambre. Les règles se supprimèrent de nouveau pendant trois époques, et, lorsque le quatrième survint, Mme H... eut une perte abondante.

A dater de ce moment jusqu'à son mariage, qui eut lieu il y a deux ans, la menstruation fut très-irrégulière. Après son mariage, les époques menstruelles revenaient plus régulièrement, mais chaque fois avec un retard de dix à douze jours.

Depuis plusieurs années il existe entre les époques une leucorrhée abondante, et chaque apparition des règles est accompagnée de douleurs vives à la région hypogastrique, surtout pendant le premier jour de l'écoulement sanguin. Les époques durent en général de sept à huit jours.

Le 9 novembre 1874, Mme H... vit l'écoulement sanguin survenir après le retard habituel de douze jours; il dura sans interruption jusqu'au 23, et présentait une abondance inaccoutumée. Je fus appelé ce même jour, et lorsque je vis la malade, elle éprouvait depuis environ quatre heures des douleurs vives, vers la région hypogastrique ; les douleurs revenaient d'une façon intermittente et étaient séparées par des moments de calme presque complet.

Le toucher vaginal permettait de reconnaître un col assez volumineux et un peu ramolli. La première phalange de l'indicateur pouvait assez facilement pénétrer jusqu'à l'orifice interne qui était fermé et ne permettait pas au doigt de s'enfoncer plus profondément. Le toucher vaginal, combiné à la palpation abdominale, montrait la présence du corps utérin derrière le pubis et une légère augmentation du volume de cet organe.

En présence de ces douleurs intermittentes et des signes fournis par le toucher, je me demandai s'il ne s'agissait pas d'un avortement. Néanmoins je rejetai cette hypothèse, à cause de l'absence de grossesses antérieures et aussi surtout à cause de ce fait que l'apparition de l'époque menstruelle avait eu lieu après le retard habituel de douze jours. Je crus avoir affaire à une métrorrhagie s'accompagnant de contractions utérines, comme cela s'observe quelquefois quand l'utérus renferme des caillots.

J'avais quitté la malade depuis environ une demi-heure, quand elle rendit par la vulve la membrane que je mets sous les yeux de la société. Cette membrane une fois expulsée, les coliques diminuèrent graduellement et en même temps aussi la perte sanguine. Quatre à cinq heures plus tard, les douleurs et l'écoulement avaient presque complétement disparu.

Lorsque je vis la malade le lendemain (24 novembre 1874), il n'existait plus qu'un écoulement séro-sanguinolent très-peu abondant.

Mme H... me raconta alors qu'au mois de mars et au mois de juillet de cette année, elle avait rendu des membranes identiques à celle que je présente. Elle ajouta même que deux ou trois fois avant son mariage elle en avait expulsé de semblables ; mais les renseignements qu'elle donne à ce sujet sont un peu vagues à cause de la date éloignée de l'expulsion.

A l'auscultation du cœur, on trouve un bruit de souffle très-marqué au premier temps et à la base. Il existe un affaiblissement marqué de la constitution.

La membrane expulsée ne me fut présentée que trente heures environ après l'accident; aussi la poche qu'elle formait était-elle assez flasque à cause de la diminution du liquide renfermé dans son intérieur, diminution qui était due à cette circonstance que la membrane avait été conservée dans une serviette sèche ; mais, au dire de la personne qui était présente au moment où la malade l'avait rejetée, elle formait une poche ovoïde du volume d'un petit œuf de poule.

La membrane conservée dans la glycérine fut présentée le lendemain 28 novembre 1874 à M. Gallard et à M. Longuet, qui tous deux furent d'avis que nous avions sous les yeux un produit d'avortement.

La poche placée sous l'eau était hérissée de villosités sur presque toute sa surface, sauf sur l'une des extrémités de l'ovoïde. Sa coloration était blanchâtre, excepté au niveau du point dépourvu de villosités, lequel présentait une teinte rougeâtre.

« Cette poche était parfaitement close, on n'y rencontrait aucune trace de déchirure. » Elle fut ouverte sous l'eau, en faisant à sa surface une incision cruciale. En relevant les bords de l'incision, on découvrait immédiatement un embryon d'environ 2 centimètres de long, de la concavité duquel naissait un pédicule de 8 à 10 millimètres terminé par une vésicule du volume d'un pois et qui n'était autre que la vésicule ombilicale; de cette concavité naissait un second pédicule de 5 à 6 millimètres qui le reliait à la paroi de l'œuf et correspondait à l'extrémité de l'œuf où les villosités présentaient le plus grand développement.

Les suites de cet avortement furent des plus naturelles, Mme H... séjourna au lit pendant quinze jours, et trois semaines après cet accident elle pouvait reprendre ses occupations. La malade fut soumise, à dater du cinquième jour après l'avortement à un régime tonique et reconstituant, carbonate fer, vin de quinquina, viandes saignantes.

Le 26 janvier de cette année j'ai revu Me H... La santé, dit-elle, est bien meilleure qu'avant cet accident. Le leucorrhée qui existait autrefois entre les époques a presque disparu, les forces sont revenues, le bruit de souffle au cœur a presque disparu, il y a moins d'essoufflement pendant la marche. Les règles sont survenues un mois après l'accident, c'est-à-dire sans le retard habituel de douze jours.

Par le toucher vaginal on trouve le col petit et le corps en légère antéversion. La pression n'y détermine aucune douleur. L'examen au spéculum ne révèle aucune ulcération, l'orifice du col est seulement teinté de sang. Mme H... attend d'ailleurs ses règles. (1)

Obs. II. — *Avortement spontané à six semaines. — Expulsion en bloc du produit de la conception.* — Mme V..., âgée de vingt-trois ans, a été réglée à l'âge de treize ans. Elle a habité jusqu'au moment de son mariage, qui eut lieu il y a quatre mois, dans un village des

(1) La relation de ce fait a eu lieu à la Société anatomique dans le mois de décembre 1874, et à la Société de médecine légale dans le mois de janvier.

environs de Bordeaux. Elle fut bien réglée dès ses premières époques, et l'écoulement sanguin durait de quatre à cinq jours. Il n'y a jamais eu de leucorrhée entre les époques, et la santé a toujours été bonne.

Le 28 octobre 1874 Mme V... eut son époque comme à l'ordinaire, mais la menstruation ne se produisit pas le mois suivant non plus que celle du mois de décembre. Il y a huit jours (13 janvier 1875) il se produisit un léger écoulement sanguin par la vulve. Cet écoulement, qui ne s'accompagnait d'aucune douleur, n'attira pas l'attention de Mme V..., qui continua à se livrer aux soins de son ménage. L'écoulement était d'ailleurs peu abondant, composé plutôt de sérosité sanguinolente que de sang pur.

Hier soir 20 janvier, la malade fut prise de coliques assez vives revenant par accès périodiques et séparées par des moments de calme durant de dix à quinze minutes. Ces douleurs durèrent presque toute la nuit, et le lendemain 21 janvier, quand je vis Mme V... à onze heures, elles duraient encore. L'écoulement sanguin était assez modéré pour que notre cliente n'ait pas été obligée de se garnir.

Le toucher révélait un col fortement porté en arrière dans la concavité du sacrum et pouvant être atteint, mais difficilement, par le doigt, qui ne percevait aucune dilatation de l'orifice; le museau de tanche n'était pas sensiblement ramolli, le corps était perçu derrière le pubis fortement en antéversion; l'autre main appliquée sur l'abdomen permettait de saisir facilement le corps de l'utérus entre ce doigt vaginal et cette main placée sur l'abdomen et de reconnaître que le corps utérin présentait un volume égal à celui d'une petite orange. Ce corps utérin glissait facilement entre cette main et le doigt vaginal (à la façon d'un noyau de cerise pressé entre deux doigts) et se déplaçait à droite ou à gauche.

Traitement. — Séjour au lit, la tête basse. Toutes les deux heures, un quart de lavement avec 10 gouttes de laudanum. La malade a ainsi pris cinq lavements et 16 perles de chloral.

Je revis la malade le soir à onze heures. Les douleurs, qui avaient cessé dans l'après-midi, ont repris depuis une heure; elles reviennent périodiquement, sont plus intenses et moins espacées que le matin.

Le toucher fait reconnaître un col ramolli présentant son orifice légèrement entr'ouvert et admettant facilement la première phalange de l'indicateur.

L'écoulement sanguin, qui avait presque cessé dans l'après-midi, a repris de nouveau depuis près d'une heure.

Une heure après mon départ la malade expulse un œuf que l'on me présente ce matin (22 janvier), et qui a été conservé dans une serviette mouillée.

Ce corps, du volume d'un œuf de dinde, présente lorsqu'il est placé sur une table les dimensions suivantes : petit diamètre, 6 centimètres; grand diamètre, 8 centimètres. La surface externe de l'œuf présente vers une des extrémités de l'ovoïde un certain nombre de villosités placentaires; l'extrémité opposée est lisse et assez transparente pour permettre de voir facilement l'embryon contenu dans l'intérieur des membranes. Les parois de l'œuf, plus épaisses au voisinage des villosités placentaires, vont s'amincissant graduellement à mesure qu'on s'approche du point opposé.

Cet œuf, qui ne présentait aucune solution de continuité, fut placé dans de la glycérine et ouvert devant la Société de médecine de Paris le lendemain 23 janvier, en pratiquant une incision suivant son grand diamètre. Dès que les membranes furent ouvertes, on découvrit dans leur intérieur un embryon de 2 centimètres et demi de longueur. La tête constitue à elle seule la moitié de cette longueur, les membres supérieurs ainsi que les inférieurs présentent à leur sommet de très-petits mamelons qui sont les rudiments des doigts. La cavité abdominale est largement ouverte.

Quelle peut bien être la cause de cet avortement? Mme V... nous raconte que dix jours avant l'apparition de l'écoulement sanguin elle a fait un faux pas et qu'en voulant se retenir, elle a fait un effort violent, mais elle n'a pas fait de chute.

Deux jours avant le début de la perte sanguine, elle aida une de ses amies à déménager, et elle porta des objets assez lourds, ce qui détermina une certaine fatigue et quelques douleurs vers l'hypogastre, lesquelles n'ont été que passagères. De plus elle ajouta que l'écoulement sanguin ne l'avait pas empêchée de se livrer au coït, et elle avoua même s'y être adonnée avec une certaine énergie.

Cette personne garda le lit pendant douze jours à la suite de cet avortement. Au bout de ce temps il n'existait plus qu'un écoulement insignifiant par la vulve, et au bout de 18 jours elle était tout à fait remise. (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 mai 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Fouquet (de Vannes), sur les cas de variole observés en 1874 dans le département du Morbihan; 2° un rapport négatif pour le département du Cantal; 3° les comptes rendus des épidémies, pendant l'année 1874, pour les départements de la Seine-Inférieure, de la Haute-Savoie et de la Sarthe (comm. des épidémies; 4° une demande en autorisation d'exploiter pour l'usage médical une source d'eau minérale dite la Lyonnaise, située au hameau de Sausse (Ardèche) [comm. des eaux minérales].

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. le docteur Lebanscki, médecin à Nice, ayant pour titre : *De la station hydro-minérale de Guyon* (Doubs); — 2° une lettre d'invitation du conseil municipal de Forli, pour l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Morgagni, qui doit avoir lieu le 25 mai 1875.

PRÉSENTATIONS

M. GIRALDÈS présente, au nom de M. le docteur Léon Gros, une brochure sur la compression de l'aorte dans les hémorrhagies puerpérales.

M. LARREY, au nom de M. Léon Colin, professeur au Val-de-Grâce, un travail intitulé : *Épidémies et milieux épidémiques.*

M. RUFZ DE LAVYSON, de la part de M. Cornillac, une étude sur la fièvre jaune dans la Martinique.

M. AM. LATOUR, de la part de M. Victor Desguin, une brochure intitulée : *Histoire de la médecine.*

M. CHAUFFARD, au nom de M. J. Fournet, une brochure intitulée : *Problème de psychologie à propos de Millie-Christine.*

M. DEPAUL, au nom de M. le docteur Charpentier, la traduction du manuel d'accouchement par Carl Schröder.

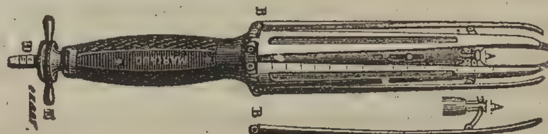
M. GOSSELIN met sous les yeux de l'Académie un nouvel anesthésimètre de M. Manouvriez fils (de Valenciennes).

PRÉSENTATIONS D'INSTRUMENTS

M. BÉCLARD présente : 1° de la part de M. Ménière (d'Angers), un nouveau dilatateur vaginal, construit sur ses indications par M. Maryaud.

Cet instrument, destiné en principe à la dilatation graduelle du vagin dans certains cas de vaginisme, à combattre le rétrécissement de l'orifice vulvaire accompagné ou non de rétrécissements vaginaux, à émousser la sensibilité dans l'hyperesthésie vulvaire, pourrait être avantageusement employé pour la dilatation forcée du rectum et dans l'opération de la taille périnéale.

Plusieurs cas de vaginisme, dont M. P. Ménière se propose de publier prochainement les observations, ont cédé à l'emploi de ce dilatateur, dont le maniement est facile, et qui joint à la simplicité du mécanisme une très-grande puissance, que l'on peut appliquer lentement ou graguellement.



Il se compose : 1° d'un manche surmonté de six valves fenêtrées à bords et à pointes mousses; chaque valve est mobile sur une charnière B.

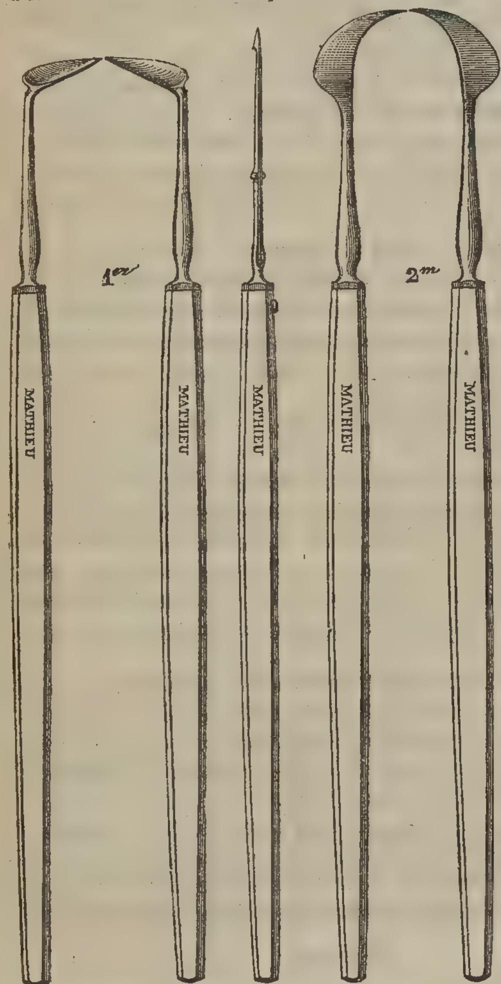
2° D'une tige A D, de l'extrémité de laquelle partent six bras de force qui, tous, s'articulent à la face interne de chaque valve.

3° D'un écrou ou volant E destiné à faire avancer ou reculer la tige A D, et par ce fait écarter ou rapprocher les valves par l'intermédiaire du bras de force.

L'appareil fermé est conique et a 1 centimètre de diamètre à son extrémité; ouvert, il est cylindrique et a 4 centimètres de diamètre.

Cet instrument comporte deux graduations : l'une, gravée sur les valves, indique la profondeur à laquelle il est introduit. La seconde, à l'extrémité D de la tige centrale, mesure exactement l'écartement des valves, c'est-à-dire le degré de dilatation obtenue.

2° Au nom de M. Péan une aiguille et des couteaux destinés à simplifier l'opération de la cataracte ; ces instruments que M. Péan a fait fabriquer chez M. Mathieu, sont destinés à permettre au praticien le moins exercé de tailler un petit lambeau aussi sûrement et aussi facilement que possible, autrement dit de mettre la méthode d'extraction linéaire à la portée de tous.



L'aiguille sert de conducteur, elle est supportée par un manche droit, son extrémité est fine et lancéolaire, sa tige cannelée est pourvue d'un temps d'arrêt dans lequel se continue la cannelure. La langue de cette tige depuis la pointe jusqu'au point d'arrêt ne doit guère dépasser le grand diamètre de la cornée; elle rappelle par ses proportions celle dont on se sert pour abaisser le cristallin, elle sert à faire la ponction et la contre-ponction suivant le diamètre transversal de la cornée, au travers la chambre antérieure en avant de l'iris. Une fois introduite, l'aiguille est tournée de façon que la cannelure soit dirigée soit en haut, soit en bas du côté où l'opérateur veut tailler son lambeau.

Le premier modèle du couteau représente assez bien, par son manche et sa tige un couteau à iridectomie, parce qu'il est coudé au niveau de son tranchant ; la lame est juste assez longue et assez large pour tailler le lambeau, elle est aussi concave sur un de ses côtés.

Le deuxième modèle est à lame fine et bien tranchante, très-courbe sur le plat à la manière d'un demi-cercle, un peu plus courbe encore près de sa pointe; celle-ci représente un triangle, tandis que le rebord tranchant est légèrement convexe.

Il faut un couteau dont le tranchant soit tourné en sens opposé pour chaque œil.

Une fois la cornée traversée, de part en part, par l'aiguille, et le tranchant tourné du côté où doit passer le couteau, la pointe de ce dernier est engagée dans la rainure de l'aiguille conductrice, et il suffit de pousser la lame dans la direction voulue pour obtenir un petit lambeau linéaire.

Depuis six mois, M. Péan s'est servi en ville et à l'hôpital de ces couteaux, et il en a retiré de bons effets: toutefois, il a cru devoir modifier la courbure et la forme de la lame.

M. Péan avait cherché déjà à se servir des couteaux courbés sur le plat sans conducteur, mais il avait remarqué dans l'introduction des difficultés telles qu'il dut renoncer à leur usage.

COMMUNICATION

M. BONNAFONT. Dans la séance du 27 avril il a été donné lecture d'une lettre de M. Tholozan sur cette question :

Le choléra indien devient-il stérile en Europe et de grandes épidémies ne peuvent-elles pas débuter sur notre continent?

M. Tholozan répond à cette question en disant que des foyers d'infection cholérique peuvent se former en Europe, indépendamment de toute influence du foyer principal de l'Inde et y provoquer de grandes épidémies.

J'ai dit dans un discours prononcé au congrès scientifique d'Arras en août 1853 et en 1866 dans une brochure intitulée : *le Choléra et le Congrès sanitaire diplomatique international*, que les nombreuses apparitions qu'il a faites sur ce continent, ainsi que sa marche irrégulière, démontre, à n'en pas douter, que le choléra a laissé partout où il a fait des victimes, surtout là où le sol a été le plus favorable à sa conservation, tels que les steppes si insalubres de Tartarie, de Chine, etc., etc., les germes suffisants pour provoquer, sous l'influence de causes malheureusement impossibles à apprécier, de nouvelles irruptions épidémiques.

On voit donc que j'ai précédé, de plusieurs années, mon honorable camarade, M. Tholozan, sur l'idée d'invasion épidémique cholérique en Europe en dehors d'une importation immédiate de l'Inde. Mais, comme mes honorables collègues, MM. Bouillaud, Fauvel et Briquet, j'ai dit que pas un foyer d'infection cholérique capable d'engendrer de grandes épidémies ne peut se produire en Europe, spontanément, pas plus de choléra que de fièvre jaune sans que les germes n'y aient été primitivement importés de leur source ordinaire.

Je suis heureux que M. Fauvel ait donné la sanction de sa haute expérience à cette opinion.

C'est en émettant cette idée aux confrères d'Arras que je fus conduit à celle de proposer l'organisation d'un congrès sanitaire international, pour aviser aux moyens d'aller combattre ce fléau dans l'Inde, afin de l'éteindre, ou au moins de diminuer l'intensité de ses irruptions.

Mais cette idée parut alors si extraordinaire, qu'elle fut considérée comme une utopie irréalisable, et, il faut bien avouer qu'elle ne fut pas plus favorablement accueillie lorsque, en prévision du congrès, un de ses membres, l'honorable Bally, lui en donna communication faite en décembre 1853, et pourtant, une idée si hasardée dès son apparition, a fait peu à peu son chemin, puisque tout ce que je demandai alors s'est réalisé et comme je l'avais formulé quatorze ans avant la réunion du congrès de Constantinople.

Dans son livre sur le congrès international, voici comment M. Fauvel s'exprime à la page 504, chapitre 2 :

« L'idée qu'il serait possible d'éteindre le choléra dans l'Inde s'est présentée à l'esprit de plusieurs médecins, et, à la dernière épidémie, on peut dire qu'elle est devenue *populaire*. L'idée elle-même, ajoute-t-il, est très-rationnelle. »

Mais puisque cette idée a paru si rationnelle à l'époque du congrès, M. Fauvel aurait peut-être dû, sans manquer à sa dignité et dans l'intérêt purement historique, citer le nom de quelques-uns des médecins qui l'avaient exprimée les premiers, surtout s'ils étaient Français.

Pour moi, messieurs, qui de 1835 à 1855 me suis trouvé tant aux hôpitaux et ambulances de l'Algérie qu'en France aux prises avec les épidémies de choléra, j'ai étudié cette question je dirai presque avec passion; je dois dire que dans mes recherches historiques je n'ai trouvé qu'un praticien qui m'eût précédé dans l'expression d'aller combattre ce fléau à sa source de départ et d'origine, et je suis heureux de le citer et de rendre ainsi un respectueux hommage à la mémoire de mon vénérable et si regretté collègue Roche.

DISCUSSION

M. BRIQUET. M. Tholozan a publié, depuis la fin de 1871 jusqu'en 1874, une série d'articles, dans lesquels il se présente en quelque sorte comme le premier qui ait attiré l'attention des médecins sur l'apparition d'épidémies de choléra indien en divers pays, à des époques plus ou moins éloignées des grandes épidémies générales.

Or, dans le rapport que j'ai fait en 1865, se trouvent précisément indiqués, avec de grands détails, une partie des faits que contiennent les articles de M. Tholozan.

S'il n'eût été question que d'une affaire de priorité, je me serais borné à ce rappel; mais il reste quelque chose de plus important à traiter; j'ai à prouver que la manière suivant laquelle votre commission a interprété ces épidémies hors rang est plus exacte et rentre plus dans le cercle de la théorie généralement admise que celle de M. Tholozan. Ce médecin considère toutes ces séries d'épidémies hors rang, qui ont apparu à des époques plus ou moins éloignées d'une des grandes épidémies générales, comme n'ayant aucun rapport entre elles, et surtout comme n'étant pas liées d'une manière directe avec les épidémies générales du choléra.

De là cette doctrine qui veut que le choléra épidémique soit maintenant partout, qu'il peut apparaître à chaque instant, même en Europe, tantôt dans un point, tantôt dans un autre, que le ferment cholérigène, primitivement né dans l'Inde, s'est acclimaté parmi nous : doctrine effrayante, d'après laquelle il faudrait s'attendre perpétuellement à l'invasion d'un fléau contre lequel il n'y aurait plus de prophylaxie possible.

La commission du choléra de 1848 est d'une opinion différente; elle prétend que toutes ces épidémies hors rang sont liées directement aux grandes épidémies générales; elle les regarde comme faisant partie d'une épidémie générale à plusieurs recrudescences successives, séparées les unes des autres par des hibernations et ne se terminant qu'après trois ou quatre reprises successives. (Ici M. Briquet développe ce point de doctrine et cite plusieurs faits à l'appui). La plupart de ces faits, ajoute-t-il, n'ont pu arriver à la connaissance de M. Tholozan, ce qui fait que, pour lui, la chaîne cholérique a été brisée, et que, prenant pour point de départ les dernières de ces épidémies récidivistes et trouvant ce point de départ trop éloigné de l'époque d'apparition d'une épidémie générale pour en être la conséquence, il en a déduit cette idée d'acclimatation du choléra hors de l'Inde.

M. Briquet est conduit de là à l'examen de cette question d'acclimatement à laquelle on attache, dit-il, actuellement une si grande importance.

C'est pendant l'interruption de l'épidémie, pendant l'hiver, dans les épidémies de 1830 à 1834, de 1848 à 1854, que réside toute la question.

Cette hibernation que subit le choléra serait-elle un fait rare et particulier à ces épidémies de l'Allemagne et de la Russie ? C'est un fait commun qui s'observe dans les épidémies de choléra dans tous les pays où il existe un hiver. Seulement il se présente à des degrés différents. Dans les climats tempérés et dans les pays populeux, on reconnaît l'hibernation à la diminution du nombre des malades, sans que pour cela la maladie ait moins de gravité, et au ralentissement dans la force de progression de l'épidémie.

Dans certains pays où l'hiver est rude et la population clair-semée, l'hibernation se manifeste par un arrêt complet de l'épidémie, il y a peu de malades, et l'épidémie reste complétement stationnaire pendant six mois.

Par conséquent, tout l'extraordinaire du fait disparaît, et ces petites épidémies, qui paraissent distinctes l'une de l'autre, n'en forment évidemment qu'une seule.

Maintenant il reste un point à élucider, qui n'a pas été abordé par M. Tholozan, savoir ce qui se passe pendant cette hibernation, dont la durée est de quatre à six mois.

Les notions que nous possédons sur les épidémies d'Allemagne et de Russie sont trop peu circonstanciées pour jeter quelque jour sur la question ; mais, d'après les dépêches de M. Pélikan, d'après ce qui s'est passé dans les départements du midi de la France en 1834 et en 1835, il y a eu des malades pendant tout le temps de l'hibernation, de manière à rendre continue la chaîne épidémique.

Il en résulte que l'acclimatement du choléra en Europe est encore d'une possibilité très-douteuse. En tout cas, ces recrudescences d'épidémies ne me paraissent pas constituer un état contre lequel il n'y a rien à faire.

Elles sont toujours parties des mêmes localités, de pays très-pauvres, où les lois de l'hygiène et surtout la propreté et l'aération laissent beaucoup à désirer ; il suffira donc d'exécuter dans ces pays les mesures d'assainissement qui ont été mises en œuvre dans nos pays pour couper court à ces interminables queues du choléra, en empêchant ces transmissions lentes et, en quelque sorte, isolées du choléra de quelques malades aux personnes qui les avoisinent.

M. J. GUÉRIN. M. Tholozan, par la communication dont il a été donné lecture dans la dernière séance, a eu pour but d'établir certains points de faits et non de théorie ou de doctrine. Cette communication a soulevé quelques observations de la part de MM. Chauffard, Bouillaud, Fauvel et Briquet, qui ont prêté à M. Tholozan des opinions qu'il n'a pas émises et qui ont en quelque sorte dénaturé le sens de sa communication. Il est bien important de préciser exactement les faits énoncés par M. Tholozan.

M. Guérin donne lecture d'une lettre qu'il a reçue de ce médecin, antérieure à la communication lue dans la dernière séance et dans laquelle il établit sur des faits positifs, l'origine européenne de certaines épidémies de choléra, et la similitude complète du choléra indien et du choléra sporadique. Il est donc aujourd'hui démontré, ajoute M. Guérin, que des épidémies considérables ont pris leur point de départ en Europe.

Ces faits sont d'ailleurs admis aujourd'hui par tous les médecins; seulement quelques partisans de l'importation, M. Briquet entre autres, les interprètent d'une façon toute particulière; ils admettent que ces épidémies ne sont que des recrudescences, que des *queues* d'épidémies antérieures importées, mais ils n'apportent aucun fait à l'appui de cette manière de voir.

M. BOUILLAUD se félicite d'avoir engagé M. Bonnafont à faire à l'Académie la communication qu'on vient d'entendre et qui établit d'une façon très-positive qu'avant M. Tholozan, MM. Bonnafont et Roche avaient émis les mêmes opinions. Seulement ces opinions sont passées inaperçues à ce moment, et M. Tholozan a le mérite d'avoir su les mettre à l'ordre du jour, et d'en faire le point de départ d'une importante discussion. Il résulte de tout cela, suivant M. Bouillaud, qu'on doit surtout s'attacher à attaquer le fléau dans son foyer d'origine.

On ne vaincra jamais les Romains que dans Rome, disait Annibal. Il faut attaquer le choléra dans l'Inde, dit M. Bouillaud.

M. LARREY informe l'Académie que M. Tholozan est actuellement en route pour la France. Peut-être serait-il opportun de remettre la discussion au moment où il sera à Paris.

M. CHAUFFARD déclare que les deux lettres de M. Tholozan sont absolument contradictoires. Mais, malgré tous les efforts de M. Guérin, son talent de dialectique et toutes ses habiletés, il n'arrivera jamais à couvrir d'obscurité des faits aussi clairs que la lumière.

LECTURES

M. CAZIN (de Boulogne-sur-Mer) lit une note sur l'opération césarienne en cas de tumeur fibreuse utérine et péri-utérine. (Commission : MM. Blot, Devilliers, Depaul.)

M. DE VAURÉAL lit une note sur la multiplication de la levûre. (Commission : MM. Pasteur, Colin, Poggiale.)

La séance est levée à cinq heures.

Traitement de la scrofule (Lislé).

Sirop à l'eau de mer.

Eau de mer.	250 grammes.
Sucre.	Q. S.

pour faire 500 grammes de sirop.

Une cuillerée à bouche, pesant environ 15 grammes, contient 7 à 8 grammes d'eau de mer, ou à près 25 centigrammes du composé minéral qui la constitue.

La dose initiale est de deux cuillerées à café par jour pour les enfants âgés de deux ans et demi à trois ans; de deux demi-cuillerées à bouche de trois à douze ans, et enfin de deux cuillerées entières au-dessus de douze ans. La dose moyenne sera de 4 à 5 centimètres.

Élixir à l'eau de mer (LISLE).

Eau de mer	200 grammes.
Rhum	20 centilitres.
Sucre	Q. S.

pour faire 500 grammes d'élixir.

La dose initiale peut être portée à trois cuillerées par jour.

Le sirop et l'élixir doivent être administrés purs ou mêlés à deux fois le volume d'eau, au commencement du repas ou moins d'un quart d'heure après.

A employer dans les diverses manifestations de la scrofule et dans les cas où l'on a besoin d'agents toniques ou stimulants.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

78. Catois. Étude sur le panaris et son traitement.
79. Pugibet. De l'amyotrophie en général, essai de classification.
80. Rousseau. De l'hémoptysie.
81. Cazeneuve. Des fractures de l'extrémité supérieure du tibia par arrachement et de la lenteur de leur consolidation.
82. Contribution à l'étude symptomatique et diagnostique de l'hémorrhagie cérébelleuse.
83. Lefèvre. Aperçu sur quelques applications de l'hydrate de chloral en thérapeutique.
84. Desfosses. De la hernie du poumon ou pneumocèle.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 7 mai 1875, la chaire de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, est déclarée vacante. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Il vient de se fonder à Nancy une société de pharmacie, par l'initiative et sous la présidence de M. Oberlin, professeur à l'École supérieure de pharmacie.

La société se propose de protéger les intérêts divers de la profession et, entre autres, d'empêcher la vente illicite de produits pharmaceutiques et d'assurer un recrutement plus sérieux des élèves stagiaires en pharmacie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Parasites des organes sexuels femelles de l'homme et de quelques animaux, avec une notice sur le développement de l'oïdium albicans Rob, par le docteur D. HAUSSMANN, médecin à Berlin (1870). Traduit par le docteur P. E. WALTHER. — 1 vol. in-8° de 198 pages avec 3 planches lithographiées. Prix : 5 fr. 25. — Paris, 1875, J. B. Baillière et fils.

L'Action physiologique des médicaments peut-elle devenir la règle de leur emploi thérapeutique? par le docteur DEBOVE, répétiteur au laboratoire d'histologie du Collège de France. — Gr. in-18. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1875, F. Savy.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes du premier trimestre de 1875.

Variole.

Dans son précédent rapport sur les maladies régnantes (4e trimestre de 1874), M. Besnier a montré que la variole, après avoir régulièrement décliné en 1872, s'être abaissée en 1873, au chiffre le plus bas qu'elle ait jamais atteint, avait subi pendant l'année 1874 un mouvement ascensionnel de nature à faire craindre que la maladie, après être restée, pendant une année ou deux, à l'état sporadique, ne reprît les allures de l'état épidémique. Les documents statistiques réunis dans son dernier rapport ne laissent pas de doute à cet égard. On trouve, en effet, dans le tableau comparatif des cas de variole et de décès dans les hôpitaux de Paris pendant les trois premiers mois des trois dernières années et de l'année actuelle : pour l'année 1872, 37 cas et 4 décès; pour 1873, 1 seul cas; pour 1874, 16 cas, 0 décès; et pour 1875, 49 cas et 17 décès. Et pour les hôpitaux et la ville réunis, les chiffres des décès sont, pour 1872, 24; pour 1873, 7; pour 1874, 4, et pour 1875, 31.

Dans les deux années 1872-1873, les rares cas de variole amenés dans les hôpitaux n'avaient donné lieu à aucun cas secondaire de communication. Il n'en a pas été de même pour la fin de 1874 et le commencement de 1875. Plusieurs cas secondaires, c'est-à-dire développés dans les salles consécutivement à l'entrée d'un ou de plusieurs varioleux venus du dehors, avaient déjà été signalés vers la fin de 1874. La proportion de ces cas secondaires s'est développée pendant le premier trimestre de 1875. Voici ce qui a été observé particulièrement à cet égard, à l'Hôtel-Dieu, d'après un document fourni par M. Hérard.

Deux premiers malades atteints de variole et venant de la ville sont reçus à l'Hôtel-Dieu le 4 mars. Ils sont placés, l'un dans le service de M. Moissenet (salle Saint-Roch, femmes), l'autre dans le service de M. Oulmont (salle Saint-Raphaël, hommes). Le malade de M. Moissenet a présenté une variole confluente et a succombé. Le malade de M. Oulmont n'a eu qu'une varioloïde. Depuis lors, du 17 mars au 22 avril, 19 cas nouveaux ont été relevés à l'Hôtel-Dieu, dont 7 venus de l'extérieur et 13 développés à l'intérieur.

A l'hôpital de la Pitié, d'après les renseignements fournis par M. Desnos, un premier malade venu du dehors est placé dans un cabinet séparé de la salle par une cloison vitrée, à côté de laquelle couchait un malade atteint d'ataxie locomotrice. Celui-ci, non vacciné, est pris d'une variole cohérente à laquelle il succombe vers le cinquième jour. En même temps que cet homme, fut apporté dans ce cabinet un infirmier venant d'une salle de chirurgie avec une variole hémorrhagique, à laquelle il succomba le troisième jour.

Pendant que ces malades se trouvaient dans les salles des hommes, une jeune fille vaccinée, qui était depuis longtemps dans la salle des femmes du même service, prend une variole qui reste bénigne. Quatre des élèves de M. Desnos contractent la maladie en même temps. Leur variole fut également bénigne. Ils avaient tous été vaccinés, trois d'entre eux n'avaient jamais été revaccinés, le quatrième l'avait été, mais dans de mauvaises conditions : l'opération n'avait pas réussi.

A l'hôpital Lariboisière, une femme atteinte de varioloïde fut placée, le 31 mars, dans le service de M. Siredey. Une malade qui avait été admise dans ce service le 28 mars pour une albuminurie chronique contracta la variole et succomba le cinquième jour.

Enfin à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Besnier, une malade atteinte de varioloïde varicelliforme légère avait été admise à la fin de mars; elle guérit. Une malade placée en face, qui était dans la salle depuis deux mois, convalescente de pleurésie grave, a été atteinte d'une varioloïde d'une assez grande intensité.

Scarlatine.

Sur 13 cas de scarlatine observés pendant le trimestre dans les salles de M. Bergeron, 3 seulement sont venus du dehors. Les 10 autres se sont produits dans le service et ont donné lieu à 6 décès. Dans la plupart de ces cas, la scarlatine était venue compliquer une affection préexistante plus ou moins grave, pneumonie dans deux cas, coqueluche, croup opéré et en voie de guérison, diphthérie et ténia.

Rougeole.

La rougeole s'est montrée avec une fréquence moyenne, mais suivie d'une mortalité considérable (81 cas, 21 décès). A l'hôpital des Enfants malades, dans le service de M. Archambault, il y a eu 16 cas de rougeole venus du dehors et 18 cas développés à l'intérieur, sur des enfants atteints de maladies diverses ou en convalescence.

Affections diphthéritiques.

Les affections diphthéritiques se sont montrées relativement nombreuses et d'une grande gravité. Le nombre total des cas dans les hôpitaux a été pour ces trois mois de 124, celui des décès de 90, soit 72,51 pour 100. Ces chiffres sont un peu inférieurs, tant pour le nombre des cas que pour la proportion de la mortalité, à ceux de la période correspondante des deux années précédentes 1873 et 1874, qui ont atteint les plus extrêmes limites (129 cas et 99 décès pour 1873, 148 cas et 121 décès pour 1874), bien que la constitution médicale de ces deux années ait été à tous autres égards bénigne et la mortalité générale faible.

Les opérations de croup ont donné cette année des résultats déplorables. Dans le service de M. Bergeron à Sainte-Eugénie, sur 33 cas de croup, 29 ont été opérés, 27 ont succombé. Des 4 non opérés, 2 ont succombé, 2 ont guéri. A l'hôpital des Enfants, service de M. Archambault, 9 croup ont opérés, 1 seul a guéri.

Des six cas d'angine couenneuse ou diphthérie pharyngienne du service de M. Bergeron, dont 3 ont été contractés dans les salles par des enfants entrés pour d'autres affections, 3 ont succombé. Dans tous ces cas, la mort a été le résultat de l'empoisonnement diphthéritique Il en a été de même de la plupart des cas de croup.

3 cas d'angine couenneuse du service de M. Archambault, qui avaient été traités par l'extrait oléo-résineux du cubèbe, ont donné pour résultat 1 guérison et 2 morts.

Il n'est pas dit dans le rapport quels ont été les moyens de traitement mis en usage par M. Bergeron. On voit, en tout cas, qu'on est loin de compte avec les résultats que paraissait avoir donné entre ses mains la médication cubébique en 1869 et 1870.

— Une considération générale du rapport qui s'applique au groupe entier des affections qui viennent de nous occuper (variole, rougeole, scarlatine, affections diphthéritiques), mais qui a surtout en vue la variole, mérite que nous nous y arrêtions un instant.

On vient de voir que partout où viennent du dehors des varioleux, des rubéoleux, des scarlatineux, des diphthériques ces nouveaux venus constituent autant de petits foyers autour desquels se déclarent sur des malades en voie de traitement pour des affections diverses, des cas de variole, de rougeole, de scarlatine, de diphthérie qui viennent compliquer, le plus souvent d'une façon mortelle, l'affection première ou en entraver la convalescence. Ce n'est certainement pas là une observation nouvelle. C'est un fait général, qui s'est toujours produit, aux différences de degré et de fréquence relative près, et qui continuera toujours à se produire, tant qu'on n'aura pas pris les mesures nécessaires, sinon pour l'empêcher absolument, du moins pour en atténuer les effets.

Or cette mesure, ce moyen prophylactique à opposer à la propagation des maladies contagieuses dans les salles de nos hôpitaux, la séparation et l'isolement dans des bâtiments spéciaux des malades atteints de maladies susceptibles de se propager, voilà plus de dix ans que la Société médicale des hôpitaux en demande avec instance, mais en vain, l'application à l'administration. — Nous nous trompons, un commencement de satisfaction vient d'être donné, à cet égard, au vœu unanime des membres de la société. Des baraques d'isolement pour les diphthériques vont être construites, à la demande de M. Bergeron, dans les jardins de l'hôpital Sainte-Eugénie, et mise à la disposition des médecins de cet établissement. — C'est cette mesure partielle que nous voudrions, avec tous les membres de la Société des hôpitaux, voir généraliser, au moins dans les limites du possible, dans tous les établissements hospitaliers destinés au traitement des maladies aiguës.

Cette dernière mesure, en ce qui concerne la variole, serait insuffisante si l'on n'y joignait de nouvelles prescriptions plus rigoureuses pour la généralisation de la pratique des vaccinations et des revaccinations.

Si l'on ne peut espérer d'enrayer complétement, par l'application de cet ensemble de moyens prophylactiques, le développement ultérieur d'une épidémie naissante, du moins pourrait-on en atténuer quelque peu les funestes effets.

Scotome scintillant.

Il n'est, en général, de meilleure monographie que celle dont l'auteur peut dire : *Experto crede Roberto*, car ce symptôme que je décris, je l'ai éprouvé, cette douleur je l'ai ressentie, ces angoisses me sont connues et j'ai pu en étudier la cause et les effets; c'est en moi-même que j'ai puisé tous les éléments de l'analyse que je vous présente. C'est ainsi que nous avons été conduit, dans l'une de nos Revues du mois de mars dernier, à mettre sous les yeux de nos lecteurs une description de la migraine tracée de main de maître. Nous les entretiendrons aujourd'hui d'un accident ou d'un phénomène pathologique particulier, qui a d'assez étroites connexions avec la migraine, et qui, bien que tenant par certains côtés à l'oculistique, peut, à plus juste titre, être réclamé par la médecine générale ; nous voulons parler du scotome scintillant ou amaurose partielle temporaire.

Comme pour la migraine, dont le scotome est quelquefois un prodrome, il s'agit ici de phénomènes essentiellement subjectifs ; c'est dire qu'ils ne peuvent être convenablement analysés et décrits que par ceux-là même qui en ont éprouvé toutes les sensations. C'est cette circonstance qui nous a paru donner un intérêt tout particulier à la description du scotome scintillant, affection peu connue encore, qui a fait le sujet de la thèse d'un ancien interne des hôpitaux de Paris, M. le docteur E. Dianoux.

Voici en quels termes notre jeune confrère décrit une série d'accès de scotome scintillant qu'il a subis.

« Un matin, dit-il, vers les premiers jours de septembre 1871, je venais de me mettre à table, lorsque je remarquai que je ne voyais pas très-distinctement, une sorte de nuage voilait les objets dans une petite partie de la moitié inférieure du champ visuel droit ; peu à peu ce nuage s'étendit, en s'élevant de plus en plus vers la partie supérieure du champ visuel, dont il ne tarda pas à occuper toute la moitié droite : au point de fixation, je pouvais cependant encore distinguer assez nettement les objets.

« En fermant l'œil droit, je constatai qu'il existait dans le champ visuel gauche une lacune parfaitement semblable et à la même place. Dans la partie gauche du champ visuel commun, la vision restait nette.

« Le scotome revêtait ainsi la forme hémopique, mais le bord tourné vers le point de fixation avait une forme concave.

« Ces phénomènes avaient mis environ cinq minutes à s'accomplir ; alors apparut le scintillement. Dans les points qui étaient devenus aveugles les premiers, c'est-à-dire en bas et à droite, je vis apparaître deux ou trois petites flammes que je ne puis mieux comparer qu'à la flamme de l'alcool brûlant dans une chambre obscure. Ces flammes augmentèrent de nombre et se disposèrent rapidement en une sorte d'arche, dont le bord interne concave présentait des dentelures qui

vibraient fortement. Cette arche alla s'agrandissant, tout en se rapprochant du point de fixation.

« Une deuxième, puis une troisième arche se superposèrent à la première, et bientôt toute la partie du champ visuel, qui s'était d'abord obscurcie, fut envahie par le flamboiement. Les phénomènes ne s'arrêtèrent pas là; bientôt, en effet, les demi-cercles lumineux dépassèrent la ligne médiane et envahirent tout le champ visuel, les petites flammes tremblotaient vivement et présentaient un éclat incomparable; leur coloration rappelait celle de l'éclair.

« A ce moment, il m'était impossible de rien distinguer, j'étais littéralement aveugle.

« Je m'étais jeté sur un lit, assez inquiet, je l'avoue (il y avait de quoi), lorsque, m'étant placé par hasard la tête sur le rebord du lit, dans une position plus déclive que le reste du corps, je vis le scintillement diminuer rapidement; les flammes gagnèrent le bord supérieur du champ visuel, et tout disparut dans l'espace de quelques secondes; la vue s'était complétement rétablie, et je pus me convaincre en prenant un livre que mon activité visuelle était redevenue ce qu'elle était auparavant.

« Je n'éprouvais à aucun moment, ni vertige, ni céphalalgie, ni douleur d'aucune sorte, j'avais pu analyser avec une entière liberté d'esprit les diverses phases de cette attaque dont la durée totale fut d'environ quinze minutes, les phénomènes étaient donc demeurés étroitement limités à l'appareil oculaire. »

Quelques mois après, M. Dianoux éprouva une seconde attaque. L'affection suivit également la même marche, mais resta limitée au côté droit du champ visuel des deux yeux. En prenant la même attitude, couché la tête basse, le scintillement disparut comme la première fois.

La troisième attaque survint quelques semaines après; elle différa un peu des deux premières, en ce sens que le scotome se limita presque entièrement à l'œil droit, à peine y eut-il un obscurcissement léger de la vision à gauche, sans scintillement. Tout disparut cette fois par le seul fait du passage de l'air confiné où il se trouvait à l'air frais du dehors.

Pas plus que les fois précédentes, M. Dianoux n'éprouva de mal de tête, ni d'autres symptômes de congestion ou d'anémie cérébrale.

Plus de trois ans se sont écoulés depuis, et notre confrère n'a pas ressenti de nouvelle attaque. Sa vue est demeurée excellente, et ses yeux, examinés à plusieurs reprises à l'ophthalmoscope, n'ont offert aucune lésion pathologique.

M. Dianoux a réuni dans sa thèse tous les faits semblables qu'il a pu trouver dans les annales de la science et les observations inédites que quelques-uns de ses collègues lui ont communiquées. On y trouve, entre autres, une observation de Forster, dont il a été lui-même le sujet, communiquée à la société ophthalmologique d'Heildelberg en 1859, et qui présente d'étroites ressemblances avec celle qu'on vient de lire, à cette différence près que chez Forster l'attaque était suivie de migraine; une observation de l'astronome anglais Airy également recueillie sur lui-même. L'observation du docteur B..., aussi remarquable par la netteté de l'exposé qu'il fait de son état que par la manière savante dont il l'interprète; plusieurs observations recueillies par l'auteur dans divers services des hôpitaux, au nombre d'une dizaine.

De l'analyse de ces diverses observations il ressort que l'amaurose partielle temporaire est constituée par deux phénomènes fondamentaux : 1° un scotome de forme variable (hémiopie verticale ou horizontale, simple scotome central ou un peu distant de la macula), atteignant un seul œil ou les deux, également ou inégalement; 2° le scintillement qui suit le scotome.

Ce trouble fonctionnel peut constituer à lui seul toute l'affection. Celle-ci peut se compliquer de phénomènes généraux, tels qu'embarras de la parole, perte de la mémoire, ou même paralysie passagère d'un membre, vertiges, tintements d'oreille. Ces troubles ne sont, en général, que les prodromes d'une migraine intense (la migraine ophthalmique de M. Piorry). Mais alors ces divers symptômes compliquent l'affection, mais n'en sont pas partie constituante.

Le siége de cette affection paraît être le nerf optique, sa nature une névrose. Son pronostic est peu grave, en somme, la durée de l'accès étant généralement assez courte et aucune lésion appréciable à l'ophthalmoscope n'ayant été constatée.

La thérapeutique n'a ici qu'une action très-difficile à apprécier, à raison même de la courte durée des accès, de l'absence de lésion appréciable et du pronostic généralement peu sérieux. On a vu que deux fois M. Dianoux avait fait cesser les accès en se plaçant la tête dans une position déclive, une troisième fois par la seule impression de l'air frais sur le visage. Chercher à prévenir le retour des accès est à peu près la seule indication qu'on doit chercher à remplir. On n'a d'autre guide à cet égard que la recherche des causes auxquelles on croit pouvoir attribuer la production de l'accident, ou plutôt de l'état général de l'économie qui y peut prédisposer, tel que le nervosisme, l'anémie, un état dyspeptique habituel, etc.; et d'autres ressources que l'usage des moyens propres à atténuer les effets de ces prédispositions.

Dr BROCHIN.

DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

DE L'ÉLECTRICITÉ (1).

Par le docteur ALTHAUS (de Londres)
(traduction du docteur Darin).

b. La *batterie d'hôpital* se compose de 30 à 40 couples, contenus dans une caisse de chêne (fig. 9); les prix sont de 210 francs et 260 francs. Elle est beaucoup plus lourde que la précédente, dont elle diffère encore par quelques autres particularités. Les cellules ne sont pas de vulcanite, mais de verre, et sont placées dans une boîte, subdivisée en deux compartiments, dont chacun contient quinze ou vingt vases. Cette boîte se soulève à peu près de la même façon que dans la batterie portative et se fixe à l'aide d'un tour de la tige d'ébène. L'appareil est pourvu d'un traîneau et d'un commutateur. Ce dernier diffère de celui de la batterie portative. C'est un cylindre de bois portant deux ressorts courbes, dont les extrémités antérieures touchent les bords de deux arcs de cuivre.

c. La *batterie électrolytique* diffère de la batterie d'hôpital, surtout par les dimensions des plaques et des verres, qui sont doubles de celles de l'autre; il s'ensuit qu'une surface proportionnellement plus grande est immergée, ce qui accroît d'autant les effets chimiques. L'action est, en outre, augmentée par l'addition d'une solution concentrée d'acide chromique à la charge ordinaire de la batterie. Cette solution doit avoir la couleur du vin de Bordeaux; il suffit d'en ajouter 3 gr 50 à chaque cellule. La batterie électrolytique contient 20 couples et coûte 150 francs.

Les appareils de Stöhrer commanderont toujours le respect de la profession, non-seulement parce que ce furent les pre-

(1) Suite. — Voir les numéros des 16, 23, 27 mars et 3 avril.

miers qui remplirent le *desideratum* important d'être portatifs, mais encore à cause du mérite de leur fabrication. Il ne faut toutefois pas méconnaître qu'elles sont, comme toutes les

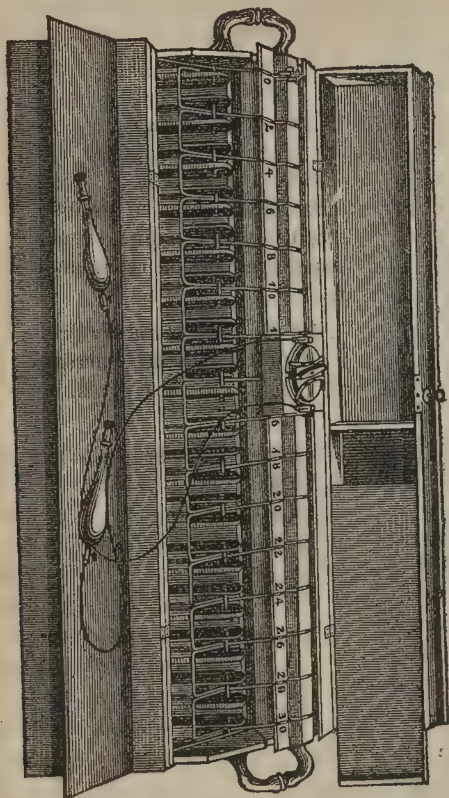


Fig. 9.

autres batteries portatives, sujettes à polarisation, et 2° que le charbon qui entre dans leur composition est fragile. Aussi la machine demande-t-elle à être traitée avec ménagement, notamment parce que la tige d'ébène qui se projette en dehors, de chaque côté de la batterie, l'expose quelque peu aux accidents. Nous ne basons pas ce reproche sur une simple idée théorique, mais sur une expérience positive. Les instruments de Stöhrer seraient beaucoup améliorés par l'emploi d'une espèce de charbon plus dure, par l'introduction du levier à l'intérieur de la boîte et par l'addition d'un galvanomètre.

MM. Mayer et Meltzer (de Londres) ont eu l'ingénieuse idée de combiner une batterie constante de grande puissance avec un appareil d'induction, dans la même boîte. Leur instrument répond donc à tous les besoins de l'électricité médicale. Il reste cependant à démontrer si cette combinaison offre quelque réel avantage pour les praticiens de province; en effet, on pourrait lui objecter que, lorsque le médecin a deux appareils distincts, un pour la galvanisation et l'autre pour la faradisation, si l'un des deux venait à se trouver hors d'usage, il ne serait pas complétement dépourvu de quelque source d'électricité pendant le temps que l'instrument détérioré serait en réparation; tandis que, s'il arrivait un accident à l'appareil combiné, il se trouverait dans un embarras complet. Cette objection n'a pas pour but de dénigrer l'idée des inventeurs, qui mérite tous les éloges, mais simplement de montrer que la question a deux côtés, que le praticien fera bien de peser avant de se décider à l'acquisition de la machine.

La batterie constante de cet appareil est une modification du couple de Bunsen, c'est-à-dire composée de charbon et zinc et chargée avec de l'acide sulfurique diluée (au 1/20). Le charbon paraît être d'une espèce particulièrement bonne, car il est presque aussi fragile que celui de Stöhrer et génère un courant plus puissant que ce dernier. Pour charger la batterie, on remplit les vases un peu moins d'à moitié, puis on les remet en place, de façon que le liquide et les plaques ne sont pas en contact.

Pour faire fonctionner l'appareil, un mécanisme permet d'élever les cellules, de manière que le liquide touche les plaques, ce qui donne lieu à la production du courant galvanique. Dans les premiers spécimens de cette batterie, les fabricants avaient disposé le système de levier à l'extérieur de la boîte, de telle sorte que chaque fois qu'on tournait un cran, il s'élevait une série de quatre couples. Dans les appareils actuels, il n'y a rien de saillant à l'extérieur, ce qui est une grande amélioration. Les vases s'élèvent sous l'action de tiges métalliques à l'intérieur de la batterie. La tablette supérieure porte un cadran avec une aiguille pour choisir la force dont on a besoin; et nous avons suggéré au fabricant une légère modification à cette disposition, afin d'éviter la production de chocs voltaïques lorsqu'on augmente ou diminue le courant. Il y a, en outre, un commutateur ou renverseur du courant, d'après le principe de Stöhrer, dont le bloc central est de vulcanite. Un galvanomètre indique la condition de la batterie. Une addition importante est un collecteur double, analogue à celui de Gaiffe, qui permet de partager l'action entre tous les couples du circuit, de façon que l'effort principal ne porte pas, comme dans la plupart des autres machines, sur les éléments initiaux de la batterie. L'action chimique se trouve, de la sorte, plus divisée et l'instrument peut servir beaucoup plus longtemps que si les couples initiaux formaient toujours partie du circuit. (*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

Empoisonnement par l'hydrate de chloral. — Mort. — Autopsie (Long, de Genève). — Le malade était un névropathe qui absorba volontairement une certaine quantité de chloral. Une heure et demie après l'absorption du poison, il était dans l'état suivant :

Respiration stertoreuse. Face très-pâle. Peau fraîche. Pouls fort, vibrant, 50 pulsations par minute. Résolution complète. Abolition de la sensibilité directe et réflexe. Pupilles contractées, immobiles. Conjonctives insensibles.

Ipéca . . . . . 1 gramme.
Tartre stibié. . . 10 centigrammes.

Petit vomissement alimentaire au bout de 10 minutes. Frictions. Larges sinapismes sur le tronc et les membres. Ralentissement du pouls. Application du marteau de Mayor. Réaction des muscles pectoraux. Bientôt le cœur se ralentit de nouveau, et le marteau n'amène plus rien. Mort deux heures après l'absorption du poison.

Autopsie. — 3 janvier, cinquante-six heures après la mort. Rien dans l'encéphale ni les méninges. Cœur en diastole; caillots dans ses cavités. Adhérences de la plèvre gauche. Estomac contenant des débris alimentaires non encore digérés. Forte hyperémie de la muqueuse. Au niveau de la grande courbure, il présente, en outre, quelques taches ecchymotiques. Pas d'érosions ni d'ulcérations. Vessie remplie d'urine.

ANALYSE CHIMIQUE DES PRODUITS RECUEILLIS DANS LES DIFFÉRENTES CAVITÉS.

1° *Produits venant de l'estomac.* Contiennent une assez grande quantité de chloral.

2° *Urine recueillie dans la vessie.* — N'en contient pas.

La quantité de chloral ingérée a été de 12 grammes au moins. A son entrée dans l'estomac, cette substance a vivement irrité la muqueuse et amené le malade à pousser des cris de douleur; puis, aussitôt que la substance a commencé à être absorbée, se sont produits les phénomènes de sidération du système nerveux qui ont fini par amener la mort.

A la suite de l'analyse chimique des substances ingérées, M. Testuz, pharmacien de l'hôpital cantonal de Genève, fait remarquer que, dans l'organisme, l'hydrate de chloral se mélange au sang et est transformé lentement en chloroforme et en acide formique. L'hydrate de chloral non encore décomposé peut être décelé dans l'urine au moyen de la liqueur de Fehling, si toutefois le sujet n'est pas diabétique. — (*Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*, février et mars 1875).

Luxations traumatiques réduites d'après des méthodes rationnelles (prof. Pietro Loreta).

A. *Luxation sous-coracoïdienne.* — Charcutier de soixante ans, jeté à terre par le choc d'un corps pesant, qui lui frappa violemment le dos. Choc de l'épaule gauche contre la terre. Le bras reste aussitôt immobile. Épaule et région antéro-interne douloureuse, surtout dans les mouvements provoqués. Ecchymoses occupant tout le moignon de l'épaule et une autre sur la face interne du bras. Abaissement de l'épaule. Tête et tronc inclinés du côté blessé. Avant-bras replié à angle obtus sur le bras et tourné en dehors. Coude éloigné du tronc de 0m,05 à 0m,06, mais entre la pronation et la supination. L'axe longitudinal prolongé en haut passe un peu en dedans de l'apophyse coracoïde. Moignon de l'épaule aplati, présentant divers sillons cutanés et une dépression au niveau de l'empreinte deltoïdienne de l'humérus, comme si les téguments s'étaient enfoncés entre les fibres du deltoïde. Au niveau de l'épaule, saillie antéro-postérieure de 0m,05. Fossette sous-claviculaire comblée. Angle inférieur de l'omoplate saillant sous la peau. Limites de la cavité glénoïde sensibles au doigt. Tête facile à sentir sur la paroi interne du creux de l'aisselle. Égale longueur des deux bras. Allongement de 0m,02 de la paroi antérieure de l'aisselle. Diminution de 0m,05 du diamètre transverse du moignon de l'épaule.

Réduction. — *Application des principes de Syms. — L'avant-bras est plié à angle droit sur le bras, et l'on s'en sert comme d'une manivelle pour tourner le bras en dehors et faire disparaître l'espèce d'enchâssement, de la tête au-dessous du bord de la cavité glénoïde. On entend, au moment de la réduction, un bruit particulier avec une petite secousse, et l'avant-bras reprend sa position.*

B. *Luxation intra-coracoïdienne.* — La meilleure méthode consiste dans l'extension oblique en bas, selon l'attitude dans laquelle se trouve le bras. La contre-extension se fait au moyen d'un lacs passé dans l'aisselle remplie de ouate. Au moyen de ceci on met la tête humérale dans une position convenable pour que, avec la main et le genou, on puisse, au moyen d'un mouvement de levier, la repousser dans la cavité glénoïde.

Dans la réduction, un aide fixe l'omoplate, tandis que le chirurgien pratique l'adduction sur le coude en tenant l'avant-bras fléchi et en le soulevant dans la direction antéro-postérieure. Dans les luxations anciennes (quatre, cinq et six mois), il faut faire l'extension horizontale et mesurer la force avec le dynamomètre, depuis 150 jusqu'à 250 et 300 kilogrammes, en agissant lentement et graduellement pour rompre les adhérences; puis déplacer l'os pour l'amener jusqu'aux bords de la cavité glénoïde et le repousser progressivement dans celle-ci.

C. *Luxation sous-glénoïdienne.* — Un laitier, âgé de soixante-cinq ans, cherchant à soutenir un poids avec un bras tendu en haut, fut saisi à l'improviste d'une douleur dans l'articulation de l'épaule droite. Il donna au bras un mouvement léger d'abduction. Le muscle deltoïde était tendu, la région deltoïdienne aplatie, la fosse sous-claviculaire à peu près normale. Le bord antérieur du grand pectoral était un peu saillant en avant, et le creux axillaire occupé par la tête humérale.

L'abduction du bras était de 0m,20 environ, l'allongement de 0m,03. Les mouvements spontanés étaient limités, douloureux et difficiles; les mouvements communiqués étaient un peu plus faciles; il était pourtant impossible d'obtenir ceux d'élévation et le plus léger degré d'abduction.

Réduction. — L'omoplate fut fixée par un bandage convenable. Légère élévation du bras pour rendre la tête plus accessible à la main. Puis, l'avant-bras étant fléchi sur le bras, on pratique vivement l'abaissement et l'abduction, en même temps que la main placée dans l'aisselle fait la propulsion.

D. *Luxation du cubitus en arrière directement.* — Le sujet de l'observation était un jeune homme. Il tomba de voiture tandis qu'il tenait l'avant-bras droit dans la demi-flexion et le coude dans l'abduction.

Réduction. — Avant-bras placé dans la supination afin que l'apophyse coronoïde, facile à déplacer par la rupture du ligament latéral interne et de la partie antérieure de la capsule, pût glisser sur la trochlée. Puis on tourne l'avant-bras en dedans; en même temps on communique une propulsion à l'olécrâne, on plie, et l'on fait une légère extension sur l'avant-bras. Les os reprirent presque aussitôt leurs rapports normaux.

E. *Luxation incomplète du cubitus en arrière.* — Chute d'une échelle et choc du cubitus contre l'un des barreaux. Signes d'une luxation postérieure et incomplète du cubitus. Réduction par la flexion simple.

F. *Luxation postéro-externe du cubitus.* — Chez une femme de quarante-cinq ans, tombée par terre de sa hauteur.

Réduction. — La malade est couchée sur le dos. On passe un lacs extenseur à l'extrémité supérieure de l'avant-bras, un autre dans l'aisselle pour faire la contre-extension. L'avant-bras fut mis dans la flexion et placé contre la poitrine du malade, tandis qu'un assistant exerçait perpendiculairement l'extension sur les os déplacés. On exécuta alors un léger mouvement de rotation en dehors, tandis que les mains appliquées sur l'avant-bras et sur l'humérus exerçaient une pression et une contre-pression ayant une direction inverse à celle de la cause ayant amené le déplacement.

G. *Luxation complète du radius en arrière.* — Chute d'une échelle. Choc de la paume de la main sur le sol. Signes d'une luxation isolée du radius en arrière. Deux assistants saisirent l'un le bras, l'autre l'avant-bras, l'opérateur prit lui-même le coude avec les quatre derniers doigts de chaque main; puis il appuya fortement avec les deux pouces sur la tête luxée. Il ordonna à l'un des assistants de mettre l'avant-bras alternativement dans la supination et l'extension, tandis qu'en exerçant une pression directe sur la tête du radius, il le remettait à sa place.

H. *Luxation incomplète de l'extrémité supérieure du cinquième métacarpien.* — Saillie de l'extrémité de l'os en arrière, inclinaison des corps très-marqués. Longueur normale de l'annulaire conservée. Extension de ce doigt impossible. Tous les mouvements de la main douloureux. La compression d'arrière en avant fut suffisante pour faire la réduction. L'os fut maintenu réduit par un bandage approprié.

I. *Luxation incomplète de la rotule en dehors.* — Une jeune fille de quatorze ans tombe sur le genou gauche et ne peut se relever. Gonflement énorme de toute la région du genou. On sent le bord externe de la rotule saillant sous la peau de la région externe et antérieure du genou. Au niveau de la ligne médiane, on peut aisément reconnaître avec le doigt l'échancrure intercondylienne et le bord interne de la rotule. On pouvait suivre, en haut, la direction du tendon rotulien.

Le diamètre transverse du genou était augmenté. La jambe était dans l'extension.

Réduction. — Par le procédé de Valentin. On la laisse couchée dans son lit, la jambe maintenue dans l'extension; ensuite, tout le membre inférieur est soulevé de manière à faire avec le tronc un angle droit. Le talon est maintenu par un assistant. La main, appliquée sur le genou, communique avec les deux paumes une double propulsion à la rotule. La réduction faite, la malade resta au lit pendant quatre semaines dans un appareil inamovible. Elle se leva au bout de ce temps, mais porta une genouillère de cuir avec un coussinet comprimant le bord externe de la rotule. — (*Annali universali di medecina e chirurgia.* — Febr. 1875.)

VARIÉTÉS

I. Traité pratique de la détermination des drogues simples d'origine végétale (1), par S. Planchon. — **II. Traité élémentaire de minéralogie (2),** par F. Pisani.

I

Nous avons, il y a quelques mois, présenté à nos lecteurs le premier volume du *Traité des drogues simples*. M. Planchon vient de terminer cet important ouvrage, et nous allons montrer rapidement les points intéressants touchés par l'auteur de ce livre vraiment classique.

Le second volume s'ouvre par l'étude des tiges (*stipites vel caules*) : une seule tige aérienne se trouve dans les pharmacies, c'est celle de la douce-amère. Viennent ensuite les écorces; elles sont au nombre de trente-six, depuis l'écorce de Winter jusqu'à celle de gayac, d'ampesture, de simarouba, de croton et de chêne. Pour se reconnaître au milieu de ce bataillon, M. Planchon s'appuie surtout sur les propriétés organoleptiques qui sont très-marquées (saveur amère, astringente ou aromatique, une odeur plus ou moins caractérisée). Chaque description est, au besoin, appuyée d'une excellente figure qui est un élément précieux de diagnose. Ces figures deviennent encore plus nombreuses au chapitre consacré aux bois (lignes). M. Planchon étudie ces derniers, en relevant avec soin la plus ou moins grande dureté du *duramen* (portion centrale), sa coloration, la présence dans son tissu de matières résineuses ou d'huiles essentielles, et dominant le tout, la présence ou l'absence de couches annuelles nettement distinctes. Après avoir passé en revue les galles de chêne, l'auteur aborde l'étude des poudres organiques et des poils.

Avec les produits retirés des végétaux commence la seconde partie du traité.

Les sucres et les mannes, les gommes, les gommes-résines, les résines, les oléo-résines et baumes, les huiles essentielles, les corps gras, les matières colorantes, les sucs laticifères, les extraits, les pulpes et pâtes sèches, forment autant de chapitres où chaque substance est étudiée avec soin et rendue familière à l'élève par des tableaux analytiques très-clairs et très-bien faits.

En résumé, M. Planchon a fait un bon livre, qui prendra un rang très-honorable dans la bibliothèque du praticien et sur la table de celui qui apprend.

II

Près de l'œuvre de M. Planchon, un hasard heureux nous permet de signaler un ouvrage élémentaire, mais d'une utilité incontestable.

Le *Traité élémentaire* de M. Pisani permet d'aborder l'étude de la minéralogie. On sent dans celui qui donne ce livre non-seulement un homme de science, mais un professeur habile, soigneux, rompu aux difficultés et cherchant à les épargner aux débutants. Il ne faut cependant pas s'arrêter au titre *élémentaire* : le traité de minéralogie de M. Pisani, en livrant les premiers jalons de l'étude, est en même temps une œuvre très-savante, et qui aura pour résultat d'exciter parmi ceux qui le liront un vif désir d'aller plus loin dans la science minéralogique.

Une des parties les plus — disons le mot — rebutantes pour le commençant est habilement présentée. Nous voulons parler de la cristallographie. A parcourir le livre de M. Pisani, on serait presque porté à croire que la cristallographie est facile. Mais qu'on ne s'y trompe pas, il a fallu toute la science du professeur pour simplifier son exposition, et l'on doit lui savoir gré du talent avec lequel il a développé cette partie du programme.

Après les préliminaires, M. Pisani étudie avec soin chaque minéral, indiquant son étiologie, son aspect, sa densité, sa dureté, les moyens de le reconnaître, son analyse, son habitat. Une synonymie suffisamment développée pour la France et l'Allemagne rendront de véritables services. Pourquoi l'Angleterre voit-elle ses synonymies moins développées? Le débutant ne serait cependant pas fâché de savoir ce qu'on entend par Hornstone, towanite, actinolite, moroxite, meroxene, satin spar, érubescite, pyroïdixcine, pearl spar, etc.? Une première édition laisse toujours quelques oublis, que la seconde édition réparera. L'ouvrage de M. Pisani est assez remarquable pour qu'une petite critique puisse lui être faite ; et puisque nous sommes à exposer des *desiderata*, ajoutons que l'auteur rendrait service en faisant suivre — autant que faire se peut — chaque minéral du nom de celui qui l'a découvert ou décrit, et de l'année de cette découverte ou description. Il y a là un travail historique très-intéressant, qui établirait bien des priorités, éluciderait bien des noms inutiles et dégagerait un peu la synonymie de la minéralogie.

Il n'est pas sans intérêt d'apprendre que l'aluminium fut isolé par Wochler en 1827; que le barium fut découvert par H. Davy en 1807; que le chrome fut découvert par Vauquelin en 1797; que le lœsium fut découvert par Kirchoff et Bunsen en 1861, etc.

Sous le bénéfice de ces réserves, le livre de M. Pisani est appelé à un succès franc et très-justifié. On ne saurait le recommander trop vivement. C'est un bon livre.

(1) Tome second. Un vol. in-8° avec gravures dans le texte. — L'ouvrage complet en 2 vol. in-8°, prix 20 fr. — Paris, F. Savy.

(2) Un vol. in-12 avec 184 figures dans le texte. — Paris, G. Masson.

PRIX PROPOSÉS PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

POUR L'ANNÉE 1876.

Prix de l'Académie. — « Étude comparée des divers modes de pansement des grandes plaies. » (1,000 francs.)

Prix Portal. — « Au meilleur mémoire sur un sujet quelconque d'anatomie pathologique. » (1,000 francs.)

Prix Civrieux. — « Du rôle du système nerveux dans la production de la glycosurie. » (2,000 francs.)

Prix Capuron. — Des altérations du placenta et de leur influence sur le développement du fœtus. » (2,000 francs.)

Prix Barbier. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés (3,000 francs).

Prix Godard. — A décerner au meilleur travail sur la pathologie interne. (1,000 francs.)

Prix Orfila. — L'Académie met de nouveau la question suivante au concours :

« De l'aconitine et de l'aconit. »

D'après les intentions du testateur, « la question doit être envisagée au point de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et de la médecine légale.

« Des expériences nouvelles seront tentées sur les contre-poisons. » (4,000 francs.)

Prix Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. (2,800 francs.)

Prix Saint-Lager. — Destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goitreuse. (1,500 francs.)

Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix Falret. — « De la folie dans ses rapports avec l'épilepsie. » (2,000 francs.)

Prix Rufz de Lavison. — « Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. »

Les mémoires pour les prix à décerner en 1876 devront être envoyés sans exception aucune, à l'Académie, avant le 1er mars de cette même année. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

N. B. — Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Godard, Barbier et Amussat sont exceptés de cette dernière disposition (Décision de l'Académie du 1er septembre 1858.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Cours complémentaires de chimie et de physique. — COURS DE CHIMIE. — M. G. Bouchardat, agrégé, commencera ce cours le mercredi, 19 mai, à midi (petit amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. — M. G. Bouchardat traitera la chimie organique.

COURS DE PHYSIQUE. — M. Gariel, agrégé, commencera ce cours le samedi, 15 mai, à midi (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. — M. Gariel étudiera dans ce cours la polarisation de la lumière, la radiation en général ; les phénomènes physiques de la vision, etc., etc.

— *Hôpitaux de Paris. Concours pour deux places de médecin.* — La première séance de l'épreuve orale a eu lieu le mercredi 12 mai. Les candidats désignés par le sort pour cette séance étaient : MM. Sevestre, Gaillard-Lacombe, Liouville et Hallopeau. Ils ont eu à traiter la question suivante : *De la phlegmatia alba dolens.*

Jeudi 13 mai, seconde séance de l'épreuve orale. MM. Schouppe, Dieulafoy, Carrière et Renaut (Joseph) [*colique hépatique, pronostic, traitement*].

Vendredi, 14, il n'y a pas eu séance.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Fuster, professeur de thérapeutique et matière médicale, est autorisé à se faire suppléer, pendant le 2e semestre de l'année scolaire 1874-1875, par M. Hamelin, agrégé.

M. Grynfelt, agrégé, est chargé provisoirement du cours de clinique chirurgicale.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Rigaud, professeur de clinique chirurgicale, membre du jury d'agrégation, est autorisé à se faire suppléer par M. le professeur Gross, agrégé.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Bor, pharmacien de 1re classe, est institué suppléant de chimie et de pharmacie pour une période de six années.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Cauchois, docteur en médecine, est institué suppléant de pathologie et clinique externe.

— *Hôpital du Midi.* — M. le docteur Charles Mauriac reprendra ses leçons cliniques, le samedi 22 mai 1875, à neuf heures du matin, et les continuera les samedis suivants, à la même heure. Chaque leçon comprendra une revue clinique des malades du service et une conférence sur la blennorrhagie et les affections consécutives des organes génito-urinaires.

— *Cours de géologie. — Excursion géologique.* — M. Daubrée, membre de l'Institut, fera une excursion géologique le dimanche 16 mai 1875, à Compiègne, au mont Ganélon et à Cuise-la-Motte. En cas d'absence, il sera suppléé par M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste. On se réunira à la gare du Nord, où l'on prendra à six heures du matin le train pour Compiègne.

— *Botanique rurale.* — M. Chatin, professeur, membre de l'Académie des sciences, fera sa prochaine herborisation publique dimanche 16 mai 1875, à Saint-Cloud. — Le rendez-vous est donné à la grille du parc, sur la place, à onze heures et quart.

— Le poste médical de Roucy (Aisne) est vacant. S'adresser à M. le docteur Fournaise, 26, rue des Francs-Bourgeois, Paris, ou à M. Devauchelle, notaire à Roucy.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOTEL-DIEU. — M. BÉHIER.

Leçon clinique sur un cas de rhumatisme articulaire aigu (1).

II.

Dans un cas de rhumatisme articulaire aigu aussi accentué que celui qui fait l'objet de cette conférence, il est une complication fâcheuse contre laquelle il faut bien se prémunir. Le rhumatisme en effet ne se borne pas à exercer son influence sur les séreuses des articulations, mais il peut étendre son action sur presque toutes celles de l'économie, et notamment sur la séreuse cardiaque. L'endocardite est un fait excessivement fréquent dans le cours du rhumatisme. Elle ne donne lieu, dans la plupart des cas, à aucun symptôme spécial; elle ne détermine ni douleurs précordiales, ni redoublement de la fièvre. De là la nécessité de percuter, d'ausculter journellement le cœur des malades, de rechercher s'il ne se produit pas du côté de cet organe un souffle plus ou moins saisissable. Quelquefois il pourra manquer, mais il est rare alors qu'on ne perçoive pas, comme chez notre malade, un certain degré de mollesse et de ralentissement dans les bruits. C'est là souvent le seul indice du souffle, on l'observe au premier temps, soit à la pointe, soit à la base du cœur, quelquefois même dans ces deux points à la fois. Il indique un certain degré de gêne et de roideur dans le jeu des valvules dont les bords ne peuvent plus s'accoler assez intimement pour clore hermétiquement les orifices. Cette endocardite peut devenir le point de départ d'une maladie organique du cœur dont vous connaissez la gravité.

D'autres fois, ce sera une péricardite qui surgira dans le cours du rhumatisme, complication grave qui peut amener la mort du malade si elle passe inaperçue. Comme l'endocardite, le plus souvent elle se développe insidieusement, sans donner lieu, dans la région précordiale, à cette douleur en griffe, en pression, dont elle s'accompagne dans certains cas. Le pouls lui-même n'est pas modifié; les accès de dyspnée qu'on observe dans la péricardite à un haut degré, peuvent même manquer. Il faudra donc, comme pour l'endocardite, pratiquer constamment la percussion et l'auscultation. La matité précordiale prendra alors cette forme que vous connaissez, celle d'un cône à base inférieure. Les battements seront sourds, et vous irez en percevoir le bruit à la partie supérieure du cône, à la hauteur de la troisième côte, point où se produit leur maximum d'intensité.

Ce n'est pas tout. Une complication semblable peut encore apparaître du côté des plèvres, qui devront être elles-mêmes l'objet d'une observation constante, car ici encore l'inflammation se développe sans douleur, sans accélération notable du pouls, ne déterminant d'autre symptôme qu'un certain degré de dyspnée.

Enfin une complication terrible pourra encore se présenter du côté du système nerveux, et que l'insomnie, comme je vous l'ai déjà dit, pourra vous faire prévoir. Tantôt alors les malades sont pris d'un délire violent qui se termine par le coma et la mort, tantôt ils sont emportés dans de véritables convulsions épileptiformes. L'autopsie révèle alors toute les lésions de la méningite.

Outre ce premier malade dont je viens de vous entretenir, j'ai encore dans mon service un autre individu également intéressant à étudier à ce point de vue que, atteint pour la seconde fois d'une affection rhumatismale, il ne présente pas non plus de symptômes d'une complication cardiaque.

C'est un garçon meunier de vingt-quatre ans, lymphatique, qui est couché au n° 22 de la même salle Sainte-Jeanne. Il était déjà mal à son aise depuis cinq jours quand, un matin, il ressentit dans les jointures des douleurs violentes qui s'accrurent encore le lendemain. Les articulations ne présentaient alors ni tuméfaction ni rougeur. A la suite d'une petite course, il fut obligé de s'aliter.

Lorsqu'il s'offrit à notre examen, il se plaignait de douleurs vives dans les articulations tibio-tarsiennes. A la partie externe des deux pieds et interne de l'un d'eux, s'étalait une large plaque rouge très-nettement circonscrite et ne différant en rien de la coloration habituelle du rhumatisme. Au bout de deux jours des plaques semblables apparurent sur les autres jointures.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, il ne présentait pas trace d'une affection cardiaque, et cependant, il y a six ans, deux fois dans la même année, il a été pris de douleurs qui l'ont forcé à garder le lit; elles s'accompagnaient d'un mouvement fébrile assez intense.

L'aspect des plaques rouges que présentait cet homme pouvait au début égarer sur le diagnostic. En effet, vous savez qu'il est une maladie, l'érythème noueux, dans laquelle les membres inférieurs et quelquefois les membres supérieurs,

(1) Fin. — Voir le numéro du 11 mai.

mais plus particulièrement la partie inférieure des premiers, présentent en certains endroits des plaques gonflées, douloureuses, très-rouges, laissant après elles, quand elles ont disparu, une tâche bleuâtre semblable à une véritable ecchymose. Dans ce cas, les différentes articulations, et notamment celles qui se trouvent au voisinage de ces plaques érythémateuses, sont habituellement le siége d'une véritable douleur rhumatismale. Mais ces plaques ont un siége d'élections qui ne permet pas de confondre cette affection avec le rhumatisme. Ce n'est pas à la partie externe ou interne du dos du pied qu'on les observe ordinairement, mais bien sur les parties latérales ou antérieures des jambes, au-dessus, et surtout loin de l'articulation tibio-tarsienne.

Sans vouloir m'occuper ici du traitement général du rhumatisme, je tiens cependant à vous rendre compte de quelques indications que j'ai remplies chez mes deux malades.

Chez le premier, j'ai employé un moyen qui ordinairement réussit assez bien, celui des alcalins : bicarbonate de soude ou de potasse. On a dit qu'il avait été mis en usage pour la première fois par Darol en 1865. C'est une erreur, Reight en 1847 le préconisait déjà.

Garod administrait les sels alcalins à la dose de 2 gr. 50 par heure, jusqu'à ce que la fièvre fût tombée. Chambords les donnait à celle de 1 gr. 20 ; seulement il y ajoutait 10 centigrammes d'iodure de potassium. Par ce moyen, sur cent soixante-quatorze malades il a compté autant de guérisons. Les affections cardiaques étaient elles-mêmes beaucoup plus rares; puisqu'il n'en a observé que neuf, c'est-à-dire à peu près 5,3 pour 100. Mais, à cette médication, il joignait l'enveloppement absolu; il cousait littéralement le malade dans une couverture de laine. J'ai moi-même employé cet enveloppement absolu, et je m'en suis bien trouvé.

Il faut, observer certaines règles dans l'administration du bicarbonate de soude ou de potasse. Pour Dickinson, si l'on ne dépasse pas la dose de 8 grammes, c'est un médicament inutile. Vous m'avez vu atteindre jusqu'à 16 et 20 grammes par jour. Aussi, sur quarante-huit malades un seul a eu un bruit de souffle au cœur et encore fugitif, tandis que la proportion de un sur trois est la règle.

Comme vous l'avez vu, j'ai également employé la poudre de Dower. C'est qu'en effet à l'action du sel de potasse qu'elle contient en forte proportion vient s'ajouter celle de l'ipéca qui entre dans sa composition, lequel, tout en provoquant un certain état nauséeux, amène avec celui-ci une tendance à la sueur. Enfin, outre ses propriétés diaphorétiques, la poudre de Dower jouit de propriétés calmantes qu'elle doit à la quantité assez considérable d'opium qu'elle renferme.

Chez mon second malade, les alcalins n'étaient pas indiqués d'une façon aussi formelle. A cause du tempérament lymphatique de cet individu, il fallait éviter de le déprimer, effet que n'eussent pas manqué de produire, employés seuls, les sels de soude ou de potasse. A ceux-ci j'adjoignis alors l'extrait de quinquina. Le rhumatisme créant, comme vous le savez, une anémie rapide, il était utile de soutenir les forces du malade par des préparations toniques.

Enfin, un mode de traitement excellent à employer au moment où la maladie passe à l'état subaigu, c'est la sudation. Le malade est enveloppé avec soin dans d'épaisses couvertures de laine, et on lui fait boire, toutes les dix minutes, un grand verre d'eau froide. Le corps du patient se recouvre alors, en très-peu de temps, d'une sueur extrêmement abondante, et, si l'on a soin de répéter cette opération, le sujet finit par recouvrer la souplesse de ses articulations.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES.

M. DE SAINT-GERMAIN

Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants (1).

(Recueillies par MM. CHENET et TAPET, internes du service.)

DE LA LARYNGOTOMIE. — CONCLUSIONS. — RÉSUMÉ.

I. — La trachéotomie a été pratiquée dès les premiers âges de la médecine. — D'abord appliquée seulement dans les cas de corps étrangers des voies aériennes, elle s'est étendue peu à peu à tous les cas d'obstacles à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires. Enfin elle est *entrée* définitivement dans le domaine classique depuis les travaux de Bretonneau et de Trousseau sur la diphthérie.

II. — Les résultats qu'elle a fournis varient suivant qu'on consulte les statistiques générales ou celles de la clientèle civile. La statistique des hôpitaux, qui a fourni dans les tableaux les plus favorables une guérison sur quatre ou cinq décès, charge considérablement les tables générales. Pour mon compte, en deux années de pratique, depuis que je suis chirurgien de l'hôpital des Enfants, j'ai 10 guérisons sur 25 opérations. Dans ce nombre, sur 6 cas de l'hôpital, j'ai seulement une guérison, tandis que dans la clientèle, je compte 9 malades guéris sur 19 opérés.

III. — Bien que la trachéotomie n'ait peut-être pas donné encore les heureux résultats qu'on est en droit d'en attendre, la statistique des opérations est assez encourageante pour qu'on doive vulgariser le plus tôt possible son emploi.

IV. — Il y a donc un énorme avantage à en régler minutieusement chaque temps, et à la simplifier autant que possible, afin que tout médecin puisse la pratiquer sans incertitude.

V. — La trachéotomie en un seul temps soit à froid, soit à chaud, nous paraît le procédé à la fois le plus simple, le plus sûr et le plus rapide.

VI. — Si l'on considère que, dans le plus grand nombre des cas, c'est une opération d'urgence, il y a avantage énorme à bannir tous les instruments plus ou moins ingénieux inventés dans ce but, et à conserver seulement ceux qui se trouvent dans toutes les trousses. — Nous croyons avoir rempli ce but en préconisant toujours l'emploi du bistouri. Le dilatateur est indispensable, selon nous, et nous préférons surtout le dilatateur à deux branches; à défaut, la pince ordinaire à pansement pourrait être employée.

VI. — Les canules préférables sont celles qui portent une plaque percée de deux trous; les canules à oreilles doivent être proscrites, car leurs anneaux peuvent se détacher ou se briser très-facilement.

VIII. — Le malade doit être placé en pleine lumière sur un plan assez résistant, solidement maintenu. La tête fortement étendue au moyen d'un coussin très-dur et fixe placé sous les épaules.

IX. — Le larynx doit être fixé pendant tout le temps de l'opération, c'est-à-dire *jusqu'après l'introduction du dilatateur*. Le pouce et le médius de la main gauche le maintenant immobile; le doigt indicateur reste libre pour servir de guide au bistouri et au dilatateur.

X. — L'incision doit être faite le plus haut possible, afin d'éviter la blessure des gros vaisseaux et à cause de la situation

(1) Fin. — Voir les numéros des 10, 17 décembre 1874, 11, 23 mars, 20 et 29 avril 1875.

de la trachée, qui devient d'autant plus profonde qu'on s'approche davantage de la fourchette sternale. La dépression de la membrane crico-thyroïdienne fournit la limite supérieure. L'incision de la peau doit être plus longue que celle de la trachée et avoir environ 2 centimètres et demi. Cette condition sera facilement réalisée si l'on a soin de couper en sciant. Sans quoi, la trachée et la peau présentant une résistance fort inégale, l'incision de la trachée serait plus longue que celle de la peau.

XI. — L'ouverture de la trachée est annoncée par un sifflement caractéristique et une pluie fine de sang chassé avec l'air dans un effort d'aspirations. Une fois le dilatateur introduit, il est souvent utile d'attendre un instant pour introduire la canule dans la plaie. Ce temps d'arrêt, pendant lequel se produisent souvent des quintes de toux, favorise l'expulsion des fausses membranes et du sang qui pourrait s'être introduit dans la trachée.

XII. Si cette toux expultrice n'a pas lieu, si la respiration ne s'établit pas ou s'établit mal, il faut exciter la face interne de la trachée avec une barbe de plume.

XIII. — Le procédé le plus facile pour l'introduction de la canule, est celui du demi-tour de maître que nous avons décrit.

XIV. — Dès que la canule est introduite, faites boire à l'enfant quelques cuillerées d'un liquide réconfortant pour le ranimer.

XV. — S'il existe, une fois la canule en place, un peu de suintement de sang, ne vous en préoccupez pas ou bien garnissez les bords de la plaie d'agaric. Si l'écoulement est plus abondant, retirez la canule et placez-en une plus grosse qui l'arrêtera, tant par la compression qu'elle exerce sur les bords de la plaie, que par l'introduction d'air plus facile et plus abondante qu'elle permet.

XVI. — La canule interne doit être nettoyée souvent : toutes les heures en moyenne ; plus souvent si l'expulsion des fausses membranes ou des mucosités est très-abondante.

XVII. — Elle doit être fixée au moyen du verrou que porte la plaque de la canule externe. Si l'enfant n'est pas soigné par un médecin, c'est la seule garantie que vous aurez de son introduction complète.

XVIII. — Quand la canule interne est propre, la respiration est presque silencieuse. Si le timbre de la respiration s'élève jusqu'à devenir progressivement tubaire, alors que vous vous êtes assuré de la netteté de la canule interne, c'est un signe que la trachée ou une grosse bronche est encombrée par des fausses membranes ou des mucosités. Sollicitez alors des efforts de toux, d'abord par l'instillation de quelques gouttes de liquide dans la trachée (eau de chaux, solution de chlorate de potasse au 1/25, eau acidulée ou même eau pure), et si vous n'obtenez pas d'abord des résultats, par la titillation directe de la trachée.

XIX. — La canule externe doit être enlevée temporairement au bout des vingt-quatre premières heures pour permettre de juger de l'état de la plaie. Faites la toilette de la plaie, et réintroduisez la canule en plaçant, si vous le pouvez, l'enfant dans la position qu'il occupait lors de la première introduction.

La canule externe devra être enlevée dans deux circonstances : si la respiration est régulière et silencieuse, on enlève la canule pour essayer la tolérance de l'enfant, pour éviter l'inflammation consécutive de la trachée et laisser reposer la plaie; si la respiration est anxieuse ou bruyante, alors même que la canule est nettoyée et qu'on ne peut obtenir de toux expulsive, l'enlèvement de la canule aura un effet excitant très-marqué et permettra l'issue des fausses membranes, qu'on pourra, au besoin, aider par l'écoulement des bords de la plaie au moyen du dilatateur.

XX. — Toutes les fois que vous aurez à réintroduire la canule, ayez soin que l'enfant soit solidement maintenu, la tête droite et dans une extension modérée, de façon que les lèvres de la plaie restent parallèles dans toute leur épaisseur et que vous en aperceviez le fond. Employez toujours le procédé du demi-tour de maître, qui vous évitera toute espèce de tâtonnements et de décollement des différents plans que vous traverserez.

XXI. — Tenir la plaie très-propre. Oindre ses bords de cold cream ou de cérat, la cautériser s'il s'y montre des fausses membranes, ou plus tard si elle offre des bourgeons exubérants. C'est écarter autant qu'on le peut les complications de ce côté.

XXII. — Il faut arriver progressivement à la suppression de la canule. Dans les cas les plus favorables, elle peut avoir lieu le cinquième et même quelquefois le troisième jour. L'état de la respiration, quand l'enfant en est privé, est le meilleur signe qui permette de juger de l'opportunité de cette mesure. Une expectoration peu abondante, l'absence de toux, sont aussi des conditions favorables. Quand on supprime la canule, on observe quelquefois des troubles de la respiration et des accès de toux. On y portera facilement remède en obturant complétement, à l'aide d'une épaisse cravate, l'orifice de la plaie trachéale.

XXIII. — L'opéré doit toujours être veillé avec le plus grand soin. La garde ne doit s'écarter sous aucun prétexte quand la canule sera enlevée, et elle doit se tenir prête à solliciter la toux si la respiration s'embarrasse ou s'il arrivait des accès de suffocation.

XXIV. — Il faut nourrir l'enfant le plus substantiellement possible en flattant ses goûts. S'il refuse les aliments, on devra recourir aux boissons généreuses. A défaut, aux lavements de bouillon, d'œufs crus, de vin, etc. Il ne faut pas chercher à provoquer le sommeil tant que la toux est fréquente et l'expectoration abondante. Lorsque ces symptômes s'amendent, si l'enfant dort difficilement, faites-lui prendre le soir 10 ou 15 grammes de sirop de codéine dans la boisson qu'il préfère.

XXV. — Une fois que la canule est définitivement enlevée, la plaie sera considérée comme une plaie simple. Proscrivez complétement le diachylon, qui a l'inconvénient d'irriter la peau, surtout chez les enfants. La plaie se ferme généralement très-vite et la cicatrice qui persiste est peu étendue et peu visible au bout de quelques années.

OBSTÉTRIQUE

Céphalotribe fenêtré. — Six opérations nouvelles.

Par M. BAILLY, agrégé libre.

Dans un précédent travail sur ce sujet, j'ai donné la relation des cinq premières opérations pratiquées avec mon céphalotribe, m'engageant d'ailleurs à publier ultérieurement les trois autres faits que j'avais par devers moi. Je viens aujourd'hui remplir ces engagements. Les trois dernières opérations de céphalotripsie pratiquées par moi forment le commencement d'une nouvelle série de faits composée de six observations, dont je dois les trois dernières à l'obligeance de mes confrères MM. Chantreuil et Pignol. Je leur adresse ici tous mes remercîments, ainsi qu'à M. Petit, interne des hôpitaux, qui a rédigé

le récit d'une des deux opérations faites, avec son assistance, par mon collègue M. Chantreuil. J'ai le regret d'avoir dû, pour ne pas abuser de l'hospitalité de la *Gazette des Hôpitaux*, ne publier qu'une partie de leur travail, et me borner à extraire de leurs relations les passages relatifs à l'opération et à ses suites. Même abrégées de la sorte, j'ai l'assurance que leurs observations seront lues avec l'intérêt qu'elles méritent.

Obs. VI. — *Femme rachitique. Rétrécissement du bassin. Diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, 7 centimètres et demi. Cinq tentatives infructueuses d'extraction par le forceps. Céphalotripsie avec le céphalotribe de Bailly. Guérison.* (M. Chantreuil).

Dans la nuit du 3 au 4 avril 1874, je fus mandé d'urgence, en l'absence de MM. Tarnier et Guéniot, à l'hôpital Lariboisière, dans le service d'accouchement de M. le docteur Siredey.

Je trouvai, à mon arrivée, une jeune femme primipare, à terme et en travail. Celui-ci durait, me dirent les internes, depuis plusieurs jours. La patiente avait été assistée d'abord par une sage-femme, puis par deux médecins de la ville qui avaient fait trois applications successives de forceps, sans pouvoir extraire l'enfant. C'est alors que cette femme entra à l'hôpital où l'interne de garde fit avec le forceps une nouvelle tentative d'extraction qui resta également infructueuse. Je cherchai à me rendre compte de la cause des difficultés éprouvées par mes confrères, et ne tardai pas à reconnaître qu'il s'agissait d'un vice de conformation dû au rachitisme. Cependant je dois dire que les traces laissées par cette affection n'étaient pas très-apparentes. Il fallait quelque attention pour les découvrir. Ainsi cette femme n'était pas très-petite, la colonne vertébrale était droite; les jambes et les cuisses, examinées superficiellement, le paraissaient également. Mais en déprimant les téguments, puis en saisissant la crête du tibia entre le pouce et l'index et en la suivant de haut en bas, on reconnaissait une courbure anormale de cet os.

Les fémurs me parurent aussi plus arqués qu'à l'état normal.

Enfin on atteignit l'angle sacro-vertébral. Le diamètre sacro-sus-pubien, mesuré avant et après l'accouchement, nous parut être de 7 centimètres et demi.

L'état général de cette femme n'était pas satisfaisant; la peau était chaude, la langue sèche, et le pouls à 120. Les contractions utérines étaient très-douloureuses, et revenaient à intervalles rapprochés, mais restaient sans résultat. La dilatation était complète, les membranes rompues; la tête se présentait et se trouvait appliquée au détroit supérieur, mais non engagée dans l'excavation. Je pratiquai l'auscultation, et il me sembla entendre encore les battements du cœur du fœtus; aussi je crus devoir, dans l'intérêt de ce dernier, tenter une cinquième application de forceps. Les cuillers furent placées sur les parties latérales du bassin, sans difficulté notable; l'articulation fut assez facile; il n'en fut pas de même de l'extraction. J'exerçai des tractions énergiques, et même, je me fis aider par un des internes les plus robustes de l'hôpital; mais, malgré ces efforts, nous ne réussîmes pas à faire engager la tête. Je me décidai alors à perforer le crâne avec les ciseaux de Blot et à l'écraser avec le céphalotribe de Bailly.

L'introduction des branches se fit avec lenteur et sans plus de difficulté que pour le forceps. L'articulation fut facile. Le broyement du crâne fut poussé aussi loin que possible, et l'extraction cette fois ne nécessita pas de tractions bien énergiques.

Le crâne s'était bien vidé et se trouvait aplati complétement de la base au sommet, car les cuillers de l'instrument avaient pu être placées convenablement sur les parties latérales du bassin et avaient saisi la tête aussi complétement que possible.

L'instrument n'avait aucunement glissé ni au moment où l'on rapprocha les branches pour articuler, ni pendant les tractions.

La délivrance fut naturelle. Il n'y eut pas d'hémorrhagie après l'expulsion du placenta.

Suites de couches entièrement naturelles : l'accouchée quitte l'hôpital et retourne à pied chez elle, le 17 avril, treize jours après l'opération.

Obs. VII. — *Rétrécissement de 7 centimètres un quart. Application du forceps; insuccès. Céphalotripsie. Guérison.* (Extrait d'une observation rédigée par M. Petit, interne des hôpitaux.)

La nommée G... (Léonie), âgée de vingt-cinq ans, entre le lundi 24 août 1874, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marguerite, service de M. le docteur Peter, pour y accoucher.

C'est une femme de petite taille, à l'air un peu vieillot. Elle ne présente pas d'incurvation des tibias, ni des clavicules, mais ses fémurs paraissent plus arqués que normalement, et ses poignets sont un peu volumineux. Elle ne sait pas si elle a marché de bonne heure ou tard. Réglée à dix-huit ans, elle a toujours vu régulièrement depuis lors. Elle est devenue enceinte pour la première fois, vers le mois de novembre dernier, et la grossesse s'est passée sans aucun accident.

La petitesse de cette femme et son aspect général me firent penser tout de suite à un rétrécissement du bassin, et de fait, le toucher m'en révéla un assez considérable. Cette exploration, répétée plusieurs fois, donnait pour le diamètre antéro-sous-pubien 8 centimètres et demi à 9 centimètres, soit, défalcation faite de 1 centimètre et demi, 7 centimètres à 7 et demi pour le diamètre sacro-pubien.

Le travail débuta le dimanche 23 août, dans la soirée. La malade continua à souffrir modérément dans la journée du lundi et dans celle du mardi. Le mercredi, et surtout dans la nuit du mercredi au jeudi, les douleurs devinrent plus fortes, mais la dilatation ne marchait qu'avec une lenteur excessive. Le jeudi, le col n'avait guère que les dimensions d'une pièce de cinq francs en argent. La poche des eaux était intacte et l'enfant vivant.

Ce même jour, à neuf heures du soir, la dilatation du col était complète. Après une double application infructueuse de forceps, pendant laquelle deux personnes exercent simultanément des tractions énergiques sur l'instrument, M. Chantreuil redoutant d'exposer la mère en insistant plus longuement sur l'emploi du forceps, se décida à pratiquer la céphalotripsie.

Le perce-crâne de Blot fut introduit entre les branches du forceps laissé en place, et le crâne fut perforé. Une tentative d'extraction effectuée ensuite avec le forceps étant restée sans résultat, M. Chantreuil enleva ce instrument et fit une seconde perforation. Le céphalotribe de Bailly fut alors appliqué sans accident digne d'être noté, et quelques instants plus tard on amena un enfant du sexe féminin bien conformé et paraissant à terme. Les cuillers avaient saisi très-solidement la tête dans toute sa hauteur suivant le diamètre bi-auriculaire à peu près, et leur bec était profondément imprimé sur les côtés du cou. Un écoulement sanguin assez abondant s'était produit pendant ces manœuvres.

La délivrance tardant à se faire, on dut aller chercher le délivre avec la main.

Ce travail, compliqué encore d'opérations multiples et fatigantes, fut suivi de rétention d'urine, de métrite et d'accidents. L'opérée se rétablit pourtant et pouvait quitter l'hôpital à la fin du mois de septembre.

Obs. VIII. — *Rétrécissement du bassin nécessitant la céphalotripsie. Application du céphalotribe fenêtré.* (Communiquée par M. le docteur Pignol.)

Je fus appelé le 20 novembre 1874 au matin, par Mme Pérignon, sage-femme, auprès d'une de ses clientes, la femme X... en travail d'accouchement depuis six heures. Cette femme, âgée de vingt-quatre ans, de petite taille et d'apparence chétive, paraît bien conformée et jouit d'une bonne santé. Elle est primipare à terme. Les douleurs, qui s'étaient succédé régulièrement jusque-là, commençaient à s'espacer au moment de mon arrivée, et l'état général de la patiente, se ressentait de ce long et infructueux travail : pouls à 115, vomissements verdâtres incessants. Présentation du vertex, en position O. J. D. T. Tête au détroit supérieur, dilatation incomplète. Rupture des membranes depuis le 18, à dix heures du soir. Enfant vivant.

Après avoir débridé le col par trois incisions, je fais une première application de forceps qui reste sans effet malgré des tractions très-énergiques. Une seconde application fut faite le lendemain matin, à huit heures, sans plus de succès. La malade est agitée et vomit continuellement. Pouls à 120.

Il y avait évidemment chez cette femme une étroitesse du bassin, mais le degré du rétrécissement ne pouvait être exactement apprécié, car la mensuration était rendue impossible à ce moment par le volume de la bosse sanguine, et l'engagement au détroit supérieur d'une petite portion du sommet.

Jugeant qu'il n'y avait plus à compter sur la vie de l'enfant, dont les battements du cœur s'entendaient faiblement, et conformément aussi à l'avis de M. le docteur Bailly, qui voulut bien dans cette circonstance m'aider de ses conseils, je me décidai à faire la céphalotripsie. Après l'administration du chloroforme et la perforation du crâne, j'appliquai sans difficulté les branches du céphalotribe fenêtré. La tête, parfaitement saisie, fut broyée complétement du premier coup, ce qui me permit de faire assez facilement l'extraction d'un enfant volumineux, du poids de 4 kilogrammes.

Le diamètre antéro-postérieur du bassin a été évalué à 9 centimètres par M. le docteur Bailly. Suites de couches normales.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 mai 1875. — Présidence de M. LE FORT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. Lucas-Championnière pose sa candidature à la place de membre titulaire.

M. LARREY dépose, au nom de MM. Van Burel et Keyes (de New-York), un *Traité pratique des maladies chirurgicales des organes génito-urinaires, comprenant la syphilis.*

MM. Rigaud (de Nancy), membre honoraire, Prestat (de Pontoise) et Cazin (de Boulogne), membres correspondants, assistent à la séance.

COMMUNICATIONS

M. LE DENTU communique une note de M. Rufz de Lavyson, sur trois faits de hernie ombilicale étranglée opérée par un procédé qui lui est particulier. M. Rufz fait une première incision d'une petite étendue *immédiatement au-dessous du sac,* puis, après avoir fait glisser la peau autant que possible vers la région épigastrique, il en fait une seconde sur la ligne blanche, *au-dessus du pourtour du collet du sac,* qui permette seulement l'introduction de l'index; enfin, sur la pulpe du doigt recourbée en crochet, il fait glisser un bistouri courbe et sectionne l'étranglement de dedans en dehors. M. Rufz de Lavyson a obtenu trois succès sur trois opérés. Ces trois cas étaient remarquables en ce qu'il n'y avait pas d'adhérence entre l'intestin hernié et le sac; M. Le Dentu fait remarquer que, s'il y avait adhérence, on pourrait laisser la hernie non réduite, pourvu que l'étranglement ait disparu. Le point important de ce procédé est de réaliser autant que possible une plaie sous-cutanée.

M. PRESTAT a opéré le malade porteur d'une tumeur volumineuse du scrotum, qu'il avait présenté à la société 20 janvier dernier. Après avoir ponctionné la tunique vaginale et évacué un litre et demi d'un liquide un peu louche et fortement albumineux, il a pu s'assurer que le cordon ne portait aucune tumeur et que rien n'annonçait l'envahissement des ganglions abdominaux.

L'ablation de la tumeur solide eut lieu deux jours après, en présence de MM. Marjolin et Larrey. Une partie de la peau qui la recouvrait, déjà revenue sur elle-même depuis la ponction, fut enlevée avec la tumeur de manière à faire une plaie ovalaire, puis les artères du cordon liées. Pansement cérat. Une petite bande de peau de 8 centimètres de longueur se gangrena dès les premiers jours et s'élimina sans que la gangrène s'étendît davantage. Vers le vingtième, un abcès se développa du côté gauche des bourses, au-dessous du côté sain, et fusa vers le périnée.

Mais ces accidents n'eurent pas de suite, et au bout de huit semaines, la cicatrisation était complète. Il ne reste aujourd'hui qu'un peu d'engorgement de la peau du côté droit. Le malade marche facilement et a fait, il y a quinze jours, 10 kilomètres à pied pour venir se présenter à M. Prestat.

M. Paulet a fait l'examen histologique de la tumeur à l'état frais et après durcissement dans l'acide nitrique. Elle présentait des lobes distincts, séparés par des cloisons fibreuses, qui étaient les trabécules de l'albuginée épaissis mais non altérés. Quant aux lobes logés dans ces larges alvéoles, ils présentaient des aspects différents et pouvaient être rangés en trois groupes :

1° Du tissu embryo-plastique, rouge, d'apparence musculaire;

2° Du tissu fibro-plastique, jaune, où les éléments étaient plus avancés dans leur développement;

3° Des cellules embryonnaires. M. Paulet n'a pas rencontré de canalicules spermatiques dans les coupes qu'il a faites.

M. CAZIN a observé sur une femme de soixante-deux ans un anus contre-nature avec invagination, datant de plus de trente ans. En juillet 1839, cette femme fut traitée pour une tumeur du flanc droit prise pour un abcès des ligaments larges. Trois semaines après, une ponction ayant été faite, il en sortit du pus sans odeur stercorale, et des petits corps du volume d'un grain de raisin dit la malade. Il resta une fistule, par laquelle elle vit une fois sortir un noyau de cerise. Petit à petit, il se fit un prolapsus de la muqueuse, qui présentait de temps en temps une congestion marquée paraissant suppléer les règles, qui n'ont jamais reparu. La malade réduisait elle-même ce prolapsus.

Le 27 décembre, il fut impossible de le réduire. Un lavement procura une selle naturelle. L'anse intestinale ressemblait à la muqueuse du prépuce dans un ancien paraphymosis. Le bout inférieur cessa de fonctionner.

M. Cazin la vit vingt ans après. L'intestin faisait une saillie considérable, sous la forme d'une tumeur cylindrique de 25 centimètres de longueur, ressemblant à un boudin perforé venant pendre sur la partie supérieure de la cuisse, et livrant passage aux matières digérées. Elle n'était pas douloureuse au toucher. L'excitation, le froid, y faisaient naître des mouvements vermiculaires. Elle présentait un aspect tomenteux dû à la saillie des follicules clos. La défécation avait lieu à la suite d'un besoin inconscient; cependant il n'y avait pas véritable incontinence. M. Cazin a pu assister à cet acte et en observer le mécanisme. Le cylindre se raccourcit surtout par l'extrémité supérieure, le diamètre augmente et le bout inférieur sort davantage. Puis des mouvements péristaltiques en font sortir une sorte de mécanisme sans odeur et dont l'aspect varie d'après les aliments qui ont été pris.

C'était, en résumé, une invagination de l'intestin dans un anse contre-nature; mais de quelle partie de l'intestin? L'absence d'odeur et d'acidité des matières et l'amaigrissement considérable font rejeter l'idée d'un prolapsus du gros intestin.

Mais la persistance de la vie pendant un temps considérable, jointe à l'examen direct de la partie d'intestin visible indique, qu'une grande partie de l'intestin grêle a conservé ses fonctions. C'est donc à la dernière portion de l'iléon que M. Cazin rapporte cet anus contre-nature, au moins un mètre avant la valvule iléo-cœcale.

En examinant la partie inférieure de l'intestin, M. Cazin l'a trouvé rétréci, mais encore perméable. Quelques mucosités s'en écoulaient. Il avait entrepris des expériences sur les réactions des liquides intestinaux indépendamment de la bile et du liquide pancréatique, mais la malade mourut quinze jours après l'examen qu'il en avait fait. L'autopsie n'a pu avoir lieu.

LECTURE

M. T. ANGER lit, à l'appui de sa candidature, une note sur les injections sous-cutanées d'ésérine dans le traitement du tétanos. (Commis.: MM. Cruveilher, Duplay, Panas.)

RAPPORT

M. NICAISE fait un rapport sur une observation d'hydrorachis traitée avec succès par la ligature élastique, par M. Laroyenne (de

Lyon), et lue dans la séance précédente par M. Polaillon. Il s'agit d'un enfant de trois mois. L'hydrorachis siégeait au niveau de la première et de la deuxième vertèbres dorsales. Son diamètre était de 15 à 16 centimètres. M. Laroyenne a traversé la base de la tumeur par deux épingles qu'il a enlevées aussitôt la ligature posée. Dès le lendemain, la tumeur s'était affaissée par suite de la sortie du liquide au niveau des points amincis de la peau. La guérison a été complète.

Après une discussion sur les chances qu'offre cette opération d'après le plus ou moins de réductibilité de la tumeur, d'après son siége, et d'après son contenu, discussion à laquelle prennent part MM. Blot, Giraldès, Houël, Desprès et Dubrueil, la société, conformément aux conclusions de M. le rapporteur, vote des remercîments à l'auteur et décide que son observation sera insérée aux *Bulletins*.

COMMUNICATION

M. PANAS a observé, dans son service, chez un individu atteint d'accidents nerveux graves, et qui succomba le lendemain de son entrée, *une perte complète des mouvements d'horizontabilité des deux yeux*, l'élévation et l'abaissement persistant. Ce malade éprouvait une douleur vive de la moitié gauche de la tête et des crampes dans les membres; l'intelligence et la sensibilité étaient intactes; les pupilles largement dilatées. Diminution de l'acuité visuelle. M. Panas a observé un cas analogue, à Saint-Antoine, il y a six ou sept ans. L'intelligence était intacte, il n'y avait pas de paralysie, excepté une immobilité absolue des yeux. Ces faits singuliers ne sont pas bien expliqués par les lésions nerveuses. Dans le cas que M. Panas vient d'observer, il y avait paralysie des deux troisièmes paires et des deux muscles droits internes de l'œil. On connaît le strabisme dépendant des lésions des pédoncules cérébraux, du pont de Varole, du plancher du quatrième ventricule. Mais chez ce malade il n'y avait aucune lésion des hémisphères, ni de la protubérance, ni des tubercules quadrijumeaux, ni enfin des pédoncules cérébraux et cérébelleux. C'est dans le cervelet que M. Panas a trouvé la cause de ces accidents.

La lobe gauche, au niveau du *vermis inferior*, était le siége d'une méningo-encéphalite avec ramollissement de l'écorce grise, adhérence des méninges et épanchement d'une petite quantité de liquide. C'est un fait rare, dont on ne possède pas d'observation, que cette paralysie du mouvement des yeux correspondant à une lésion du cervelet, qu'on savait présider à la coordination des mouvements, mais pas à celle des mouvements synergiques des yeux.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. VERNEUIL, qui n'a pu assister à la séance, fait présenter par M. Martinet un malade auquel il a fait, le 24 novembre dernier, la résection de l'astragale, et de l'extrémité inférieure du péroné, pour une luxation. Ce malade peut marcher avec un soulier élevé. L'observation se trouve dans la thèse de M. Du Bourg.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 mai 1875. — Présidence de M. WOILLEZ.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATION

Isolement des varioleux. — M. MOISSENET apprend à la société que l'administration de l'Assistance publique a institué, à l'hôpital temporaire de la rue de Sèvres, un service d'isolement pour les varioleux, aussi complet que possible, et ne laissant rien à désirer. Il s'y trouve actuellement vingt et un varioleux, dont la plupart sont des convalescents. A la Pitié et à Saint-Antoine, il existe également des services d'isolement, mais moins bien organisés. Il n'y a d'ailleurs pas plus que trois ou quatre varioleux dans chacun de ces hôpitaux. Enfin à Vincennes et au Vésinet vont être installés aussi des services d'isolement pour les convalescents de variole.

M. VIDAL rappelle qu'en 1864, ces services de Vincennes et du Vésinet, pour les convalescents de variole, existaient déjà; seulement on les y envoyait en chemin de fer, et les vagons qui avaient été occupés par eux étaient immédiatement après livrés au public, ce qui était évidemment un moyen de propagation de la variole. M. Vidal pense qu'aujourd'hui, si l'on envoie des varioleux à Vincennes et au Vésinet, on prendra d'autres mesures.

M. FÉRÉOL appelle de nouveau l'attention sur la maison municipale de santé où il est impossible de séparer les malades, fussent-ils varioleux, de telle sorte qu'il existe déjà dans cet hôpital un petit foyer qui a bien son importance. En effet, non-seulement on ne peut séparer les varioleux, mais on ne peut même pas empêcher leurs parents ou leurs amis de venir les visiter. Il y en a trois cas actuellement; et récemment il en est mort un quatrième qui présentait une variole confluente des plus intenses. M. Féréol pense donc qu'il y aurait lieu d'instituer un service payant pour ceux qui se présentent à la maison de santé. Malheureusement ce service d'isolement est absolument impossible à établir dans la maison même, où la place fait défaut.

LECTURE

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL lit, au nom de M. Léon Colin, un travail sur l'isolement des varioleux.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. VIDAL présente un malade atteint de sclérodermie lymphatique. (Sera publié.)

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

A propos de gynécologie.

Voici le fait le plus fantastique que l'on puisse voir. Il a été reproduit gravement par le journal anglais *The Lancet*.

On peut se demander, en le lisant, si ce n'est pas un *canard*, ou si le docteur Capers n'est pas un naïf. Dans le premier cas, ce serait un échantillon remarquable de l'imagination américaine, et la *Gazette* pourrait le livrer à ses lecteurs comme pièce humoristique; dans le second, notre confrère transatlantique, ayant eu le courage de publier son observation, en endosserait la responsabilité. Enfin les personnes compétentes auraient à voir si le fait est impossible. Quant à nous, nous avouons que les questions de grossesse nous paraîtront toujours suspectes, et que le dénoûment de ce cas particulier nous semble assez curieux et digne d'un roman qui finit bien. — Dr D. G.

Voici une observation gynécologique étonnante que nous trouvons dans les colonnes du *The American medical Weekly* du 7 novembre 1874, sous la signature du docteur L. G. Capers, Vicksburg (Missouri).

Les lecteurs ne manqueront pas de remarquer le ton modeste sur lequel l'auteur commence la description de ce fait. L'observation est si intéressante que nous ne pouvons nous empêcher de la reproduire *in extenso* :

Notes extraites du journal d'un chirurgien militaire et des hôpitaux, C. S. A.

« Qu'il est commun aujourd'hui, et en même temps naturel, d'entendre certains hommes raconter les histoires étonnantes qui leur sont arrivées à la guerre, leurs charges désespérées, les dangers où ils ont frisé la mort de si près, les exploits personnels qui ont coûté la vie à tant de victimes, etc., etc.! Puis il n'est pas de chirurgien qui n'ait accompli un grand nombre d'opérations prodigieuses, auparavant sans exemples dans les annales de la science!

« Jusqu'ici je me suis abstenu de porter à la connaissance du public, et plus particulièrement à celle de la profession, aucun de mes exploits audacieux ou de mes opérations remarquables; aujourd'hui

même j'éprouve un certain scrupule à publier le cas étonnant qui va suivre, et ce n'est que le sentiment de mes devoirs envers mes confrères qui peut m'y décider. Beaucoup d'entre eux jugeront, sans doute, ces faits extraordinaires ou impossibles ; à ceux-là je me contenterai de dire : S'ils ne sont pas possibles, dites-moi pourquoi.

« Voici les preuves :

« Le 12 mai 1863, se livrait le combat de R... Le général de brigade G... avait rencontré l'armée de Grant, commandée par le général L..., à environ 1 mille du village de R... A 300 mètres, à peu près, en arrière de mon régiment, se trouvait une belle résidence, habitée par une mère de famille, ses deux filles et des domestiques (le père se trouvant dans l'autre armée). Vers trois heures de l'après-midi, au moment où la bataille éclatait dans toute sa fureur, la dame en question et ses deux filles (âgées l'une de quinze ans, l'autre de dix-sept), remplies d'intérêt et d'enthousiasme, se tenaient bravement en avant de leur maison, disposées à soutenir ceux de leurs compatriotes qui pourraient se trouver blessés dans l'horrible mêlée.

« Nos hommes se battaient noblement ; mais, accablés par des forces supérieures, ils avaient été peu à peu refoulés à 150 mètres de l'habitation. Ma position m'obligeait de rester près de mon régiment; je vis tout à coup un de mes amis, noble et vaillant jeune homme, lâcher pied, puis tomber à terre. Au même instant, un cri perçant, parti de la maison, vint frapper mes oreilles ! Je fus bientôt près du jeune soldat et constatai, après examen, qu'il avait une fracture composée et très-comminutive du tibia gauche. Ce n'est pas tout, la balle ayant ricoché de la jambe avait, dans sa course, traversé le scrotum et emporté le testicule gauche. A peine avais-je fini de panser les blessures de ce malheureux camarade que l'estimable *matronne* accourait à moi, dans la plus grande désolation, pour me prier de venir au secours d'une de ses filles qui avait, disait-elle, été gravement atteinte quelques minutes auparavant. Ayant gagné la maison en toute hâte, je trouvai, en effet, la fille aînée très-sérieusement blessée. Une balle Minnié lui avait traversé la paroi abdominale du côté gauche, à une distance à peu près égale de l'ombilic et de l'épine iliaque antérieure, et s'était perdue dans le ventre, en laissant derrière elle une plaie déchiquetée. Je n'avais que peu ou point d'espoir de guérison, et n'eus que le temps de lui prescrire un calmant, quand notre armée se replia, abandonnant à la fois le champ de bataille et le village au pouvoir de l'ennemi.

« Je demeurai avec mon blessé au village de R..., et j'eus ainsi l'occasion de visiter la jeune fille le lendemain et, par intervalles, pendant une période de près de deux mois. Au bout de ce temps, elle s'était complétement rétablie, sans symptômes fâcheux durant le traitement, et, à part une péritonite grave, elle semblait presque aussi bien que jamais.

« Six mois environ après sa guérison, les mouvements de notre armée me ramenèrent encore une fois au village de R..., on me pria de visiter de nouveau la jeune demoiselle. Elle paraissait jouir d'une santé et d'une humeur excellentes, mais son abdomen avait pris un volume énorme, au point de ressembler à une grossesse de sept à huit mois. Et certes, si je n'avais connu la famille et les circonstances de la blessure abdominale, j'aurais affirmé que tel était le cas. Ce que je savais m'empêcha de donner un diagnostic positif, et je me déterminai à surveiller le fait. C'est ce que je fis.

« Deux cent soixante-dix-huit jours juste à partir de la date de la blessure produite par la balle Minnié, je délivrai cette même jeune fille d'un beau garçon pesant 8 livres. Je ne fus pas très-surpris ; mais jugez de l'étonnement et de la mortification de la demoiselle elle-même et de toute sa famille ! Il est plus facile de l'imaginer que de le décrire. Bien que l'examen pratiqué par moi avant l'accouchement m'eût montré l'hymen intact, je n'ajoutai aucune foi aux protestations vives et réitérées de la jeune fille en faveur de son innocence et de sa pureté virginale.

« Trois semaines environ après cette naissance remarquable, je fus appelé à voir l'enfant, dont les *parties génitales présentaient*, au dire de la grand'mère, *quelque chose d'insolite*. L'examen me permit de constater que le scrotum était augmenté de volume, tuméfié et douloureux, contenant du côté droit une substance dure, inégale, évidemment étrangère. Je me décidai à l'extraire sur-le-champ, et l'opération fit sortir du scrotum une balle Minnié écrasée et déformée comme si, dans son trajet, elle avait heurté quelque corps dur et résistant.

Essayer de dépeindre mon étonnement serait impossible ! Ce qui, d'après les lignes qui précèdent, peut déjà paraître simple à mes lecteurs, était alors pour moi un fait mystérieux. Ce ne fut qu'après plusieurs jours et plusieurs nuits de réflexion et d'insomnie qu'une solution me jaillit à l'esprit, solution qui m'est toujours apparue depuis aussi claire que la lumière du midi.

« Qu'est-ce à dire ? La balle que j'avais retirée du scrotum de l'enfant était identiquement la même que celle qui, le 12 mai, avait fracassé le tibia de mon jeune ami et qui, dans son état mutilé, lui avait enlevé le testicule, emportant avec elle des particules de semence et des spermatozoaires dans l'abdomen de la jeune fille, puis, traversant son ovaire gauche, était entrée dans l'utérus pour la féconder de la sorte. Impossible d'expliquer autrement le phénomène. J'exprimai ces convictions à la famille, puis, sur ses sollicitations, j'allai trouver mon ami, le militaire, pour lui exposer le cas dans sa plénitude et sous son vrai jour. Tout d'abord, il se montra naturellement incrédule, mais finit par se décider à visiter la jeune mère. Qu'il fût convaincu ou non, il ne tarda pas à l'épouser, le petit enfant n'ayant pas encore atteint son quatrième mois.

« Pour donner au fait un nouvel intérêt, j'ajouterai que j'ai reçu, l'an dernier, une lettre m'annonçant une heureuse union et trois enfants, dont aucun ne ressemble, à un degré aussi prononcé que le premier, à notre héros, le père de famille. Dr Darin, *trad.*

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.290
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0:750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.285
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Élixir de Roussy, à la Coca, à la Pepsine et à la Diastase.

La Coca prévient et atténue l'action locale irritante de la Pepsine et de la Diastase, et permet aux estomacs, même les plus délicats, de faire, sans aucun danger, un usage régulier et continu de ces deux principes indispensables à l'accomplissement régulier des phénomènes chimiques de la digestion.

Préparation **tonique** et **digestive**, d'un goût exquis, d'une efficacité remarquable, destinée à rendre de grands services à la thérapeutique. Employée avec succès contre les **douleurs d'estomac**, les **mauvaises digestions**, les **dyspepsies, gastralgies, vomissements**, dans les **maladies débilitantes**, enfin dans tous les cas où l'appareil digestif fonctionne mal.

Dépôt central à la pharmacie, rue Hoche, 9, à Versailles. — Dépôt à Paris (vente en gros), Marchand, 220, r. Saint-Martin. — Se trouve dans toutes les pharmacies. — Prix : 4 francs la bouteille.

Pilules de Blancard, approuvées par l'Académie de médecine de Paris.

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Blancard

Se trouvent dans toutes les pharmacies. *Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO. PHTHISIES, *Anémie*, **Rachitisme**, DIABÈTE, *Diarrhée*, **Cachexies**, *Albuminurie*, *la* **Convalescence**, *l'épuisement*. (*Gros*), 8, *r. Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

La Motte-les-Bains. Salines thermales. — Près Grenoble (Isère).

Ouverture du 1er juin au 15 septembre.

Plus de deux siècles de renommée. Cures presque merveilleuses. Rhumatismes en général et paralysies, hydarthroses, coxalgies, tumeurs blanches, maladies des os, contractures, fausses ankyloses, stérilité, maladies utérines, scrofules, engorgements, indurations, etc.

Pour les eaux transportées, s'adresser au gérant C. CAILLAT.

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

EAU QUINQUINA, PYROPHOSPHATE DE FER

Oranges amères et malaga

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

VIN DE G. SEGUIN

TONIQUE & FÉBRIFUGE

« Ce Vin remplace avec avantage toutes les préparations de Quinquina. » (Rapport de l'Académie de Médecine).

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue Saint-Honoré.

CONTREXÉVILLE

(SOURCE DU PAVILLON)

CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT

DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

SIROP DE DIGITALE

DE LABÉLONYE

Excellent sédatif et puissant diurétique employé avec un succès constant depuis plus de 30 ans par les médecins de tous les pays contre les maladies organiques ou non organiques du cœur, les diverses hydropisies et la plupart des affections de poitrine et des bronches : PNEUMONIE, CATARRHES PULMONAIRES, ASTHMES, BRONCHITES NERVEUSES, COQUELUCHE, etc.

A la pharmacie, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*) à Paris, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

SOLUTION COIRRE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX

24, r. du Regard, Paris, et pharmacies

SIROP et VIN

Pour les personnes qui ne doivent pas en faire un long usage.

VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE

de Ad. CARPENTIER, pharmacien, à Paris

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. LE FLACON, 3 fr. 61, BOULEVARD MALESHERBES ET TOUTES LES PHARMACIES.

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLLET (CHLORATE DE POTASSE)

Contre les maladies de la gorge, de la voix et de la bouche

PHARMACIE **DETHAN**, Faubourg Saint-Denis, 90, à Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

CAPSULES ET SACCHARURE A L'EXTRAIT ALCOOL. ÉTHÉRÉ DE **CUBÈBE**

LES CAPSULES s'emploient avec succès contre : **Angines diphthéritiques, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;** le SACCHARURE contre le **Croup.**

La Pharm. DELPECH, rue du Bac, 23, Paris, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS

DIGITALINE CRISTALLISÉE

PRINCIPE PUR, DÉFINI DE LA DIGITALE

DÉCOUVERT PAR A. NATIVELLE, PHARMACIEN

Prix Orfila de 6,000 francs

Décerné par l'ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 19 mars 1872

Se prescrit en **Granules** et en **Sirop**. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — Dans toutes les pharmacies. — DÉTAIL : rue Coquillière, 25. — GROS : rue de la Perle, 11.

PILULES DE LOUVARD

AU FER *PUR* (LIMAILLE DE FER BRILLANTE) **INALTÉRABLE ET A L'ABSINTHE**

A la dose de neuf par jour, en trois fois, une heure avant le repas, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et celle dont l'action est la plus rapide dans la chlorose et l'anémie. Quels que soient les désordres de l'estomac, elle est toujours bien tolérée, et, sous son influence, les fonctions digestives sont rétablies en quelques jours.

Pharmacie **LOUVARD**, rue Royale, 60, à **Versailles.** — Vente au détail, pharm. GUINHAEBERT, 108, r. de Grenelle-Saint-Germain, Paris, et dans les principales pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'ordre du jour d'hier appelait la reprise de la discussion sur le scorbut, depuis longtemps interrompue. M. Villemin s'acheminait vers la tribune lorsque M. Fauvel a demandé la parole à l'occasion du procès-verbal, pour un mot seulement, et une bonne demi-heure s'était écoulée lorsqu'il a regagné sa place. C'était le temps qu'il lui avait fallu pour réduire à néant les revendications faites dans la précédente séance par M. Bonnafont. M. Fauvel est dur envers tous ceux qui ont le malheur de ne pas penser exactement comme lui en matière de choléra, il l'a prouvé déjà dans bien des circonstances. Mais comment qualifier cette hauteur dédaigneuse avec laquelle il traite non plus ses adversaires, mais ceux-là même qui viennent se féliciter aujourd'hui d'avoir exprimé longtemps avant la conférence de Constantinople quelques-unes des idées qu'il y a fait lui-même prévaloir ! Que ces idées n'eussent pas alors toute la maturité et toute la portée pratique qu'a pu leur donner depuis une étude plus réfléchie et plus approfondie de la question, c'est ce que M. Fauvel a parfaitement démontré, sans doute, à l'aide de documents très-intéressants et de quelques détails même très-piquants empruntés à l'histoire de la conférence. Mais y avait-il là de quoi agiter tous ses foudres sur la tête de M. Bonnafont et sur la mémoire de ce pauvre Roche, qui eût été quelque peu surpris, sans doute, s'il avait pu entendre M. Fauvel, de se voir prendre en flagrant délit de naïveté. M. Bouillaud (M. Bonnafont étant absent en ce moment) n'a pu s'empêcher de faire remarquer à M. Fauvel qu'il le prenait d'un peu haut avec ses collègues.

Après M. Fauvel, M. Davaine est monté à la tribune pour lire un rapport, — la lecture d'un rapport primant les discussions. — Ce rapport devait être court, a dit M. le président en se tournant du côté de M. Villemin ; sa lecture et la petite discussion qui l'a suivie ont duré environ une heure, c'est-à-dire le reste de la séance. Hâtons-nous de dire qu'elles n'ont manqué d'ailleurs ni l'une ni l'autre d'intérêt. On connaît les belles recherches de M. Davaine sur les maladies charbonneuses et sur le rôle qu'il y assigne aux bactéridies et les déductions pratiques qu'il en a tirées. M. Raimbert, qui a coopéré à quelques-unes de ces recherches, avait communiqué à l'Académie la relation de quelques cas d'application heureuse des injections de matières antivirulentes proposées par M. Davaine. C'est sur ces résultats confirmatifs de ses recherches que M. Davaine avait à faire un rapport. On en trouvera un court résumé dans le compte rendu de la séance, ainsi que des quelques observations qu'elles ont suggérées à MM. Colin, Bouley et Reynal... Quant à la discussion sur le scorbut, ce sera pour la séance prochaine, si rien ne vient l'entraver de nouveau. Dr BROCHIN.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

La mission de Pékin, pour l'observation du passage de Vénus, avait été confiée à des officiers de marine. M. Fleuriais, chef de cette mission, est présent à la séance, et avant de lui accorder la parole, M. Fremy, président de l'Académie, rend hommage au corps de la marine « dans lequel on trouve, si heureusement alliées, les connaissances du savant et les qualités du soldat ».

La relation de M. Fleuriais est intéressante à plus d'un titre. Le but essentiel de la mission a été atteint d'une façon satisfaisante, malgré l'inconstance du temps pendant les observations. « Le nombre seul des photographies a souffert, dit M. Fleuriais, et, quant aux contacts, M. Bellanger et moi croyons pouvoir affirmer qu'un œil plus régulièrement dégagé n'aurait en rien augmenté la précision des heures obtenues. »

Parmi les particularités curieuses du récit de M. Fleuriais touchant le voyage et le séjour de la mission en Chine, nous relevons les suivantes :

De Tien-tsin à Tung-châo, quatre jonques servirent au transport du personnel et du matériel sur le Peï-ho. « La navigation, dit M. Fleuriais, se fit à la cordelle et à la voile, excepté au départ de Tien-tsin et aux approches de Pékin, points sur lesquels l'encombrement inouï, produit par la réunion d'un nombre incalculable de bateaux de rivière, oblige à n'avancer que mètre à mètre, à coups de perche quelquefois, à force de bras et de jambes le plus souvent.

« Inutile d'ajouter que, dans ces dédales, on n'avance qu'au milieu d'un concert de cris aigus et d'injures heureusement impossibles à comprendre. Après de nombreux échouages sans gravité, l'escadrille arriva à Tung-châo, ville fortifiée, distante de 25 kilomètres environ de la capitale. »

Pour arriver à Pékin, il fallait abandonner le Peï-ho. Trois moyens de communication se présentaient à nos explorateurs : une route défoncée par les dernières inondations ; une seconde route dallée sur toute sa longueur, qui *jadis* dut être magnifique, mais impraticable pour le moment ; et enfin un canal à écluses, mais sans porte et sans prise d'eau. « Pour un matériel

aussi délicat que le nôtre, dit M. Fleuriais, un seul procédé de transport était applicable... le transport à bras. Heureusement les Chinois ont élevé ce mode à la hauteur d'un art.

Cent cinquante coolies, divisés par escouades, chaque escouade marchant au pas cadencé sur un rhythme chanté par un chef, transportèrent en vingt-quatre heures tout le matériel.

Nous avons surveillé, parce que c'était notre devoir, mais cette précaution était bien inutile. Les entrepreneurs, en Chine, sont responsables pécuniairement, et, chose à noter, ils payent sans discussion. A l'ouverture des caisses, les instruments étaient intacts. Décidément la Chine a quelquefois du bon.

L'observatoire fut construit dans le jardin de la légation. M. Fleuriais insiste pour reconnaître le concours empressé qu'il a trouvé dans tout le personnel de l'ambassade, et l'accueil particulièrement sympathique du gouvernement chinois.

« Sous ce rapport, dit M. Fleuriais, les renseignements que j'ai à donner sont bien contraires aux craintes que l'on était peut-être en droit de concevoir.

« Dans le courant de novembre, chose curieuse pour ceux qui connaissent le caractère réservé des grands dignitaires chinois, S. A. le prince Kong n'avait pas dédaigné de venir à l'observatoire, accompagné des membres du Tsang-li-Yamen, pour constater, par ses propres yeux, que les instruments européens permettent de voir les étoiles et les planètes en plein jour.

« Pendant toute la durée du passage, le grand mandarin Chung-ho, le même qui fut envoyé en France à l'occasion des massacres de Tien-tsin, ne quitta pas de vue les instruments et dressa procès-verbal, par ordre de l'empereur, de toutes les phases du phénomène.

« Enfin, quelques jours après le 9 décembre, les impératrices douairières me firent demander, par l'intermédiaire du prince Kong et de M. le comte de Rochechouart, une photographie du passage. Je dois vous avouer, messieurs, que, sur le conseil du ministre, je n'ai pas cru devoir refuser.

« Une visite en grande pompe à l'observatoire chinois, où se trouvent encore en parfait état les magnifiques instruments établis par les anciens jésuites, une lettre de remercîments et un souvenir dont la valeur ne réside que dans la présence du chiffre impérial, ont constitué la réponse à notre envoi. »

Il faut être doué d'une certaine façon et savoir s'y prendre d'une certaine manière pour mériter l'honneur de semblables réponses.

Retenue par les glaces qui encombraient le Peï-ho, la mission scientifique ne perdit pas son temps. Pendant deux mois de loisir forcé, M. Lapied parvint à lever le plan de la ville de Pékin en payant les gardiens des murailles. Il résulte de ce plan que la ville de Pékin (villes tartare et chinoise réunies) mesure 8,473 mètres de longueur dans le sens nord-sud, sur ne largeur moyenne de 7,000 mètres. La muraille, formant enceinte continue, a 33 kilomètres de tour. Neuf doubles portes monumentales donnent accès dans la ville tartare.

— MM. Gallois et Hardy adressent à l'Académie la relation de quelques expériences sur l'écorce de mancône. Cette écorce, employée par diverses peuplades de l'Afrique tropicale pour empoisonner les flèches, se présente sous forme de morceaux aplatis, irréguliers, d'un brun rougeâtre, à surface inégale. Elle est dure, fibreuse, inodore, et détermine de violents éternuements quand on la pulvérise. L'arbre qui la fournit, l'*Erytrophlœum Guineense*, appartient à la famille des Légumineuses, sous-famille des Césalpinées, série des Dimorphondrées; il peut atteindre 30 mètres de hauteur et 2 mètres de diamètre.

Il résulte des essais que les auteurs ont pratiqués sur des grenouilles, sur des côbayes et sur de jeunes chats, que la solution concentrée de cette écorce, introduite sous la peau, détermine le ralentissement, puis la cessation des battements du cœur, qui s'arrête en systole. Dr Édouard FOURNIÉ.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Nature de la tétanie ou contracture des extrémités.

Il y a deux espèces de contractures, les unes qui accompagnent les maladies du cerveau et des méninges, telles que la méningite et l'encéphalite, et les autres qui s'observent dans la convalescence du choléra et des maladies aiguës typhoïdes chez les nourrices, ou dans les entérites légères. Ces dernières sont plus particulièrement connues sous le nom de *contracture essentielle des extrémités.* Corvisart leur a donné le nom de *tétanie*, qui est assez fréquemment employé. Je ne veux parler aujourd'hui que de celles-là pour en étudier la nature et le traitement.

Si l'on mourait souvent de tétanie, la science serait fixée sur la cause anatomique du mal, mais cela n'arrive jamais. Il n'y a qu'une maladie accidentelle, intercurrente, qui puisse donner l'occasion de faire quelques recherches anatomo-pathologiques sur cette maladie. C'est ce qui vient d'arriver à l'enfant pour lequel je prends aujourd'hui la parole devant vous. Cette petite avait de la contracture et de la diarrhée. La diarrhée l'a fait périr et cela m'a permis, une fois de plus, d'examiner les altérations de la méninge spinale et de la moëlle épinière qui déterminent la contracture faussement qualifiée d'essentielle. Voici d'abord le fait, et je comparerai ensuite ses résultats aux faits analogues et antérieurs que j'ai observés ou que possède la science.

Tétanie. — Diarrhée. — Hémorrhagie méningée spinale. — D... Jeanne, âgée de deux ans, entrée le 15 avril, morte le 11 mai 1874.

Cette enfant, malade depuis quinze jours, a de la diarrhée, plusieurs évacuations jaunes quotidiennes, et maigrit d'une façon notable. Elle ne tousse pas et ne présente aucune altération des bruits respiratoires. De temps à autre elle a de la contracture des mains et des pieds. Peu d'appétit, pas de fièvre.

A l'hôpital, je constate l'existence de la diarrhée et des contractures, qui ne sont pas très-intenses, qui sont passagères et qui durent quelques heures ou un jour. Elles disparurent définitivement le 3 mai; mais la diarrhée persista, et l'enfant, de jour en jour plus faible, mourut sans souffrance apparente.

Autopsie. — Le cerveau et les méninges cérébrales ne présentent pas de lésion appréciable. Mais à la base du cerveau, sur la protubérance, sur le bulbe, sur les pyramides et sur les faisceaux antérieurs de la moelle, la pie-mère offre une teinte brunâtre ardoisée très-intense. Cette coloration n'existe qu'en avant de la moelle, tandis que, en arrière, la pie-mère a sa coloration rouge habituelle, normale. Là où se rencontre la couleur noire, on voit qu'elle est limitée entre la moitié inférieure de la protubérance et l'origine des premières paires dorsales. Cette couleur est très-foncée à la moitié moyenne de la région cervicale, et elle va en se dégradant par en haut et par en bas. En ce point, la pie-mère est résistante et adhère fortement à la substance nerveuse, mais la substance nerveuse elle-même n'est pas ramollie. Le reste de la moelle et de la pie-mère rachidienne n'offre rien de particulier.

Dans le canal rachidien, en dehors de la dure-mère, existe en haut une teinte jaune rouillée qui révèle une ancienne imbibition sanguine en voie de résorption.

Les poumons sont souples, sans tubercules, mais ils offrent çà et là un grand nombre de noyaux d'apoplexie pulmonaire infiltrée, comme dans les maladies septicémiques. Les uns ont le volume d'une petite noisette, tandis que les autres atteignent à peine le volume d'un grain de chenevis. Nulle part il n'y a de tubercules.

Le cœur offre un peu d'endocardite végétante mitrale et des caillots fibrineux intriqués dans les tendons valvulaires.

Le foie est énorme, jaune clair, décoloré et fortement graisseux.

L'intestin présente sur les muqueuses des traces d'hyperémie sans ulcération ni tubercules.

Si l'on rapproche, en les comparant, les lésions spinales observées chez cette enfant, aux lésions déjà signalées par moi dans mon *Traité des maladies de l'enfance* (article CONTRACTURE, sixième édition), et par Potain dans l'*Union médicale* de 1866, on peut voir que dans les très-rares occasions de contracture où l'on a pu étudier la moelle épinière, on trouva des lésions importantes. Comme, en même temps, il y a pendant la vie des lésions du nerf optique visibles à l'ophthalmoscope, et que ces lésions sont celles que j'ai fait connaître comme étant produites par le début des maladies de la moelle, tous ces faits réunis montrent que la contracture n'est pas une simple névrose et qu'une lésion congestive cérébro-spinale en est probablement la cause matérielle. Je dis probablement, parce que les faits ne sont pas assez nombreux pour autoriser une affirmation plus catégorique ; cependant je suis convaincu que cette conclusion est la seule qui soit juste.

En effet, dans les trois autopsies de contracture que j'ai faites, j'ai trouvé trois fois une hyperémie cérébro-spinale limitée à la base du cerveau, à la protubérance et à la partie supérieure de la moelle. Dans les deux premiers cas, l'hyperémie était encore récente, et la pie-mère très-rouge, fortement arborisée, résistante, adhérait à la substance nerveuse non altérée. C'était une hyperémie méningée dont la signification est révélée par la troisième autopsie qui montre ce que devient cette hyperémie, lorsqu'on a l'occasion de l'examiner, au bout de cinq ou six semaines. Dans cette dernière autopsie, la teinte rouge hyperémique était remplacée par une teinte brun noirâtre, ardoisée, très-intense, comme celle que l'on trouve dans certains tissus affectés de phlegmasie chronique. C'était la teinte brune de l'oxyde de fer. Il est probable que cette coloration résultait de l'altération du sang en stagnation dans les capillaires ou dans les interstices de ces petits vaisseaux. Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait en lui-même d'une coloration noire, limitée, anomale, reste en dehors de toute discussion. Maintenant, un autre fait important à mentionner, c'est celui de la coloration jaune safrané du tissu conjonctif du canal rachidien en dehors de la dure-mère au niveau des vertèbres cervicales. Cette coloration ecchymotique révélait évidemment la résorption d'une imbibition sanguine ancienne, de sorte qu'on peut croire qu'il y avait eu au même instant imbibition pathologique de la pie-mère à la région cervicale de la moelle et imbibition du canal rachidien au même endroit. De pareilles altérations sont bien suffisantes pour expliquer la contracture des extrémités, mais elles ne sont pas les seules, car, dans un cas de contracture développé pendant la convalescence de choléra et suivi de mort, Potain a rencontré un ramollissement des pyramides antérieures.

Voilà donc quatre cas, à ma connaissance, et il y en a peut-être d'autres, où après une mort accidentelle dans la contracture des extrémités, on trouve une lésion de la partie cervicale de la moelle, soit dans la pie-mère et le canal rachidien, soit dans la moelle elle-même dans les pyramides au niveau du bulbe. A ces faits anatomiques, si l'on ajoute les signes cliniques de l'ophthalmoscopie, et qui résultent d'une lésion papillaire indicatrice d'une maladie spinale, et que j'ai constatée dans tous les cas d'une certaine durée, on pourra se faire une idée plus exacte de la cause des contractures réputées essentielles, c'est-à-dire de la tétanie.

En effet, parmi les lésions oculaires qui sont du domaine de l'ophthalmoscopie médicale et de la cérébroscopie, il en est qui dépendent des maladies de la moelle épinière. J'ai fait connaître le mécanisme de leur apparition, en les rattachant à l'irritation du nerf grand sympathique qui a ses racines au niveau des deux premières paires dorsales, et l'irritation de ces nerfs produit exactement les mêmes phénomènes que la section du grand sympathique au cou. (Cl. Bernard). C'est de cette façon que j'explique les lésions papillaires hyperémiques du début de l'ataxie locomotrice, qui plus tard conduisent à l'atrophie de la papille, les lésions papillaires du tétanos, de la chorée de la compression spinale par maladie de Pott, de la paraplégie par myélite chronique, etc. Ce sont des hyperémies par paralysie vaso-motrice; elles n'ont pas de gravité, mais si elles se prolongent, comme cela se voit dans l'ataxie, elles amènent une altération de nutrition du nerf et son atrophie.

Nous avons donc, d'une part : dans les rares autopsies de tétanie qui ont été faites, l'existence d'une lésion de la moelle cervicale, et, de l'autre, pendant la vie, des lésions de la papille qui, à elles seules, caractérisent une lésion spinale. C'en est assez, je pense, pour indiquer qu'une voie nouvelle est ouverte aux recherches sur la tétanie et qu'au lieu d'y voir une névrose essentielle, il faut en faire une névropathie symptomatique. Cette névropathie est pour moi une hyperémie de la portion de la pie-mère cervicale de la moelle.

Un autre fait à mentionner dans l'autopsie qui sert de base à cette discussion, c'est l'état des poumons. Ils présentaient un grand nombre de noyaux apoplectiques d'inégal volume, les uns gros comme une tête d'épingle, et les autres de la dimension d'un gros noyau de cerise. C'était de l'apoplexie pulmonaire par infiltration, semblable à celle que j'ai souvent observée dans la diphtérite et dans les maladies septicémiques. Quelques personnes y pourraient voir une lésion hémorrhagique semblable à celle qu'Ollivier et Baréty ont décrite comme étant une conséquence des maladies cérébrales, mais je ne crois pas avoir eu sous les yeux une lésion de ce genre. Je crois, au contraire, que ces noyaux d'apoplexie pulmonaire infiltrée ne sont que ces infarctus hémorrhagiques dus à des embolies capillaires causées par l'endocardite tricuspide et la thrombose cardiaque constatées chez l'enfant.

En résumé, la *tétanie* ou contracture essentielle des extrémités n'a rien d'essentiel, et cette affection nerveuse dépend d'une fluxion hémorrhagique de la pie-mère à la région cervicale de la moelle épinière.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 mai 1875. — Présidence de M. GOSSELIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les rapports de M. le docteur Laissus, sur les eaux minérales de Salins (Jura), et de Brides-les-Bains, pour l'exercice 1874. (Commission des eaux minérales.)

2° Deux exemplaires du compte rendu des épidémies qui ont régné dans le Morbihan pendant l'année 1874. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note intitulée : *Nouvelles tentatives de transmission de la tuberculose par les voies digestives*, par M. Viseur, vétérinaire d'Arras. — 2° Une lettre de M. le docteur Eug. Fabre, qui appelle l'attention de l'Académie sur les eaux de la source minérale du Roucas blanc, plage du Pradeau, à Marseille. — 3° Un mémoire de M. le docteur Tripier, pour le prochain concours du prix Itard.

La parole est à M. Fauvel, à l'occasion du procès-verbal.

M. FAUVEL. Dans sa communication de mardi dernier, M. Bonnafont après avoir revendiqué pour lui la priorité de la doctrine émise par M. Tholozan et celle de l'idée d'organiser un congrès international pour aviser aux moyens d'aller combattre le choléra dans l'Inde, a ajouté que ces idées ne furent pas d'abord accueillies favorablement par l'Académie, mais que plus tard elles furent réalisées par la conférence de Constantinople. Puis empruntant, à mon livre sur les travaux de la conférence, un passage tronqué de mon rapport, M. Bonnafont me fait un reproche de n'avoir pas cité son nom.

M. Fauvel répond à ce reproche en s'appuyant sur la brochure publiée en 1866, par M. Bonnafont. Après plusieurs citations, il continue en ces termes :

Ici mon embarras est grand pour préciser le point sur lequel porte le reproche de M. Bonnafont. Est-ce l'idée d'un congrès international pour combattre le choléra que M. Bonnafont aurait voulu que je lui attribuasse? Non, attendu qu'une première conférence internationale avait déjà eu lieu à Paris, en 1851. Il n'y avait donc pas là de priorité à réclamer en faveur de M. Bonnafont.

M. Bonnafont réclame-t-il la priorité d'avoir dit qu'il fallait rechercher et combattre la cause du choléra dans l'Inde? Mais de bonne foi, à qui M. Bonnafont espérait-il faire croire qu'il ait été le premier ou l'un des premiers à dire qu'il faudrait, s'il était possible, tarir la source du choléra dans l'Inde. Non-seulement cette idée est venue à bien des médecins, dès l'origine, mais encore elle avait donné lieu à des études et à des essais d'application dans l'Inde même, bien avant qu'elle n'eût germé dans l'esprit de M. Bonnafont.

Notre confrère réclame-t-il la priorité d'avoir spécifié que, pour éteindre le choléra il fallait dessécher les marais du Gange et les autres marais de l'Inde? Et est-ce à cette idée qu'il rattache le passage de mon livre cité plus haut et qu'il considère comme une approbation, suivie d'un déni de justice à son égard?

Le passage en question ne se rapporte aucunement à l'idée spéciale de M. Bonnafont, et s'il avait cité ce passage jusqu'au bout, il aurait vu qu'après avoir dit que l'idée de la possibilité d'éteindre le choléra dans l'Inde était en elle-même très-rationnelle; j'ajoutais qu'aucun des moyens d'y parvenir proposés jusqu'alors par les faiseurs de projet ne supportait l'examen, que tous étaient fondés sur une ignorance profonde de la question.

Y avait-il lieu, je le demande, de réclamer dans la conférence une priorité d'invention quelconque en faveur de M. Bonnafont? La conférence ayant fait justice de toutes ces propositions fantaisistes, y avait-il quelque intérêt pour notre pays à mentionner dans le rapport les noms de leurs auteurs? Je ne l'ai pas pensé.

Ainsi ni les diverses revendications de priorité et d'idées faites par M. Bonnafont, ni la prétention que le système préconisé par lui a été réalisé, rien de tout cela n'est sérieusement fondé.

M. BOUILLAUD exprime le regret que la note de M. Fauvel ait été lue en l'absence de M. Bonnafont. Personne plus que lui ne rend justice aux travaux de M. Fauvel, mais il lui trouve, à l'égard des questions du choléra, une susceptibilité un peu exagérée, et qui lui fait porter sur les travaux de confrères très-estimables des jugements trop sévères. Il semble, à entendre M. Fauvel, que toute opinion qui n'est pas en accord avec les siennes doive être, par cela seul, rejetée sans examen; et tous les arguments invoqués par M. Fauvel paraissent aboutir à cette conclusion : « Le choléra c'est moi. »

M. FAUVEL ne saurait accepter le reproche de M. Bouillaud puisqu'en effet de tous ceux qui ont pris la parole sur la question du choléra, il est le seul qui n'ait jamais rien revendiqué pour lui. Il n'est guidé que par une seule pensée : la recherche de la vérité, et il ne peut laisser passer, sans réponse, les attaques qui sont dirigées contre lui.

RAPPORT

Traitement du charbon chez l'homme. — M. DAVAINE, au nom d'une commission composée de MM. Bouley, Laboulbène et Davaine, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Raimbert, médecin à Châteaudun, intitulé : *Du traitement du charbon chez l'homme par l'injection sous-cutanée de liquides antivirulents.*

Dans ces derniers temps, dit M. le rapporteur, on a pu concevoir l'espérance qu'une nouvelle méthode de traitement, exempte des inconvénients de la cautérisation et plus souvent efficace, pourrait être opposée avec succès à l'envahissement de cette cruelle maladie.

Cet espoir, déjà fondé sur quelques points, est devenu une réalité. De nouvelles observations, que nous communique M. Raimbert, nous en donnent la confirmation.

Ici M. le rapporteur, rappelant les progrès successifs qu'ont introduits dans la connaissance des maladies charbonneuses les travaux de l'association des médecins et des vétérinaires d'Eure-et-Loir, et ses propres observations sur la présence des bactéridies dans le sang charbonneux, montre qu'ils ont conduit à cette pensée que, si l'on arrivait à tuer ces petits être par un moyen quelconque, sans nuire à l'organisme dans lequel ils se développent, on guérirait aussitôt la maladie qu'ils déterminent.

S'il est vrai que la maladie charbonneuse soit déterminée par le développement de végétaux microscopiques, de bactéridies, pourquoi l'ammoniaque, l'acide phénique, la potasse, l'iode ne tueraient-ils point ces petits êtres au sein de l'organisme? Nous n'en pouvons douter. Mais ce dont on peut douter, c'est que l'organisme vivant ne soit point détruit en même temps que les bactéridies qu'elle contient.

Or si le charbon était, dès le début, une affection générale, il serait nécessaire que le liquide antivirulent pénétrât dans tous les organes; mais telle n'est pas la forme sous laquelle se présente à nous le charbon. Cette maladie, chez l'homme, est presque toujours, sinon toujours, primitivement locale. C'est grâce à cette circonstance que les moyens de traitement dont on s'est servi jusqu'aujourd'hui parviennent à le guérir quelquefois.

De la connaissance de l'évolution des bactéridies, il résulte que, pour les tuer, il suffit d'introduire dans le liquide séreux qui les renferme l'un des antiseptiques dont l'action a été étudiée.

Deux mois environ après la communication de mes expériences à l'Académie des sciences, l'iode fut heureusemennt appliqué à la guérison d'un œdème charbonneux.

M. Raimbert nous donne aujourd'hui cette confirmation. Dans deux cas M. Raimbert s'est servi de l'acide phénique avec succès; dans un troisième il a employé l'iode, et bien que dans ce cas la malade qui était enceinte soit morte par suite d'un accouchement prématuré, l'affection charbonneuse avait été selon toute apparence préalablement guérie.

Dans les quatre observations dont le rapporteur donne le résumé, la cautérisation a été pratiquée dès le début, et, dans ces quatre cas, l'injection des liquides antivirulents a été faite lorsqu'il a été constaté que la marche de la maladie n'était point arrêtée, et que l'on ne pouvait plus rien attendre de la cautérisation. Les injections faites alors, et en quelque sorte *in extremis*, ont amené une amélioration rapide dans les points où elles ont été pratiquées.

Les faits que nous a communiqués M. Raimbert, dit en terminant M. le rapporteur, ont donc une grande importance puisqu'ils fixent définitivement la valeur d'une méthode de traitement qui possède tous les avantages que nous venons d'énumérer.

La commission propose :

1° D'adresser une lettre de remercîment à l'auteur;

2° D'inscrire son nom sur la liste des candidats aux futures places vacantes de correspondant.

DISCUSSION

M. COLIN fait observer que bien avant M. Davaine on avait trouvé des bactéridies dans le sang des animaux charbonneux; on les appelait seulement d'un autre nom, bâtonnets.

M. Davaine croit guérir le charbon en tuant les bactéridies, mais il n'est pas démontré que ces bactéridies soient elles-mêmes le principe virulent du charbon. Le sang charbonneux, au contraire, est bien certainement virulent avant de contenir des bactéridies.

Les faits cités par M. Davaine ne prouvent pas que ce soient les injections d'iode ou d'acide phénique qui ont amené la guérison de la pustule maligne, puisque dans ces faits on avait d'abord employé les cautérisations, les transpirations, moyens qui, comme on sait, donnent souvent de très-bons résultats, et ce n'est qu'après qu'on a eu recours aux injections iodées ou phéniquées. M. Colin serait d'autant plus disposé à admettre que, dans ces cas, la guérison doit être rapportée aux cautérisations et aux transpirations que, dans ses expériences, il a injecté les liquides antivirulents à doses toxiques sans jamais avoir pu atténuer seulement les progrès du charbon. Il ne faut donc pas conclure, avec M. Davaine, que l'iode et l'acide phénique en injections sont le mode de traitement le plus efficace de la maladie charbonneuse.

M. DAVAINE rappelle que la première communication qu'il a faite sur la présence des bactéridies dans le sang des animaux charbonneux date de 1850. Elle a été faite par M. Rayer à la Société de biologie. Les travaux de M. Delafont auxquels a fait allusion M. Colin n'ont été publiés que huit ans après, en 1858.

Il fait observer, en outre, que M. Colin ne saurait comparer les animaux qui ont servi à ces expériences avec les malades dont parle M. Raimbert; en effet, chez les premiers, la maladie est générale, et rien par conséquent ne peut en arrêter la marche fatale, tandis que chez les seconds, elle est encore toute locale.

M. BOULEY trouve que, dans les expériences de M. Colin, il ne peut être établi aucune proportion entre l'importance de la maladie produite par l'injection d'un sang charbonneux et la quantité de liquide antivirulent qui est injectée après. En effet, M. Colin inocule chez un lapin une goutte de sang charbonneux, puis il injecte ensuite dans le tissu cellulaire de ce lapin quelques milligrammes d'iode ou d'acide phénique. Il prétend ainsi avoir enfermé le loup dans la bergerie et l'attaquer directement dans cette bergerie. Mais tandis que ce loup a fait, en très-peu de temps, une foule de petits qui s'installent pour ainsi dire dans la bergerie, l'agent antivirulent, au contraire, se montre d'une lâcheté telle qu'il fuit devant le loup, et qu'à peine entré dans l'économie, il s'empresse d'en sortir par toutes les voies qui lui sont ouvertes. La partie n'est donc pas égale, et il faudrait qu'une fois faite l'inoculation du charbon, on poussât coup sur coup des injections répétées de liquides antivirulents. Ce serait le seul moyen de se rendre compte de la valeur de ces injections. C'est là, du reste, ce qui a été fait dans un cas avec un succès inespéré. Un vétérinaire est appelé auprès d'une vache charbonneuse *in extremis*. Par acquit de conscience, il recommande au propriétaire de cette vache de lui faire des injections iodées. Ce propriétaire, en vrai paysan qu'il était, se met à injecter coup sur coup des quantités énormes d'iode; le lendemain, sa vache était guérie, au grand étonnement du vétérinaire. Ce fait vient donc à l'appui de la manière de voir de M. Bouley, qui insiste pour que, dens les expériences qui seront faites à l'avenir, on agisse comme le paysan.

M. COLIN fait remarquer que le programme tracé par M. Bouley est déjà en partie exécuté; mais le fait de la régénération du virus n'a pas lieu immédiatement; il se passe dix et douze heures avant que n'ait lieu cette régénération. Il est donc bien certain qu'à certains moments la matière virulente et l'agent antivirulent se trouvent ensemble dans l'économie.

Quant à la vache si miraculeusement guérie dont a parlé M. Bouley, on peut se demander s'il n'y a pas là une erreur de diagnostic. On sait, en effet, combien est difficile le diagnostic de charbon chez les animaux.

M. REYNAL partage cette opinion et même, suivant lui, dans les pays où le charbon s'observe très-rarement, comme à Paris, par exemple, il est impossible à l'œil le plus exercé de reconnaître cette maladie au début.

M. DAVAINE fait observer que, dans son rapport, il s'agit de charbon chez l'homme, dont le diagnostic est, au contraire, très-facile. Mais il y a toujours un moyen de reconnaître le charbon chez les animaux chez lesquels on le soupçonne; ce moyen consiste à inoculer sur un cobaye du sang de ces animaux. S'ils ont le charbon, le cobaye mourra avec tous les caractères de la maladie.

PRÉSENTATION

M. GIRAUD-TEULON présente, au nom de M. Sichel, une malade dont voici l'histoire en quelques mots.

Une femme âgée de quarante-huit ans, ayant fait une chute dans un brasier, eut une brûlure de la paupière supérieure et de la moitié droite de la face. La paupière complétement brûlée disparut, et il en résulta un lagophthalmos avec ectropion des deux paupières, peu prononcé à l'inférieure, mais très-étendu à la supérieure. L'état des téguments voisins rendait l'idée d'une blépharoplastie par glissement inadmissible.

Mais vu l'urgence d'intervenir, on se décida à faire une blépharoplastie par hétéroplastie ou greffe dermique.

A cet effet, un lambeau de peau de 4 centimètres carrés fut pris à la région postérieure et supérieure de l'avant-bras droit. Le bord libre de la paupière fut détaché avec soin et la paupière disséquée de façon à ramener son bord libre au contact avec celui de la paupière inférieure. On aviva les deux bords palpébraux, et l'on fit la suture des paupières. C'est alors que les quatre fragments de peau furent placés sur la surface cruentée.

Aujourd'hui, près de quinze mois après l'opération, la paupière a repris ses caractères à peu près normaux. On devra aviser plus tard à ouvrir les paupières.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 15 mai 1875. — Présidence de M. Cl. BERNARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Helminthologie. — M. CHATIN, en faisant au Muséum l'autopsie d'un mouton, a trouvé dans le tissu cellulaire, dans le sac scapulaire et dans plusieurs autres parties de cet animal, de petits kystes brunâtres, doués d'une membrane propre très-fine et qui contenaient des helminthes que, d'après leurs caractères, M. Chatin croit devoir ranger dans la classe des sclérostomes. Ils diffèrent un peu du sclérostome armé que les vétérinaires rencontrent souvent dans des kystes du colon, chez le cheval.

Suc gastrique. — M. LEVEN a fait une série de recherches sur les modifications que subit le suc gastrique sous l'influence de la fièvre, de l'inanition et du catarrhe de l'estomac.

Il a soumis des animaux à l'inanition et est arrivé aux mêmes résultats que Corvisart et Schiff, à savoir qu'il se forme toujours du suc gastrique dans l'estomac.

Ayant fait faire à des animaux un repas abondant, il a cherché au bout de combien de temps se reproduit le suc gastrique. Schiff a émis sur le renouvellement du suc gastrique une certaine théorie d'après laquelle le suc gastrique ne se reproduirait après un certain temps qu'à la condition qu'on eût fait prendre aux animaux, avant le repas abondant, des aliments déterminés. Ce sont là de pures hypothèses. M. Leven a démontré en effet que le suc gastrique, après un repas abondant, se refait comme d'habitude dix à douze heures en moyenne après ce repas.

Dans l'état de fièvre, le suc gastrique continue également à se produire. On sait, par exemple, qu'un malade atteint de fièvre typhoïde, digère très-bien la caséine du lait; mais pourquoi le fébricitant ne peut-il digérer les aliments solides? Ce

n'est pas, suivant M. Leven, par défaut du suc gastrique, mais bien par suite de la paresse des fibres musculaires et des troubles circulatoires que l'on constate dans la fièvre sur la muqueuse de l'estomac.

M. Leven a produit du catarrhe stomacal chez des animaux en leur donnant de l'alcool. Lorsqu'on a fait prendre à un chien, pendant quatre jours, 40 grammes d'alcool, parfois on trouve, au bout de ce temps, la muqueuse de son estomac très-injectée et offrant tous les caractères du catarrhe. Si l'on fait faire un repas de viande à l'animal dans ces conditions, et qu'on l'ouvre quatre à cinq heures après, on voit que toute la viande a été digérée et qu'il n'en reste plus aucune trace dans l'estomac. Chez un animal soumis pendant onze jours à l'alcool, on trouve la muqueuse de l'estomac dégénérée, et dans ces cas la digestion est très-ralentie.

Dans les cas de dyspepsie, Corvisart conseillait de donner du suc gastrique, de la pepsine aux malades. Mais cela ne suffit par pour rétablir la digestion. Il faut avant tout que tous les éléments anatomiques de l'estomac soient sains et normaux. C'est là une condition dont Corvisart ne tenait pas compte.

M. LÉPINE fait observer à M. Leven qu'il est impossible de savoir au juste quelles sont les altérations de la muqueuse stomacale dans l'état de fièvre.

M. LEVEN répond que, dans ses expériences, il a trouvé l'estomac dans des conditions anatomiques qui amènent habituellement les altérations des fibres musculaires.

M. HÉNOCQUE demande à M. Leven par quels moyens il arrive à déterminer la fièvre chez les animaux.

M. LEVEN dit qu'il a déterminé une fièvre intense chez des animaux en leur faisant subir des lésions traumatiques, une plaie abdominale, par exemple, ou bien encore par la ligature du pylore.

Épithélium de l'utérus. — M. DESYNETTI a pu récemment étudier l'épithélium sur l'utérus frais d'un enfant mort-né à terme. Il a vu que cet épithélium était en grande partie composé de cellules piriformes.

Épithéliome perlé. — M. CORNIL montre à la société des préparations provenant d'une tumeur du cuir chevelu opérée plusieurs fois par M. Gosselin. Il s'agissait d'un épithéliome à cellules pavimenteuses toutes cornées, c'est-à-dire, d'un exemple des tumeurs assez rares décrites sous le nom d'*épithéliome perlé* dans le manuel de MM. Cornil et Ranvier. Au point de vue de la clinique, cette tumeur s'était conduite comme un épithéliome à marche assez rapide; elle avait récidivé après chaque ablation, et, après la dernière ablation, elle s'étendait jusqu'aux os du crâne. La malade était morte de hernie étranglée.

L'examen de la tumeur faisait constater des amas arrondis de cellules épidermiques cornées, ayant l'apparence à l'œil nu de petites perles demi-transparentes. Sur des sections examinées à un grossissement de 100 diamètres, on voyait des bandes de tissu conjontif peu épaisses, peu vascularisées qui encadraient les amas de cellules épidermiques précédents. Dans les perles épidermiques, les cellules de périphérie étaient implantées perpendiculairement à la zone fibreuse, les autres cellules étaient disposées suivant une série de petites sphères. Il y avait un assez grand nombre de globes dans chaque ilot. Toutes les cellules épidermiques étaient cornées, c'est-à-dire composées par une substance dense, ne changeant pas de forme, donnant l'apparence d'un corps dur et solide à chaque cellule.

Je me suis assuré de ce fait, et j'ai examiné la structure des cellules en les isolant par l'alcool, au tiers, suivant le procédé de Ranvier. Les cellules isolées présentaient une grande quantité de dents et de prolongements irréguliers. Celles qui se trouvaient à la périphérie des globes épidermiques étaient excavées pour s'appliquer par cette concavité sur les cellules centrales.

En les colorant avec le violet de méthylaniline, on voyait des stries fines à leur surface et dans leur intérieur. La substance cornée qui les compose est partout bien nettement striée. Ainsi leur noyau central est séparé par une ligne claire, par un espace vide du protoplasma solide de la cellule. La substance cornée en rapport avec le noyau montre des zones et des couches concentriques suivant la forme du noyau, et indépendamment de ce système de lignes concentriques, il y a, dans les éléments allongés des stries allongées suivant la direction de la cellule, non-seulement à la surface, mais aussi dans la partie profonde.

Les noyaux de ces cellules étaient constitués par des granulations; certains d'entre eux étaient colloïdes.

Parmi les cellules il y en avait beaucoup dont la forme rameuse rappelait celles qu'on trouve dans les fausses membranes diphthéritiques.

Les cellules qui se trouvaient au centre des globes, lorsqu'on les étudiait à l'état d'isolement, ne possédaient pas toujours des noyaux; leur forme était sphérique ou globuleuse, assez régulière, sans prolongements. Leur substance était réfringente et fortement colorée par le violet; quelques-unes se sont colorées en rouge violet. Ces cellules avaient l'apparence globuleuse et réfringente qu'on observe aussi dans les fausses membranes diphthéritiques.

Vitesse du courant nerveux sensitif de l'homme. — M. BLOCH communique à la société la deuxième partie de son travail sur la vitesse du courant nerveux sensitif de l'homme.

Le procédé dont il s'est servi repose sur la persistance des sensations de choc.

Voici l'expérience fondamentale : lorsqu'on reçoit les chocs d'un index de tuyau de plume, successivement, sur les indicateurs des deux mains et qu'on rapproche peu à peu les mains l'une de l'autre, il arrive un écartement tel, que les chocs paraissent simultanés aux doigts frappés pourtant l'un après l'autre.

Cet intervalle correspond à une durée moyenne de $\frac{1}{45}$ de seconde.

La seule explication possible du phénomène est celle-ci : il faut que la sensation du premier choc existe encore, avec son intensité primitive, pour qu'une seconde sensation survenant paraisse synchrone avec elle.

L'expérience est faite en glissant les doigts sur le plat d'une règle graduée. On ferme les yeux, on se bouche les oreilles, de façon à éliminer toute autre sensation que celle du choc. Ces précautions ont une grande importance, et l'auteur insiste sur l'impossibilité où l'on est de se tromper soi-même et de faire converger les résultats vers un but désiré, puisqu'on ne sait pas, en expérimentant, quelle distance sépare les parties soumises aux chocs.

Autre observation : il faut que l'expérience soit rapide, que les doigts soient frappés trois ou quatre fois seulement, si non la fatigue des perceptions donnerait de mauvais résultats en exagérant la durée de la persistance.

Après avoir exposé les épreuves qui établissent la régularité du procédé, l'égalité des deux chocs et l'uniformité dans le mouvement du moteur, l'auteur arrive à la détermination de la vitesse du courant nerveux.

Il expose, un doigt d'abord, puis d'autres régions plus ou moins rapprochées du centre nerveux (nez, orteils).

Voici la discussion des phénomènes que ces nouvelles expériences présentent :

Soit : T l'intervalle entre les chocs.
A la durée de la transmission pour le doigt.
B cette durée pour toute autre région.

La première perception arrive au cerveau au bout du temps A.

La seconde au bout du temps T + B.

L'intervalle entre les sensations est donc :

$$T + B - A.$$

Si B = A (exemple : les doigts des deux mains) T représente à la fois et l'intervalle entre les chocs et l'intervalle entre les perceptions.

Si B > A (exemple : doigt puis orteil), l'intervalle entre les deux sensations est > T, et si $T = \frac{1}{45}$ de seconde, limite de la persistance au doigt, cette persistance aura cessé quand arrivera la sensation du choc sur l'orteil. Pour obtenir le synchronisme, il faudra donc rapprocher le pied de la main d'une distance telle que l'intervalle nouveau entre les chocs, T', donne :

$$T' + B - A = \frac{1}{45} \text{ de seconde}$$

d'où

$$T - T' = B - A$$

Ce qui peut s'exprimer :

La différence des distances entre les deux mains, d'une part, la main et le pied d'autre part, mesure la différence de durée des transmissions sensitives, depuis le pied, et depuis la main, respectivement, jusqu'au sensorium, en supposant A > B (exemple : le doigt et le nez), on aurait un résultat inverse, c'est-à-dire une distance plus grande pour obtenir le synchronisme entre le doigt et le nez qu'entre les deux doigts.

Les conclusions numériques établies à 0",0002 près donnent pour différence des transmissions :

Entre la main et nez. . . . . . 0",0058
Entre le pied et la main. . . . . 0",0036

En estimant les longueurs de nerf et de moelle servant de conducteurs pour les régions soumises aux chocs, on arrive à conclure :

1° Que la vitesse est plus grande dans la moelle que dans les cordons nerveux.

2° Que la vitesse moyenne est de 156 mètres par seconde.

On peut, en évaluant les longueurs respectives de moelle et de nerf, aller plus loin dans l'estimation du parcours nerveux.

Augmentant la moyenne pour la moelle, la diminuant pour les nerfs, selon la proportion des longueurs évaluées, on arrive comme conséquences moyennes aux chiffres suivants :

Vitesse le long de la moelle . . . 194 mètres par seconde.
Vitesse le long des nerfs . . . . 132 — —

DISCUSSION

M. PAUL BERT admet l'interprétation donnée par M. Bloch au sujet du synchronisme apparent des sensations successives. Ce phénomène est évidemment dû à la persistance. Mais cette persistance, est-elle reçue de la même façon par les centres nerveux lorsqu'on agit sur des parties non homologues.

En d'autres termes, aurait-on des distances égales si, au lieu de présenter les deux indicateurs, on soumettait aux chocs l'indicateur d'une main et un doigt quelconque de l'autre, ou bien si l'on croisait les deux mains, enfin, si l'on rompait cette symétrie de l'expérience exposée précédemment.

M. BLOCH répond qu'il a fait toutes ces épreuves avec un résultat constant. Voici à quel propos il a été amené à chercher la solution dont M. Bert vient de parler.

Lorsqu'on expose aux chocs le nez d'abord, le doigt ensuite, on trouve une durée qui n'est pas exactement l'inverse de celle qu'on trouve en agissant avec le doigt premier, le nez second.

L'intervalle donnant le synchronisme peut être plus long. Il faut donc, ou que la réception au tégument du nez soit plus lente que celle du doigt, ou que la persistance dure plus longtemps au nez.

1° Avec un doigt et la paume de l'autre main l'on obtient le même écart qu'avec deux doigts ; donc la réception est la même pour des parties non homologues et de sensibilité très-différente. 2° En exposant les deux gros orteils, ou à une durée plus longue pour le synchronisme qu'avec deux doigts. Comme ici tout est égal, sauf la persistance, on peut dire que ce dernier phénomène augmente de durée à mesure que la région possède une sensibilité moindre. La persistance est plus longue au nez qu'au doigt, plus longue au pied qu'au lobule du nez.

La séance est levée à cinq heures.

Faculté de médecine de Paris

Inscriptions du trimestre de juillet 1875. — Examens de fin d'année. — Examens de doctorat. — Consignations.

Le doyen de la faculté a l'honneur de porter à la connaissance de MM. les étudiants les mesures suivantes prises aux inscriptions du trimestre de juillet 1875, aux examens de fin d'année, aux examens de doctorat et aux consignations.

Ces mesures ont pour but, en évitant l'encombrement qui se produit à la fin de chaque année, par suite du grand nombre de candidats, de sauvegarder les intérêts de MM. les étudiants qui sont tenus à subir, dans un délai très-restreint, les examens de fin d'année ou les examens de réception qu'ils ont préparés.

I. Les inscriptions du trimestre de juillet seront reçues du 1er juillet au jeudi 15 juillet inclusivement de une heure à quatre heures. MM. les étudiants sont avertis qu'à partir du 15, aucune inscription ne sera donnée sans une autorisation ministérielle.

II. Les examens de fin de première année et de deuxième année commenceront le jeudi 5 juillet. MM. les étudiants candidats à ces examens devront prendre la quatrième et la huitième inscription selon le cas, les 1, 2 et 3 juillet.

III. Les examens de fin de 3e année commenceront le jeudi 15 juillet.

IV. Les consignations pour les examens de fin d'année seront reçues le vendredi et le samedi de chaque semaine de une heure à quatre heures pendant tout le mois de juin, et, pour les troisièmes de fin d'année, jusqu'au 10 juillet.

V. Les consignations pour le premier examen de doctorat cesseront à partir du 1er juin, pour le deuxième et le troisième elle seront reçues jusqu'au 15 juin, et, pour le quatrième examen, jusqu'au 1er juillet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation (chirurgie et accouchements). — Samedi 8 mai. M. Felizet : *Des anévrysmes de la carotide primitive.*

Mardi 11. — MM. Nepveu et Monod : *Des kératites.*

Jeudi 13. — M. Berger : *Du cancer du rectum;* M. Pinard : *De la rupture prématurée et spontanée des membranes.*

— *Hôpitaux de Paris.* — *Concours pour deux places de médecin.* — Séance du samedi 15 mai : MM. Landrieux, Labadie-Lagrave, Danlos et Sanné. (Du *delirium tremens.*)

— *Hôpital de Lourcine.* — *Leçons sur la syphilis.* — M. le docteur Lancereaux, agrégé de la Faculté, commencera ces leçons le lundi 24 mai 1875, à neuf heures du matin, et les continuera à la même heure, les lundis suivants.

— *Erratum.* — Dans la correspondance de la Société de chirurgie, *au lieu de* M. Larrey dépose un travail manuscrit de M. le docteur Arnaud, *lisez* M. Arlaud, directeur du service de santé de la marine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

L'isolement des varioleux dans les hôpitaux.

Dans notre dernière Revue, à propos des maladies régnantes et particulièrement des fièvres éruptives et des maladies contagieuses ou réputées telles, nous avons joint notre voix à celle du rapporteur de la commission des maladies régnantes et de l'unanimité des membres de la Société médicale des hôpitaux, pour adjurer l'administration de leur venir en aide dans leur louable désir d'opposer une barrière aux envahissements trop fréquents des épidémies dans les services hospitaliers, en mettant à leur disposition les moyens d'isolement nécessaires.

Nous avions indiqué déjà un commencement de satisfaction partielle donnée à cet égard pour l'un des services d'hôpitaux d'enfants. Nous avons appris avec plaisir dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, par l'organe de M. Moissenet, membre du conseil de surveillance, que l'administration de l'Assistance publique venait d'instituer, à l'hôpital Temporaire de la rue de Sèvres, un service d'isolement pour les varioleux aussi complet que possible; que des services semblables, mais moins bien organisés, étaient établis à la Pitié et à l'hôpital Saint-Antoine; qu'enfin à Vincennes et au Vésinet allaient être installés également des services d'isolement pour les convalescents de variole. Nous ne pouvons que féliciter et remercier l'administration d'être enfin entrée dans cette voie des utiles réformes et des améliorations que réclamait impérieusement notre régime hospitalier.

Nous avons visité quelques-unes de ces nouvelles installations.

C'est à l'hôpital temporaire de la rue de Sèvres qu'est le service d'isolement le plus complet et le mieux installé. Dans un corps de bâtiment séparé des autres services par de grandes cours, il y a deux salles de vingt lits chacune, l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes. La salle des hommes faisant partie du service de M. Audhoui, a été un moment complétement occupée; elle ne renferme actuellement que 13 malades, dont plusieurs sont en convalescence. La salle des femmes, dont M. Rigal est chargé, n'a que 6 malades en ce moment. La vaste cour plantée que l'on traverse pour gagner ce bâtiment, vient d'être divisée en deux préaux distincts pour les malades des deux sexes. A chacune des salles est annexée une salle de bains, et chacune a son personnel de service spécial.

A l'hôpital de la Pitié, les deux salles Saint-Benjamin (premier et deuxième étage du bâtiment situé au fond de l troisième cour), suffisamment isolées des autres salles et des autres corps de bâtiment, nous ont paru également bien appropriées à cet usage. La salle du premier, consacrée aux hommes, renferme six malades; celle du deuxième, destinée aux femmes, est vide. Un personnel de service spécial leur est affecté, et un préau, qu'on peut aisément séparer des autres (la séparation n'est jusqu'à présent que fictive), est mis à la disposition des convalescents.

A l'hôpital Saint-Louis, on a organisé un service d'isolement pour les varioleux, mais c'est aux dépens d'un service d'isolement pour les opérés atteints d'érysipèles ou d'infection purulente, que l'un des chirurgiens de cet hôpital était parvenu à établir à grand'peine et non sans de grandes difficultés et de fréquents conflits avec l'administration. C'est un grand baraquement en planches de douze lits, construit dans l'un des terrains vagues les plus retirés de ce vaste établissement, et autour duquel on a élevé trois ou quatre petits chalets à un ou deux lits. Ce local peut être parfaitement approprié à sa nouvelle destination (il n'y a pas de varioleux en ce moment), mais il va évidemment manquer au but de sa destination première. N'y aurait-il pas un moyen de concilier ces deux intérêts?

Une épidémie de suicide.

Voilà une épidémie dont il n'a pas été question dans le compte rendu des maladies régnantes pour les deux derniers trimestres, et qui n'en a pas moins sa réalité.

Il suffit, en effet, de se rappeler le nombre considérable de suicides qui ont été signalés particulièrement dans le cours de l'hiver et les circonstances dans lesquelles la plupart ont été accomplis, pour se convaincre que, si quelques-uns n'ont eu que de trop graves motifs, pour beaucoup d'entre eux il est difficile d'en voir d'autres que cette triste et malfaisante influence de l'imitation, que les psychologistes ont désignée sous le nom de contagion morale.

Cette épidémie n'a eu jusqu'ici pour historiens que les *reporters* des grands journaux qui en ont fait le sujet de récits plus ou moins dramatisés, bien plus que l'objet d'une étude scientifique sérieuse, ou d'un enseignement moral profitable à leurs lecteurs.

Le fils d'un de nos éminents confrères, M. le docteur Moreau (de Tours), vient d'en faire le sujet d'une très-intéressante dissertation, sous le titre : *De la contagion du suicide*.

Notre jeune confrère a eu de nombreux précédents dans ce genre d'études, et il n'a eu qu'à puiser dans les œuvres d'Esquirol, de Georget, de Falret, de Morel, de MM. Brierre de Boismont, Bourdin, Lucas, Des Étangs, dans celles de son père et dans les travaux plus récents de MM. Despine, Berthier, et de notre collaborateur M. Legrand du Saulle, pour trouver de nombreuses analogies avec les faits qu'il se proposait d'étudier et un fil conducteur pour le guider dans cette analyse délicate.

Dans les faits récents qui se sont offerts à son étude, le nombre des suicidés évidemment sains d'esprit, ayant agi en déduction calme, logique de motifs divers, tels que chagrins profonds, ruine, ou crainte du déshonneur, lui a paru très-restreint comparativement à celui des suicides qui n'ont pu être logiquement attribués qu'à la contagion de l'exemple s'exerçant sur des esprits prédisposés. Ainsi les uns étaient atteints de folie depuis plus ou moins de temps; les autres avaient été déjà aliénés, mais ne l'étaient plus au moment de l'acte; d'autres chez qui la tentative n'a pas eu son plein effet, le sont devenus après l'acte; quelques-uns n'ont présenté de trouble mental qu'immédiatement avant d'attenter à leur vie; vient ensuite la catégorie des sujets atteints de névroses variées, des alcooliques, des excentriques, de ceux chez lesquels l'anomalie intellectuelle, à l'état latent, n'était attestée que par leur antécédents héréditaires ou idiosyncrasiques, par des dispositions morbides acquises par suite d'excès divers, etc.; enfin de ceux qui, sans motif, ni raison apparente, sont atteints « du mal de la vie, du *tædium vitæ* ».

Cette triste étude des conditions étiologiques prédisposantes qui conduisent le plus souvent à l'idée morbide du suicide n'aboutit malheureusement à aucune issue pratique. Ici le mal accompli est sans remède; et la prophylaxie a bien peu de ressources contre de semblables prédispositions. En aurait-elle davantage à l'égard des causes déterminantes? Peut-être, mais ce n'est pas à la médecine qu'il faut les demander. Il est toutefois un ordre de causes déterminantes sur lesquelles tous les médecins sont d'accord. Tous vous diront qu'un des éléments les plus actifs de cette contagion que nous signalions tout à l'heure, et qui fait parfois que le suicide devient comme épidémique, est la publicité scandaleuse que la presse quotidienne donne à ces sortes de faits, l'excitation malsaine qu'elle suscite dans des esprits déjà troublés et trop souvent avides de saisir au passage une occasion de célébrité éphémère. Chercher à annihiler cette funeste influence et opposer le silence comme contre-poison à la disposition pathologique au suicide, telle est la conclusion du travail de M. Moreau fils. C'est aussi cette sorte de conspiration du silence qui réunissait l'unanimité des suffrages de la société médico-psychologique dans une de ses délibérations récentes sur les moyens d'élever une digue contre ce flot montant de suicides. Le surplus est affaire d'éducation morale.

De la tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée.

Il existe une forme particulière de phthisie laryngée, à marche rapide, analogue à la phthisie galopante du poumon, et caractérisée par le dépôt sur la muqueuse pharyngo-laryngée de granulations grises identiques à celles que l'on trouve dans le poumon, c'est-à-dire à la granulation grise de Laënnec, granule de M. Empis, ou tubercules miliaires des histologistes. L'histoire de cette affection, dont M. Isambert a publié, il y a quatre ans, le premier exemple authentique, resté typique, et dont on compte aujourd'hui huit ou neuf exemples nouveaux, vient d'être décrite dans la deuxième livraison d'une nouvelle publication périodique consacrée aux affections du larynx (1). Nous allons emprunter à cette description les traits principaux de l'affection dont il s'agit.

La maladie est caractérisée au début par le dépôt sur la gorge, ou plutôt dans les mailles mêmes de la muqueuse pharyngo-larygnée, d'un semis très-abondant de granulations grises, demi-transparentes, analogues pour l'espect et le volume à des grains de semoule, ou aux dépôts de fibrine granuleuse que l'on observe à la surface des intestins dans les cas de péritonite récente, ou dans les angines pultacées, avec cette différence que les granulations fortement adhérentes à la muqueuse sont sous-jacentes à l'épithélium. Ces granulations, généralement confluentes, se groupent ordinairement en plaques plus ou moins nombreuses à contours sinueux, à surface chagrinée, ou gaufrée et mamelonnée. Quand le groupe n'est pas très-abondant et que les granulations sont très-superficielles et peuvent s'énucléer facilement, la surface paraît érodée et rappelle le début des érosions tuberculeuses de la langue. Quand la matière tuberculeuse miliaire est plus abondante, alors les plaques sont mamelonnées, saillantes, de couleur grisâtre et présentent une grande analogie d'aspect avec les plaques muqueuses de la syphilis pharyngienne (c'est ce qui a causé l'erreur de plusieurs médecins dans ces circonstances).

Cette lésion s'observe surtout sur la face antérieure du voile du palais et sur les piliers antérieurs.

A mesure que la maladie fait des progrès, les granulations grises augmentent de nombre et de volume, sans dépasser celui d'un grain de chènevis. En même temps, elles perdent leur transparence, deviennent de plus en plus saignantes et douloureuses et s'entourent de produits pultacés et purulents. Le travail d'ulcération, en se continuant, semble énucléer un certain nombre de granulations qui laissent après elles une alvéole vide ou une perte de substance plus ou moins profonde. La mort survient ordinairement avant que de grands délabrements aient pu se produire.

Les symptômes de cette maladie sont surtout des douleurs locales, un sentiment de cuisson dans la gorge, de la difficulté pour avaler, de la dysphagie allant toujours en augmentant à mesure que la prolifération des tubercules miliaires et leur ramollissement augmente. La dysphagie présente dans quelques circonstances un degré extrême, tel qu'on ne l'a vu atteindre dans aucune autre maladie (cancer, ulcération, etc.). Tout aliment solide est rejeté, etc.

Pendant ce temps, les symptômes laryngiens sont nuls ou peu accusés. Peu ou point de suffocation. Des ulcérations analogues à celles de la gorge ont été notées sur les lèvres et sur les gencives.

L'altération des poumons, qui marche concurremment avec la lésion de la gorge, doit surtout attirer l'attention.

La marche de la maladie est rapide (de deux à six mois dans les faits observés par M. Isambert; un peu plus longtemps dans quelques autres faits). Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'aucun malade n'a péri par suite d'un accident laryngien. Les malades sont morts de consomption pulmonaire, à forme galopante, dans les cas qui ont pu être considérés comme typiques. L'inanition résultant de la dysphagie presque absolue a eu une grande part à l'issue funeste dans quelques cas.

En résumé, pour M. Isambert — et c'est ce qui l'a déter-

(1) *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, par MM. Ladreit de la Charrière, Isambert et Krishaber. — Paris, chez G. Masson, éditeur.

miné à en faire une forme clinique spéciale —, il s'agit là d'autre chose que de la phthisie laryngée vulgaire. Tandis que la phthisie laryngée vulgaire n'est qu'une complication de la tuberculose pulmonaire, qu'elle suit assez régulièrement dans sa marche, la lésion pharyngo-laryngée en question semble dominer à elle seule la scène, dans les premiers temps surtout.

Le pronostic de cette affection est fatal et à courte échéance. Son traitement général n'est autre que celui de la phthisie. Les indications locales se bornent à calmer la douleur, à diminuer la dysphagie, à alimenter le malade. Les seuls moyens thérapeutiques locaux qui puissent être employés avec quelque avangage sont les narcotiques, la glycérine fortement morphinée (au 25e), la glace avalée en menus morceaux.

Le premier fait qui a donné l'éveil à M. Isambert sur cet ordre de lésions remonte à 1871. A l'époque où, étant chargé de la suppléance de M. le professeur Bouillaud à la clinique de l'hôpital de la Charité, il venait d'y introduire pour la première fois les études laryngoscopiques, il rencontra parmi les malades soumis à cet examen, une jeune femme présentant une lésion de la gorge qu'il n'avait point encore eu l'occasion d'observer, et qu'il crut devoir rattacher d'abord à une forme particulièrement maligne de la diathèse scrofuleuse. Cette lésion spéciale de la gorge était caractérisée par la présence, sur le voile du palais, la luette, les piliers et la paroi pharyngienne, d'un nombre infini de granulations blanc grisâtre, semblables à des grains de semoule, mais adhérant fortement à la muqueuse et produisant rapidement des ulcérations douloureuses. Ce qui avait confirmé M. Isambert dans l'idée qu'il avait affaire à une affection d'une nature spéciale, c'est le mauvais effet que produisit dans ce cas l'administration du traitement hydrargique prescrit à l'instigation d'un de ses collègues dans la pensée que ce pouvait être une angine syphilitique.

Dr Brochin.

Pilules emménagogues (Millard).

Pr. Aloès. . . . . . . 10 centigrammes.
Rue. . . . . . }
Sabine . . . . . } ãã 5 centigrammes.
Safran . . . . . }
pour une pilule.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 mai 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° les journaux de la semaine.

2° Un mémoire ayant pour titre : *Instruction pour guider les médecins militaires dans l'examen des recrues sous le rapport des organes de la vision*, par le docteur Longmoore;

3° Un travail de M. Hergott sur l'*Oblitération du vagin comme moyen de guérison des incontinences d'urine pdr suite des grandes pertes de substances du vagin.*

M. Verneuil dépose, au nom de M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, trois brochures sur la *Pathologie médicale du rectum*, l'*Inoculation des pustules de l'ecthyma;* la troisième intitulée : *Contribution à l'étude des accidents constitutionnels ayant pour début le chancre mou;* de la part de M. Nepveu, des observations de tumeurs du testicule; de la part de M. Duplay, plusieurs observations de cystotomie.

MM. Hergott et Rigaud assistent à la séance.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. Verneuil présente le moule pris avant et après l'opération, sur la jambe et le pied du malade qu'il a fait présenter à la dernière séance et qui a subi la résection de l'astragale et de l'extrémité inférieure du péroné.

M. Giraldès, après avoir vu les pièces conservées au musée Dupuytren, maintient les conclusions qu'il a posées dans la dernière séance à propos de la discussion sur le *spina bifida*.

M. Blot soutient également les siennes, à savoir qu'il est imprudent et de mauvaise pratique chirurgicale d'opérer ces tumeurs d'aussi bonne heure, parce qu'elles peuvent guérir spontanément avec le temps, et que l'opération peut entraîner des accidents sérieux.

RAPPORT

M. Perrin donne lecture d'un rapport sur un instrument présenté dans la séanee du 27 janvier dernier (Voir la *Gazette* du 31 janvier) par M. Tachard, médecin-major à Toulouse, avec une note intitulée : *Sur une nouvelle application du syphon à la thérapeutique générale.*

M. Tachard ne réclame pas la priorité pour son appareil, qui a déjà été employé au moins en principe par M. Piorry pour l'opération de l'empyème, puis plus tard par M. Panas en 1868, et par M. Schwart (de Varsovie) en 1872, pour des injections vésicales. Il remplit le même but que les instruments de Dieulafoy, Sales-Girons, Capron, mais le prix en est moins élevé et l'entretien plus facile, ce qui est un avantage surtout pour la chirurgie d'armée.

M. le rapporteur propose d'adresser des remercîments à l'auteur, et de lui exprimer le regret que l'étendue de son mémoire et de la figure qui y est annexée ne permette pas de les faire figurer dans les bulletins de la société.

Ces conclusions sont adoptées.

LECTURE

M. Verneuil donne lecture de la dernière partie de son mémoire sur la forcipressure. En voici les conclusions :

1° La forcipressure appliquée sur de gros vaisseaux, aux lieu et place de la ligature, a été introduite dans la pratique en 1790, par Desault ; elle est donc d'origine essentiellement française;

2° Depuis, elle a été étudiée, surtout théoriquement en France par Percy, Duret, etc., et pratiquée souvent en Italie par Assalini et ses contemporains. Condamnée injustement et sans motifs sérieux, elle a disparu longtemps pour renaître dans ces dernières années, en Angleterre d'abord, puis en France, où elle sera sans doute plus équitablement jugée;

3° Elle constitue l'un des deux modes, et, à notre avis, le meilleur, de la méthode désignée sous le nom d'aplatissement des artères;

4° Pratiquée sur les plus gros vaisseaux et dans les cas cliniques les plus variés et les plus graves, elle a donné d'assez bons résultats pour être placée parmi les meilleurs moyens d'hémostase définitive. Sur vingt-six cas, en effet, on relève seulement trois accidents légers, sans insuccès; dans un cas seulement il y eut hémorrhagie secondaire;

5° Elle paraît convenir surtout en cas d'anévrysmes et d'hémorrhagies consécutives;

6° Comme innocuité et efficacité, elle vaut certainement la ligature, si elle ne lui est pas supérieure. Son application est fort aisée, sa suppression surtout, très-facile. A ce dernier point de vue, elle remplace avec avantage tous les essais de ligature temporaire et amovible;

7° On a beaucoup exagéré la gêne qu'elle cause aux patients et les obstacles qu'elle apporte à la cicatrisation. Ces inconvénients d'ailleurs peuvent être passagers, car au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures en moyenne, l'oblitération vasculaire paraît assurée. Plus d'une fois, du reste, les pinces ont été laissées en place jusqu'à chute spontanée, sans déterminer d'accidents notables;

8° Les très-nombreux instruments employés peuvent se réduire à deux : 1° les pinces à mors lisses, à action graduelle par l'aplatisse-

ment vrai et simple des artères; 2° les pinces à anneaux, à mors dentés, qui aplatissent brusquement le vaisseau, l'obturent du premier coup, et lèsent plus ou moins les tuniques. Ces deux instruments produisent des effets entièrement différents. Par conséquent, chacun d'eux est capable de remplir des indications spéciales. Sauf exceptions, le second sera préféré parce qu'il se trouve partout et s'applique plus souvent que le premier;

9° Je reste convaincu que la forcipressure ne disparaîtra plus de la pratique chirurgicale.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. GIRAUD-TEULON présente, de la part de M. Sichel, une malade dont une paupière, détruite par une brûlure, a été restaurée au moyen de plusieurs greffes dermiques prises sur l'avant-bras. (Voir dans la *Gazette des Hôpitaux* du 20 mai la séance de l'Académie de médecine du 18, où cette malade a été également présentée.)

M. LE FORT a fait deux fois la même restauration par la greffe dermique en transportant des lambeaux de peau dans toute son épaisseur. Il a eu un succès et un insuccès. La condition de la réussite est dans la petitesse et la multiplicité des lambeaux greffés.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. PROS (de la Rochelle) présente un nouveau forceps dont les branches, articulées parallèlement, permettent un maniement plus facile de l'instrument.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 mars 1875. — Présidence de M. GALLARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend une lettre de remercîment de M. le docteur Mauriac, nommé membre titulaire.

La correspondance imprimée comprend : 1° une brochure de M. Marcet : *Considérations sur la barégine ou matière organique des eaux sulfureuses*; 2° une lettre de M. le docteur Worms. Cette lettre est renvoyée à une commission déjà formée.

RAPPORT

M. LEUDET lit le rapport suivant :

M. le docteur Gimbert (de Cannes) vous a adressé, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant national, un travail manuscrit : *Sur l'influence des plantations d'*Eucalyptus globulus *dans les pays fiévreux, et sur le traitement des accidents intermittents par ce végétal.*

Le titre de ce travail vous dévoile le double but que poursuit l'auteur : il s'agit de montrer, d'une part, le rôle *hygiénique* de l'eucalyptus et de préciser, d'autre part, son rôle *thérapeutique*.

Si l'*Eucalyptus globulus* ou gommier bleu de Tasmanie est déjà célèbre parmi nous en tant qu'essence forestière; si cet arbre géant, originaire d'Australie, introduit sur notre continent par M. Ramel, et bien vite propagé et naturalisé en Europe, rend à l'industrie et aux arts des services signalés et incontestables, son histoire médicale, qui date de ces quinze dernières années, est également remarquable, et promet de fournir à l'hygiène et à la thérapeutique, des agents nouveaux, actifs et sûrs. Cette histoire, poursuivie par un grand nombre d'auteurs tant en France qu'à l'étranger, n'a pas de promoteur plus ardent et plus convaincu que M. Gimbert (de Cannes).

Notre confrère a déjà publié deux mémoires sur l'*Eucalyptus globulus* : le premier en 1870: *l'*Eucalyptus globulus, *son importance en industrie, en hygiène et en médecine*; le second en 1873 : *Application thérapeutique de l'*Eucalyptus globulus. Il y expose des vues générales; il jette un coup d'œil d'ensemble sur les services que l'eucalyptus peut rendre non-seulement à la science, mais encore à l'agriculture et à l'industrie; et passe rapidement en revue ses appropriations thérapeutiques diverses et multiples. Ici, dans le travail qu'il soumet à votre jugement, il serre de plus près son sujet; il s'attache à l'une des propriétés les plus remarquables de l'arbre, et cherche à préciser son rôle hygiénique, à spécialiser son rôle curatif. Il prend donc une des formes les plus singulières de la maladie, — *l'intermittence,* — et un des éléments les plus graves du cadre nosologique, — *le paludéisme,* — et il les combat à l'aide de l'eucalyptus et de ses produits. Les résultats de la médication constituent tout son travail.

Il y a deux parties bien distinctes dans la mémoire de M. Gimbert. La première partie, la plus courte, forme comme une sorte d'introduction : c'est un exposé bref et rapide de l'influence exercée sur les pays *fébrigènes* par les plantations et les forêts d'eucalyptus. Nul doute à avoir sur l'influence bienfaisante de ces plantations et de ces forêts. Partout où il pousse, — et l'on sait combien sa croissance est merveilleusement rapide, — l'eucalyptus assainit la terre et chasse les miasmes. Partout où il est transporté, — et nous voyons aujourd'hui avec quelle facilité il se propage et se naturalise, — il amène avec lui la salubrité, en desséchant les marais et neutralisant les effluves qui en émanent. Les médecins n'ont fait ici que confirmer ce qu'avaient vu avant eux les agriculteurs et les économistes. M. Gimbert, témoin lui-même des bienfaits dus à la culture de l'eucalyptus le long des rives du Var, se joint à ses confrères de Corse, d'Algérie et d'Espagne, pour proclamer bien haut que cet arbre est un agent hygiénique de premier ordre, et qu'il mérite véritablement le nom d'*arbre à la fièvre*, que lui décerne le peuple de Valence.

Abandonnant bientôt l'étude du gommier bleu en tant *qu'agent hygiénique* agent préventif et préservatif de la fièvre, notre confrère arrive à la seconde partie de son mémoire, la plus importante et la plus neuve, celle où il considère l'eucalyptus comme *agent thérapeutique*, et agent thérapeutique *spécial*, c'est-à-dire doué de propriétés antipériodiques et antifébriles.

Fort de son observation personnelle, M. Gimbert affirme que les substances extraites des feuilles et de l'écorce de l'eucalyptus constituent un antipériodique sérieux, que l'eucalyptol ou essence d'eucalyptus est un remède souvent efficace contre un grand nombre de fièvres intermittentes, et qu'il doit être classé comme fébrifuge immédiatement après le quinquina.

Passerai-je en revue, devant vous, tous les auteurs, tous les médecins, français ou étrangers, qui comme notre confrère, avant ou après lui, ont cru à cette action antifébrile de l'eucalyptus? Je crois inutile de vous faire cet historique, puisque vous le trouverez dans un excellent article inséré dans la *Revue des Deux-Mondes* du 1er janvier de cette année, et dû à la plume habile et savante de M. Planchon, professeur de la faculté de Montpellier. Vous le trouverez également dans les leçons professées par M. Gubler à la Faculté sur l'*Eucalyptus globulus et son emploi thérapeutique,* leçons recueillies dans le *Bulletin de thérapeutique* du 30 août 1871. Vous le trouverez enfin dans les mémoires de M. Gimbert, et dans ce dernier travail, dont je fais en ce moment l'analyse.

Je ne rechercherai pas davantage comment les praticiens, guidés par les analyses chimiques, furent amenés à voir dans la réunion des différents principes, trouvés dans les feuilles et l'écorce de l'eucalyptus, un composé chimique et un médicament merveilleusement propres à combattre les diverses manifestations morbides de la fièvre intermittente. Il faut bien avouer d'ailleurs que leurs espérances furent déçues par la chimie elle-même. En effet, si l'huile essentielle de l'eucalyptus est susceptible, en qualité de stimulant diffusible, d'activer la circulation et de réchauffer le malade dans le stade de froid; si son tanin, comme le dit si bien M. Gubler, « peut exercer, grâce à son action astringente et tonique, une influence modératrice tant sur l'expansion des vaisseaux capillaires et sur les phénomènes de phlogose dont ils sont le siége, que sur le phénomène critique de la sudation, » il manque encore au nouveau fébrifuge un principe spécial « capable de galvaniser le grand sympathique, comme le font les admirables alcaloïdes du quinquina. » Il est vrai que ce principe spécial, cet alcaloïde de l'eucalyptus, M. de docteur Carlotti (d'Ajaccio) crut l'avoir trouvé; mais des recherches ultérieures, dues à MM. Bordo et Trillotte, pharmaciens chimistes, ne confirmèrent pas la découverte du médecin corse.

Quoi qu'il en soit de ces analyses chimiques et des explications physiologiques, qui en découlent, il est certain que l'action antifébrile de l'eucalyptus, prévue par M. Ramel dès l'année 1863, eut bien vite de chauds défenseurs, et qu'après avoir vivement frappé l'imagination populaire, elle dut être et fut en effet sévèrement contrôlée par des observateurs sérieux, tant en France, en Corse et en Algérie, qu'en Italie et en Espagne. Je ne puis m'empêcher de noter ici un trait, rapporté par M. Ramel, qui peint bien la naïveté de ces croyances populaires à l'endroit de l'eucalyptus et de ses vertus. Il s'agit des paysans de la province de Valence en Espagne. « Chez eux, dit M. Ramel, c'est déjà l'arbre populaire contre les fièvres; on le connaît si bien qu'on en pille des feuilles, quand on peut, comme on ferait de reliques, et que, dans tel jardin public d'une grande ville, il a fallu mettre des gardes autour de l'*arbre à la fièvre* pour l'empêcher d'être dépouillé. »

Pour être moins naïve, la croyance de quelques médecins, dans l'efficacité de l'eucalyptus contre un grand nombre de fièvres intermittentes n'en est pas moins réelle; et parmi les apôtres du nouvel antipériodique et du nouveau fébrifuge, nous devons signaler M. Gimbert comme un des plus autorisés et des plus convaincus.

Sur quoi se fonde donc la foi scientifique de notre confrère de Cannes? Sur quelle base s'appuie-t-il pour ne pas craindre de placer l'eucalyptol à côté de la quinine? Examinons les faits, et voyons si les conclusions de l'auteur quelque hardies qu'elles puissent paraître sont légitimes, ou ne le sont pas.

M. Gimbert nous donne trente-six observations, qui toutes lui sont personnelles, sauf trois cas qui lui ont été fournis, deux par le docteur Féraud (de Grasse), et un par le docteur Hugues (de Nice).

Ces trente-six cas se décomposent ainsi : dix-huit affections intermittentes *non fébriles*, et dix-huit affections intermittentes *fébriles*. Dans le premier groupe se trouvent : quatorze névralgies intermittentes *simples*, dues à des causes diverses, internes ou externes; déterminées, soit par la débilité, l'anémie, ou le nervosisme du malade, soit par les variations atmosphériques, l'humidité, le froid, soit même par une influence miasmatique; et quatre névralgies intermittentes et périodiques *mixtes*, c'est-à-dire symptomatiques non plus, comme tout à l'heure, d'une simple congestion du nerf, mais d'une véritable inflammation de celui-ci, constituées en un mot par une névrite, due elle-même le plus souvent à une lésion inflammatoire du voisinage.

Vous comprendrez immédiatement toute l'importance de cette division nosologique, de ce classement en névralgies simples et en névralgies mixtes, lorsque vous saurez que sur les quatorze névralgies simples il y a eu quatorze guérisons, et qu'au contraire sur les quatre névralgies mixtes, il y a eu quatre insuccès; d'où cette conclusion toute naturelle, tirée par M. Gimbert; efficacité réelle et constante de l'eucalyptus, comme antipériodique, dans les névralgies simples, sans altération du nerf, et son impuissance absolue dans les cas où la névralgie intermittente est liée à une névrite.

Le second groupe des affections traitées par l'eucalyptus comprend des affections intermittentes fébriles; ce sont : neuf fièvres *quotidiennes*, sept fièvres *tierces* et deux *cachexies paludéennes*.

Les neuf fièvres quotidiennes guérissent; des sept fièvres tierces, deux seulement ont résisté au nouveau fébrifuge; enfin les deux cas de cachexie paludéenne, dans lesquels le sulfate de quinine avait échoué, ont été promptement et radicalement guéris par l'eucalyptol, de telle sorte que l'efficacité du médicament se manifesterait principalement dans les fièvres rebelles.

Voici les faits, messieurs. Appartient-il à votre rapporteur de les interpréter et de les juger? Pour résoudre un problème, il faut en connaître tous les éléments et pouvoir les contrôler, non pas seulement par le raisonnement, mais encore par l'expérience. Or l'expérience me manque; et l'on aura toujours le droit de dire que les plus beaux raisonnements tombent devant les faits les plus simples. Les guérisons obtenues par M. Gimbert sont des faits; je me garderai bien de les affaiblir ou de les étayer par des considérations théoriques à coup sûr inopportunes. Je me contenterai de dire que, dans un problème de thérapeutique aussi grave que celui qui nous occupe, il ne suffit pas d'être expérimentateur habile et clinicien consommé, il faut avoir pour soi le *temps* et le *nombre*, le temps qui consacre les faits observés, le nombre qui justifie les conclusions prises.

Attendons, pour nous prononcer, que M. Gimbert nous ait fourni de nouvelles observations, et souhaitons qu'il veuille bien encore les communiquer à notre société, toujours si désireuse de discuter les travaux honnêtes et sérieux.

Votre commission a l'honneur de vous proposer :

1° D'inscrire M. Gimbert, sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national ;

2° De renvoyer son mémoire au comité de publication.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Souvenirs relatifs à Laënnec (1)

par son ancien élève A. Toulmouche, professeur à l'école de médecine de Rennes.

Je partis de Nantes en 1816, avec mon cher condisciple et ami Mériadec Laënnec, cousin de Laënnec et auteur des annotations qu'il ajouta à la troisième édition du Traité de l'auscultation médiate.

Comme nous étions jeunes et avides de voir du pays, en nous rendant à Paris, nous avisâmes de choisir le roulage accéléré, qui, alors, mettait huit jours pour atteindre la capitale. Nous nous proposions de marcher en avant et de pouvoir nous écarter de ce singulier véhicule, à droite et à gauche, pour mieux voir ce qui pouvait nous offrir de l'intérêt. Lorsque la fatigue nous forçait à nous reposer, nous nous arrêtions et montions dans la maringotte (2), de même que lorsque la pluie s'opposait à nos excursions. Nous arrivâmes, de la sorte, à Paris et descendîmes chez Laënnec, qui, à cette époque, demeurait rue du Jardinet, faubourg Saint-Germain.

Nous fûmes installés, tout de suite, dans un petit hôtel voisin, où une chambre garnie avait été louée par nous. Car, pendant bien longtemps, nous logeâmes ensemble.

Nous suivions assidûment la clinique de Laënnec, à l'hôpital Necker, dont il était médecin.

A cette époque, il commençait ses observations et ses études sur les applications de l'auscultation médiate à l'examen des maladies des organes de la respiration et celles du cœur.

Je me souviens du premier stéthoscope qu'il fabriqua, à l'aide de rouleaux serrés de papier, qu'il entoura de papier vert, qu'il nous occupait à coller extérieurement, et dont il unissait, ensuite, les extrémités à l'aide d'une lime. Il ne tarda pas à y substituer un cylindre en bois. Il essaya de plusieurs et s'arrêta à celui de cèdre, comme transmettant le mieux le son, et y ajouta un embout. C'est cet instrument qui a été représenté dans les planches de son ouvrage. C'est celui, en semblable bois, dont je me servis, durant toutes mes études, à l'hôpital Necker. Je l'ai conservé et toujours employé, durant un bien grand nombre d'années de ma carrière médicale, et encore, aujourd'hui, c'est de ce vieux stéthoscope dont je me sers dans mon service, à la maison centrale de détention, comme médecin, depuis presque un demi-siècle (44 ans de services). Postérieurement à Laënnec, on crut devoir éviter ce cylindre et en raccourcir la longueur, pour le rendre moins pesant et plus portatif, de même qu'on y ajouta la plaque en ivoire de Piorry, qu'on détache a volonté, pour exercer la percussion. Je ferai observer que le premier de ces médecins n'employait, pour pratiquer cette dernière, que ses doigts, et qu'il obtenait, à l'aide de cette méthode si simple, des résultats tout aussi certains. Car son habileté à percuter directement était extrême et d'une grande certitude.

A cette époque, nous formions à l'hôpital Necker une petite réunion de Bretons, ses élèves, qui suivions, presque exclusivement, les expériences et la clinique du maître. C'étaient Rault, élève interne, Balbaut, externe, Mériadec Laënnec, Beaugendre et moi-même. Je fus chargé, plus tard, d'exécuter, d'après nature, la plus grande par-

(1) Extrait des *Archives générales de médecine* (mai 1875).

(2) Espèce de petit cabriolet couvert, ménagé à l'extrémité antérieure de la charrette de roulage, pesamment chargée.

tie des dessins, d'après lesquels ont été gravées les planches jointes au Traité de l'auscultation médiate (1).

Tous ces anciens condisciples sont morts depuis, et je reste seul survivant.

A l'hôpital Necker, chacun de nous était chargé de rédiger les observations d'un nombre limité de malades, et tous les détails des autopsies cadavériques, que Laënnec faisait exécuter devant lui, et auxquelles il participait lui-même, toutes les fois qu'il le jugeait nécessaire, et, la plupart du temps, avec l'esprit minutieux et patient qu'il apportait à tout ce qui avait rapport à la science de l'auscultation médiate et à l'anatomie pathologique.

Il avait laissé à son cousin Mériadec Laënnec de bien précieux matériaux pour cette dernière partie, et que celui-ci aurait peut-être publiés, bien qu'il y eût des lacunes qu'il aurait pu combler, si le Traité d'anatomie pathologique d'Andral, qui parut à cette époque, ne l'avait pas découragé. Que sont devenus ces documents si intéressants? Je l'ignore. Laënnec faisait sa clinique au lit du malade, en latin; aussi le grand nombre d'observations que j'avais rédigées sous lui porte-t-il sur la page, qu'il nous faisait plier en deux, d'un côté, la légende latine et, de l'autre, l'observation en français rédigée par l'élève. C'est cette habitude contractée sous lui qui m'a amené, pendant toute ma carrière médicale, à formuler en latin.

Laënnec faisait religieusement sa visite de chaque jour, à moins qu'il ne se trouvât indisposé. Il se rendait à l'hôpital Necker dans un modeste cabriolet de louage. Son costume était toujours le même, culotte courte et habit noir, cravate blanche.

Le plus grand encouragement qu'il nous donnât, lorsqu'une observation rédigée par nous lui paraissait convenable, complète, et, surtout, avec des détails d'anatomie pathologique précis, auxquels il attachait tant d'importance, était exprimé par la phrase suivante : *Cela pourra aller*. Jamais autre compliment ne sortait de sa bouche.

Quant aux dessins destinés à être gravés dans son ouvrage, il en est tels qu'il me faisait recommencer trois ou quatre fois, et qu'il corrigeait, assez souvent, de sa propre main. Avec son esprit minutieux et positif, il ne lui fallait pas d'à peu près. Il discutait, volontiers, avec nous, lorsque nous émettions quelques doutes ou objections sur des points de clinique, et toujours avec son sang-froid habituel, et un tour un peu moqueur, ce que décelaient, du reste, la vivacité et la finesse de ses yeux ainsi que l'expression de sa bouche sans que jamais sa bienveillance nous fît défaut. En effet, à cette époque, pour ce qui me concerne, il obtint de MM. Charras et Duchâtel, alors pharmaciens de l'École de médecine, la permission pour moi, de fréquenter leur officine, et, du professeur Vauquelin, que je fusse admis à son cours, dans l'enceinte réservée, afin que je pusse suivre, de plus près les manipulations chimiques et les expériences qui en faisaient la base.

Qu'il me soit permis d'ajouter une dernière preuve de l'intérêt que ce vénéré maître portait à ses élèves. Lorsque je passai ma thèse, dont le sujet était relatif à quelques applications pratiques de l'auscultation médiate, Dupuytren avait été désigné pour la présider. Quand je me présentai chez lui, il me reçut assez mal; se souvenait-il d'une réponse que je lui avais faite à une interrogation qu'il m'avait adressée avec dureté, lorsque je suivais sa clinique, laquelle n'avait pas mis, parmi les nombreux étudiants qui entouraient les lits, les rieurs de son côté; ou bien peu sympathique à la découverte récente de Laënnec, était-il peu disposé à en favoriser la publicité? Je l'ignore. Toujours est-il qu'il me déclara que je ne passerais pas ma thèse sur le sujet que j'avais choisi. Je protestai contre ce que cette décision avait d'arbitraire. Je me rendis près de Laënnec, auquel je racontai ce qui venait d'avoir lieu. Il m'écouta et ne me répondit rien, mais il se rendit près du doyen de la Faculté et obtint que le président fût changé, en sorte que je pus passer ma thèse, telle que je l'avais écrite, et répondre aux diverses objections que m'adressèrent mes examinateurs, qui n'étaient rien mois que bien disposés à accepter les résultats pratiques de la découverte de Laënnec.

(1) Voir les pages 37 et 38 de la première édition de cet ouvrage. Ultérieurement, mon ami Mériadec Laënnec m'envoya la troisième, augmentée de notes par lui.

J'aurais voulu pouvoir effacer entièrement mon obscure et insignifiante personnalité dans les souvenirs que je retrace, mais la chose était difficile. Qu'on me le pardonne. Laënnec avait une vaste clientèle et, un peu plus tard, il fut nommé médecin de madame la duchesse de Berry et du cardinal Fesch. Chez ces hauts personnages, il était obligé, lorsqu'il les visitait, de porter l'habit à la française, le chapeau exigé, et d'avoir l'épée de cérémonial au côté.

Les deux médecins qui lui étaient le plus sympathiques, et que je rencontrais le plus souvent chez lui, étaient Cayol et Récamier. Ce dernier fut très-bon pour moi, il m'envoyait faire des pansements et de la petite chirurgie, chez un certain nombre de ses clients, ce qui était toujours rétribué et me donnait un peu plus d'aisance. Car mon père avait cinq enfants et ne pouvait me servir qu'une très-modique pension.

J'eus occasion, une fois, d'assister, chez Laënnec, à un entretien qui avait lieu entre lui et un personnage qui m'était inconnu. Comme leur conservation ne m'intéressait que de sorte, car ils parlaient sur la politique et les affaires du jour, je n'y prêtai pas grande attention, et, lorsque son interlocuteur fut parti, il me demanda si je savais quel était l'homme qui avait occupé si peu mon observation, et me fit connaître que c'était le célèbre Chateaubriand. Laënnec invitait, fréquemment, pour assister aux autopsies cadavériques faites à l'hôpital Necker, dans son service, les praticiens les plus éminents de Paris, auxquels il annonçait, toujours avant celles-ci, les lésions qu'on trouverait, afin de leur faire apprécier les résultats de l'emploi de la percussion et de l'auscultation médiate, dans l'étude clinique des maladies du cœur, et de celles des organes pulmonaires, et même dans quelques-unes de ces dernières l'usage de la succussion hippocratique qu'il remit de la sorte en honneur. Il y ajoutait, dans certains cas, la mensuration de la poitrine.

Là, s'engageaient les discussions les plus instructives pour nous, entre ces médecins distingués, parmi lesquels je remarquai, à plusieurs séances de nécropsies, tantôt Leroux, Récamier, Cayol, Fiseau, Guersent, Rullier, Gallol; tantôt Landré-Beauvais, Ribes, Pignier, Mac-Mahon, Lucas, Baffos, Guilbert. *(A suivre.)*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours pour deux places de médecin. — Mercredi, 19 mai : MM. Grancher, Huchard, Gougenheim et Straus : *De l'érysipèle.*

Jeudi, 20 mai : MM. Ruck, du Castel, Debove et Gingeot : *De la pelvi-péritonite.*

Samedi 22 mai : A quatre heures, réunion des candidats à l'Hôtel-Dieu pour y subir les séries de la troisième épreuve orale. (*Clinique au lit des malades.*)

— *Faculté de médecine de Paris. — Cours d'histoire naturelle médicale.* — M. Baillon fera sa prochaine herborisation le dimanche 23 mai. Rendez-vous à la gare Montparnasse. Départ à neuf heures pour Bellevue.

— *Collége de France.* — M. Schutzenberger, professeur au Collége de France, fera, les mercredis et samedis à une heure et demie, à partir du 26 mai, une série de leçons sur les *matières albuminoïdes et leurs dérivés*, dans l'amphithéâtre de chimie.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Cantenot, licencié ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur des travaux micrographiques.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Boisson, pharmacien de 1re classe, est institué suppléant de chimie et de pharmacie pour une période de six années.

— *École de médecine de Caen.* — M. Gidon, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes pour une période de six années.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Lemaistre, docteur en médecine, est nommé chef des travaux de physiologie et d'histologie.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Dupont (Étienne-Norbert), pharmacien de 1re classe, est institué suppléant des chaires de chimie et de pharmacie pour une période de six années.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Guittard, professeur de pathologie interne, est autorisé à se faire suppléer, pendant le 2e semestre de l'année scolaire 1874-1875, par M. Caubet, professeur suppléant.

— *Corps de santé de la marine.* — M. Soulages (Jean-Marcelin), aide-médecin, a été promu au grade de médecin de deuxième classe.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 22 mai 1875, no 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

1° Discussion sur les conclusions du rapport de M. de Ranse, relatif à la fusion de diverses sociétés. — 2° Note sur le traitement du rhumatisme par M. le docteur Géry. — Rapport de M. Mercier sur la candidature de M. Boulimié au titre de membre titulaire.

— La science médicale et chirurgicale commence à faire des progrès au Japon. A l'hôpital d'Hakodadé, on fait tous les jours des cours suivis régulièrement par une vingtaine d'étudiants; on y fait également des expériences cliniques. Tous les deux mois se publie un journal de médecine illustré, en langue japonaise. (*Journ. offic.*)

— *Excursion géologique.* — M. Daubrée, membre de l'Institut (et en son absence M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste) fera le dimanche 23 mai une excursion géologique à Liancourt, Chaumont en Vexin et à Trye-Château. — Se rendre à la gare Saint-Lazare pour prendre, à six heures et demie, le train pour Liancourt.

— *Herborisation.* — M. Bureau, professeur, fera sa prochaine herborisation le dimanche 23 mai, à Bourey. Départ par le train de sept heures un quart (gare d'Orléans). Se rendre de préférence avant sept heures afin de jouir de la réduction dans le prix des places.

— *Botanique rurale.* — M. Chatin, professeur, membre de l'Académie des sciences, fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 23 mai, dans la forêt de l'Isle-Adam.

Rendez-vous à la gare du Nord, à huit heures un quart, pour la station de l'Isle-Adam. — Des cartes individuelles seront distriquées à la gare.

— La Société de prévoyance des pharmaciens de 1re classe du département de la Seine a tenu son assemblée générale annuelle le vendredi 16 avril 1874, à l'École de pharmacie, sous la présidence de M. A. Fumouze.

Après une allocation de M. le président, MM. les sociétaires ont entendu la lécture du procès-verbal de la dernière assemblée générale, faite par M. Fontoynont, secrétaire adjoint. Puis M. Champigny, secrétaire général, a présenté l'exposé des nombreux travaux du conseil d'administration, pendant l'exercice 1874-1875. La séance s'est terminée par le renouvellement d'une partie des membres du conseil. — Ont été élus à l'unanimité : MM. Duroziez, vice-président, Bornet, Capgrand, A. Fumouze, conseillers.

En conséquence, le conseil d'administration de la société est ainsi composé pour l'année 1875-1876 : Président, M. Crinon ; vice-président, M. Duroziez ; secrétaire général, M. Champigny ; secrétaire-adjoint, M. Fontoynont ; trésorier, M. Labélonye ; conseillers, MM. Allié, Bain, Barbarin, Bornet, Capgrand, Cocquelet, Ferrand, A. Fumouze, Limousin, Millot.

— La séance publique annuelle de la Société des amis des sciences a eu lieu le samedi, 8 mai, à la Sorbonne, sous la présidence de M. Dumas, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

M. Félix Boudet, secrétaire de la société, a rendu compte de la gestion du conseil d'administration pendant l'exercice 1874, et des secours votés par la société pour l'année 1875, montant à 33,000 francs y compris les subventions annuelles accordées aux familles des aéronautes Crocé-Spinelli et Sivel.

Le siége de société est rue de Seine, 34.

Le prix de la souscription annuelle est de 10 francs. Celui de la souscription perpétuelle est de 200 francs une fois payés.

— M. le docteur Lanoix vient d'organiser un service de vaccine qui met à la disposition des médecins du vaccin de génisse, aux endroits, jours et heures indiqués ci-dessous : 44, rue de Clichy, mardi, mercredi, jeudi, vendredi à une heure. — 6, rue Daval (Bastille), mardi à 4 heures. — 9, boulevard Denain, mardi à 3 heures. — Établissement de la frégate (quai d'Orsay), mercredi à 3 heures. — 3, route de la Révolte (porte Maillot), jeudi à 4 heures. — 7, rue Poulet (Montmartre), samedi, à 3 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la localisation dans les maladies cérébrales (Thèse présentée au concours pour l'agrégation, par le docteur R. Lépine, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine. — In-8° de 160 pages avec deux planches. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1875, J. B. Baillière et fils.

De la maladie charbonneuse, par le docteur Haneur. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Clinique thermo-minérale de Néris, par le docteur F. de Ranse. Première fascicule. Des indications et des contre-indications des eaux de Néris. — In-8° de 112 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1875, P. Asselin.

Injection d'eau dans la cavité péritonéale comme traitement de la péritonite aiguë, par A. Netter, bibliothécaire de la faculté de médecine de Nancy, lauréat de l'Institut. — In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1875, Berger-Levrault.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL COCHIN. — M. DESPRÈS.

Kyste hydatique du foie. — Cautère et ponction. Guérison.

(Observation recueillie par M. HERVOUET, interne du service.)

D... (Élisa), vingt-sept ans, célibataire, couturière, entrée le 27 juin 1874 à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques, n° 6. — Cette femme, assez bien constituée, a eu, il y a cinq ans, une pleurésie à gauche. Plusieurs de ses frères et sœurs sont morts de la poitrine.

Il y a bientôt trois ans, étant au début d'une grossesse, elle a fait une chute sur le côté droit; à la suite, elle a eu la jaunisse pendant quelques semaines. La marche de la grossesse ne fut pas d'ailleurs entravée et l'accouchement se fit normalement. Un an après la chute (quelques mois après l'accouchement), la malade s'aperçut de la présence d'une tumeur à l'épigastre. Elle sentait déjà, depuis un certain temps, des tiraillements d'estomac, et les digestions étaient pénibles. La tumeur a grossi progressivement, et depuis quelques mois la respiration est gênée.

Voici l'état observé lors de l'entrée de la malade à l'hôpital : il y a un peu de dyspnée pendant la marche et la station debout. Douleur dans la région du foie; elle se propage jusque dans l'épaule droite. Tumeur à deux bosselures, une à l'épigastre, l'autre au-dessous à droite de la ligne médiane, siégeant à l'épigastre et à l'hypochondre droit. La percussion donne une matité absolue sur une large surface dont voici les limites : d'une part, sur une ligne verticale tirée de l'aisselle du côté droit, la matité s'étend depuis la cinquième côte jusqu'à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes; d'autre part, sur la ligne médiane, depuis la partie inférieure du sternum jusqu'à l'ombilic. De plus, elle déborde la ligne médiane pour gagner l'hypochondre gauche. Au niveau de l'épigastre, où la tumeur est le plus saillante, on sent nettement de la fluctuation. La saillie est augmentée par la station verticale. Il n'y a pas traces de frémissement hydatique. Depuis un certain temps, les règles ne viennent pas régulièrement.

M. Desprès diagnostique un kyste hydatique du foie.

4 juillet. — Application d'un cautère à la pâte de Vienne sur la saillie inférieure de la tumeur.

2 août. — Le cautère se cicatrise. On en applique un nouveau sur le point le plus saillant de la tumeur.

17 septembre. — Le cautère a été entretenu par des applications successives de pâte de Vienne pour obtenir l'adhérence de la paroi abdominale avec le kyste.

Depuis quelques semaines, la dyspnée a fait des progrès considérables, surtout pendant la nuit; la malade ne peut dormir, ne sachant quelle position prendre pour respirer à l'aise. Elle ne tousse pas. De plus, elle éprouve une douleur vague dans le ventre et dans l'hypochondre.

M. Desprès choisit ce moment pour ponctionner le kyste avec un trocart de moyen calibre introduit au centre du cautère, qui est la partie la plus amincie. On retire ainsi un litre environ d'un liquide parfaitement limpide et transparent comme de l'eau. Traité par la chaleur et par l'acide nitrique, ce liquide ne précipite point d'albumine. La canule du trocart est retirée aussitôt après l'évacuation du liquide du kyste. On applique un cataplasme sur la région malade.

Dans la journée, la respiration est plus libre, mais il y a encore beaucoup de gêne. Pas de fièvre.

18 septembre. — N'a pas dormi la nuit. Quand on presse sur la tumeur, il sort du liquide par l'ouverture. Il y a des nausées et quelques vomissements.

19 septembre. — Amélioration sensible dans l'état général. Il y a du sommeil, un peu d'appétit. La respiration est beaucoup plus facile. Le soir, il y a un peu de fièvre. T. ax. 38°,8. P. 120.

La saillie que faisait la tumeur à l'épigastre est effacée. La sonorité est rétablie à gauche, et au-dessus de l'ombilic sur la ligne médiane. Le foie ne déborde plus les fausses côtes que de 2 centimètres environ.

21 septembre. — Le mieux continue. Il y a plus ni douleur, ni fièvre. La respiration est aisée.

Il sort un peu de liquide roussâtre par l'ouverture du kyste.

22-23 septembre. — Le cataplasme est encore un peu mouillé par le liquide sorti du kyste.

26-27 septembre. — L'orifice est complétement fermé par les bourgeons. — La malade se plaint d'une douleur à l'épigastre.

29 septembre. — La douleur épigastrique a augmenté; la pression sur l'épigastre cause une sensation de suffocation. Nouvelle application de pâte de Vienne sur le cautère, qui est en voie de cicatrisation.

1er octobre. — La douleur persiste. On met encore du caustique de Vienne sur le même point pour le cas où une nouvelle ponction serait nécessaire.

2 au 13 octobre. — Les douleurs se sont dissipées peu à peu complétement. Le retrait du foie s'est accentué. La malade se lève et sort dans le jardin. Elle éprouve seulement quelques tiraillements d'estomac dans la station verticale. La respiration se fait librement.

18 octobre. — Se sentant tout à fait rétablie, la malade se demande à retourner chez elle.

Exeat. — A ce moment, on ne sentait plus de tumeur à l'épigastre, la région offrait une sonorité parfaite et le foie avait son volume normal. La percussion ne donnait pas de matité en dehors de l'espace compris entre la cinquième côte et le bord des fausses côtes. Il n'y avait pas traces de tumeur.

Le procédé employé dans ce cas diffère des procédés anciens et nouveaux, et nous avons été conduit à l'adopter par l'étude des accidents auxquels ont donné lieu les ponctions

simples et les ponctions capillaires évacuatrices. En effet, dans les cas où des accidents sont survenus à la suite des ponctions, il y a eu des ruptures que l'on n'a pu prévenir, en ouvrant le kyste avec la potasse caustique : le temps nécessaire pour obtenir cette ouverture était trop long. M. Demarquay a communiqué à la Société de chirurgie des faits de ce genre. Le procédé ancien de Récamier, les ponctions et les injections iodées ont certainement réussi dans plusieurs cas, le premier après avoir provoqué la suppuration du kyste, les seconds, tantôt en faisant suppurer le kyste, tantôt en provoquant l'atrophie de la tumeur; mais il y a des cas de mort à la suite de l'application de chacun de ces procédés.

La combinaison du cautère avec la ponction a un avantage marqué, en ce sens que si la ponction entraîne l'atrophie de la tumeur par suite de la mort de l'hydatite, on a mis un cautère de précaution, qui n'est pas dangereux s'il n'a pas été utile.

Si, au contraire, la ponction provoque la suppuration du kyste séance tenante, on ouvre l'escarre, le kyste peut suppurer sans danger, et l'on peut donner une issue à un certain nombre des hydatides.

Dans le cas présent, nous avions affaire à une hydatide solitaire, ce que pouvait faire supposer *a priori* l'absence de frémissement hydatique, la ponction et l'évacuation du liquide de l'hydatide à travers l'escarre a amené l'atrophie. Dans le cas où il se serait agi d'un kyste à hydatides multiples, l'escarre fendue ou la plaie de la ponction dilatée aurait donné facilement issue aux hydatides.

Mais il y a un moment délicat à passer, lorsque le traitement est appliqué, et cela a déjà été remarqué lorsque les chirurgiens employaient le procédé de Récamier. Quand le kyste est sur le point d'être ouvert, il y a une inflammation du kyste qui se traduit par une tension exagérée de la poche, qui menace de se rompre et se rompt même quelquefois en vingt-quatre heures. M. Desprès a observé cet accident il y a deux ans chez une jeune femme ayant un vaste kyste hydatique, avec hydatides multiples et frémissement hydatique, bien que certains symptômes de dyspnée et d'angoisse réclament la complication redoutée, et que M. Desprès voulut exécuter ce qui a été fait chez la femme D...; la malade ne voulut point consentir à ce que la ponction fût faite. Le kyste se rompit dans la nuit même. M. Desprès s'est servi de la narration de ce fait pour décider l'autre malade à accepter la ponction (il est à remarquer que les malades atteintes de kystes du foie éprouvent généralement de la répugnance à l'idée de la ponction). La dyspnée, le sentiment de tension au creux épigastrique très-accusés, éveillant donc l'attention, on doit sans hésiter faire une ponction aussitôt que le sentiment de tension existe, et de la sorte, on évite les accidents graves qui, si souvent, sont suivis de mort.

L'ouverture faite à l'escarre par le trocart a donné issue à du liquide pendant plusieurs jours, sans que cela entraînât la suppuration. Ce point de l'observation n'est pas le moins intéressant, puisqu'il n'en est résulté aucune trace de suppuration.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. A. Leblond.

Sur l'avortement spontané dans les premiers mois de la grossesse. — Importance médico-légale de l'intégrité des membranes. (1)

Obs. III. — *Avortement spontané à six mois et demi de grossesse d'un produit âgé d'environ 3 mois. — Expulsion en bloc du produit de la conception.* Mme C..., trente-six ans, s'est mariée vers le milieu de 1872. D'une santé assez faible, elle était sujette à s'enrhumer presque tous les hivers, et la toux persistait souvent pendant plusieurs mois. La menstruation était ordinairement régulière.

Je vis Mme C... pour la première fois au commencement de l'année 1873. Elle était atteinte d'une bronchite qui datait de plus de trois mois. L'auscultation me révéla quelques craquements au sommet du poumon droit. Mais au bout de deux mois je revis la malade, et je ne retrouvai pas les signes que j'avais constatés lors de mon premier examen. L'état de la malade était devenu sensiblement meilleur. Les règles s'étaient supprimées depuis deux mois, la malade éprouvait quelques nausées et quelques vomissements; les seins s'étaient légèrement développés et étaient le siége de picotements. Nous pensâmes donc que nous étions au début d'une grossesse.

Le 18 avril Mme C... tomba sur les pieds de la hauteur d'une chaise sur laquelle elle était montée. Elle ressentit le lendemain quelques douleurs hypogastriques et vers la région sacrée, mais il n'y eut aucun écoulement sanguin ; la grossesse était arrivée à trois mois et demi environ. Le séjour au lit fut prescrit ainsi que des lavements laudanisés, et le 23 toute crainte d'avortement avait disparu et la malade reprenait ses occupations quelques jours plus tard.

Je n'entendis plus parler de Mme C... jusqu'au 11 juillet 1873. Ce jour je fus appelé et quand j'arrivai vers neuf heures du matin, Mme C... me raconta qu'elle avait éprouvé depuis plusieurs heures des douleurs hypogastriques qui revenaient par accès. Elle me dit qu'elle sentait remuer l'enfant et que les mouvements avaient commencé à être perçus il y a environ deux mois. L'auscultation ne révélait pas les bruits du cœur fœtal. Le toucher vaginal révélait un col utérin un peu ramolli et laissant difficilement pénétrer la pulpe de l'indicateur. La palpation abdominale, combinée au toucher vaginal, permettait de sentir le corps utérin en antéversion et n'ayant guère plus du volume des deux poings. Ce signe me fit immédiatement rejeter l'idée d'une grossesse arrivée à six mois et demi comme on devait le supposer d'après le temps qui s'était écoulé depuis la dernière menstruation.

A midi je revis la malade; les douleurs s'étaient interrompues pendant environ une heure, mais avaient repris bientôt avec une intensité plus grande; le col s'était légèrement dilaté, et l'introduction de la première phalange de l'indicateur pouvait avoir lieu facilement jusqu'à l'orifice interne. Il existait de plus un léger écoulement séro-sanguinolent. A trois heures l'orifice du col s'était largement dilaté, et l'on trouvait dans cet orifice une partie fœtale munie de doigts qui fut facilement reconnue être un pied.

Une demi-heure plus tard, les douleurs cessèrent tout à coup, et en pratiquant le toucher je reconnus que le fœtus avait franchi le col utérin en grande partie et était contenu presque entier dans le vagin. Saisissant alors l'un des pieds avec deux doigts, il me fut facile d'amener au dehors le produit de la conception. L'écoulement sanguin qui accompagna cette expulsion fut très-modéré.

Lorsque j'examinai le produit expulsé je vis que les membranes étaient intactes. Elles étaient très-minces, et les villosités placentaires étaient presque complétement atrophiées. Il y avait à l'intérieur des membranes une très-petite quantité de liquide couleur chocolat. Cette quantité pouvait être de 20 à 30 grammes tout au plus. Le fœtus était petit, ratatiné; la peau était ridée, l'épiderme s'enlevait facilement et était recouvert de nombreuses concrétions blanchâtres assez consistantes.

Le fœtus mesurait du sommet de la tête à l'extrémité inférieure du siége, 13 centimètres. Les organes génitaux externes n'étaient pas assez développés pour permettre de distinguer le sexe.

Les suites de cet accouchement furent des plus simples, et la malade était assez bien rétablie au bout de vingt jours pour pouvoir se transporter aux environs de Paris. Lorsque l'éruption des règles survint après cet accouchement, Mme C... eut une métrorrhagie abondante qui l'obligea à garder le lit pendant quatre à cinq jours.

La constitution de Mme C... resta toujours assez débile.

L'année suivante il survint une nouvelle grossesse; l'accouchement, qui eut lieu à terme (27 juin 1874), fut laborieux et terminé par une application de forceps.

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 mai.

La malade fut atteinte de métro-péritonite et succomba le 13 août, c'est-à-dire près de deux mois après la délivrance. Je ne crois pas devoir rapporter ici l'histoire de cet accouchement. Je me réserve d'en publier plus tard la relation, laquelle présente d'ailleurs un intérêt spécial.

Obs. IV. — *Avortement spontané à deux mois. — Expulsion en bloc du produit de la conception* (1). Mme A... (Amélie), âgée de vingt-neuf ans, exerçant la profession de couturière, est entrée le 8 mai 1874 dans le service de M. le docteur Bernutz, à l'hôpital de la Charité.

La malade est hystérique depuis plusieurs années; elle a eu à diverses reprises des attaques de nerfs bien caractérisées avec sensation de boule, convulsions, etc.

Elle est accouchée une première fois à l'âge de dix-neuf ans; l'accouchement a été normal et les suites de couches très-régulières.

La malade fait remonter l'époque de sa dernière conception au 5 avril de cette année. Les règles ont été supprimées en avril et en mai. Vers le 20 mai, sans causes appréciables, elle a eu des frissons et de la fièvre qui ont duré pendant huit jours.

Le 4 juin, étant bien remise, elle fut effrayée par une voiture. Elle fit alors une chute sur le bas-ventre. Rentrée chez elle, elle ressentit des douleurs vives dans l'hypogastre et perdit un peu de sang. Il n'existait pas de vomissements.

La malade se met au lit le 5; les douleurs continuent, elles sont accompagnées de l'expulsion de quelques caillots.

Les 6, 7 et 8, l'écoulement sanguin persiste, et le soir du 8 la malade entre à l'hôpital. Il existe des douleurs assez vives dans l'abdomen, et l'on constate une anémie considérable.

Par le toucher vaginal on perçoit la présence, dans le vagin, du produit de la conception. Ce produit est situé en partie dans le vagin, en partie dans la cavité du col. L'extraction ne présente aucune difficulté et n'est suivie d'aucune hémorrhagie.

Le produit très-altéré et putréfié se compose du placenta dans son entier et des membranes. Ces dernières ne sont pas rompues. Le tout présente une circonférence ovalaire, une forme légèrement aplatie et un volume inférieur à celui du poing. L'embryon fait corps avec le reste de la tumeur placentaire et lui adhère intimement. Ces faits ont été recueillis par M. Martin en présence de M. Ory, interne des hôpitaux.

9 juin. L'hémorrhagie est presque arrêtée. Quelques douleurs existent dans les reins et à l'hypogastre du côté droit.

Quatre jours plus tard, les lochies ont cessé de couler, et dix jours après, le 19 juin, la malade quittait l'hôpital ne ressentant plus aucune douleur.

Le col et le corps de l'utérus ont repris leur volume à peu près normal.

Malgré les détails peu nombreux contenus dans cette observation, nous n'en devons pas moins relever ce fait que les membranes n'étaient pas rompues.

La conception ayant eu lieu, au dire de la malade, vers le 5 avril, et l'expulsion du produit s'étant faite le 8 juin, la grossesse était donc arrivée à deux mois.

Quant à la cause de l'avortement, elle nous paraît évidemment devoir être attribuée à la chute que fit la malade, et qui fut suivie, dès le lendemain, d'un certain écoulement de sang.

HYDROTHORAX ET ABCÈS DES POUMONS

GUÉRIS PAR L'ÉVACUATION DES LIQUIDES PATHOLOGIQUES

A la séance du 17 décembre 1874, le docteur Ferdinando Verardini, médecin à l'Ospedale maggiore de Bologne, a communiqué un mémoire assez long à l'Académie des sciences de cette ville. Nous allons en présenter le résumé.

Dans une étude lue à cette société savante, les 27 mars et 20 novembre 1873, le professeur Brugnoli s'efforçait de démontrer l'utilité de la thoracentèse capillaire dans les épanchements pleuraux. Il apportait à l'appui de ses opinions un grand nombre d'observations, dont quelques-unes mentionnaient de très-heureux résultats. Le travail actuel est fait dans le même but.

Prenons d'abord les observations qui lui servent de base.

Obs. I. — Leopolde S..., trente-cinq ans, entre le 8 mai 1864 à l'Ospedale maggiore, dans le service du professeur Dominico Santegata, et passe au bout de quelques jours au n° 76 de la salle des hommes du docteur Brugnoli.

Pas d'antécédents pathologiques. Huit jours avant son entrée, fort point de côté à droite et à la base du thorax. Pas de fièvre. Au bout de deux jours, toux, expectoration abondante. Dyspnée intense. Sensation de brûlure pendant la miction. A son entrée, symptômes caractéristiques d'un épanchement pleurétique du côté droit.

A l'intérieur :

Calomel. . . . . 1 gramme.
Scille préparée. . . . . . . 30 centigr.

Donner en trois paquets à prendre en vingt-quatre heures.
Eau d'orge 1 degré. Même traitement pendant dix jours.
18 mai. — Changer la prescription et la remplacer par :

Chlorate de potasse. . . . 1 gramme.
Eau distillée. . . . . . . 100 —
Sirop simple. . . . . . . Q. S.

A l'extérieur, badigeonnage du thorax à la teinture d'iode. (Nourriture 2 degrés). La température axillaire a varié seulement de 38 à 38,4.

25 mai. — Iodure de potassium, à la dose de 60 centigrammes le premier jour, avec augmentation de 10 centigrammes chaque fois.

27 mai. — La température descend au-dessous de 38 degrés.

5 juin. — A la suite d'émissions copieuses, une amélioration notable se manifeste. L'exsudat diminue. On met le malade au troisième degré.

17 juin. — Le service passe entre les mains de l'auteur.

L'exsudat pleurétique du malade est entièrement disparu. Cependant, ce jour-là, le malade recommence à tousser. Une nouvelle phase morbide commence.

18 juin. — Pas d'épanchement pleurétique à droite. Au sommet et en arrière surtout râles prolongés et circonscrits. On soupçonne une suberculose.

Température axillaire environ 40 degrés. Sueurs nocturnes.

A gauche, quelques râles sibilants. Palpitations.

Traitement :

Poudre de Dower.
Digitale.
Bisulfate de quinine contre la fièvre.

Bientôt la respiration redevient très-difficile. Le malade se plaint d'une douleur profonde entre la sixième et la septième côte gauches. Son obscur à la percussion. Dans les premiers jours de juillet, on peut entendre en avant le murmure vésiculaire, en arrière matité s'étendant jusqu'au haut à la fosse sous-claviculaire. Choc du cœur perceptible à droite et la zone de matité s'étendant jusqu'à la moitié de la clavicule droite. En arrière, disparition complète du murmure vésiculaire. Au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Souffle très-net, presque bronchique.

6 juillet. — Respiration tumultueuse; palpitations. Les diurétiques et les vésicatoires ayant été impuissants à amener la diminution de l'épanchement, on se résolut à recourir à la thoracentèse capillaire.

Par ce moyen, on donna issue à 700 grammes de sérosité limpide de couleur jaune citron. A partir de ce moment, le malade commença à mieux respirer et à avoir un peu de repos. Le pouls tombe de 700 à 92. La respiration, qui était à 40, devient moins fréquente (28). A mesure que l'épanchement diminuait, le souffle, entendu d'abord en arrière, seulement devenait appréciable en avant.

Les trois jours suivants, tout alla bien (P. 84. R. 28. T. A. 37). Malgré cela, les urines étaient rares. L'état s'aggrave bientôt de nou-

(1) Observation recueillie par M. Martin, interne des hôpitaux dans le service de M. le docteur Bernutz.

veau, de sorte que le 15 juillet on fut obligé de recourir une seconde fois à la thoracentèse capillaire (1,800 grammes de liquide jaune citrin légèrement trouble, contenant des chlorures et beaucoup d'albumine. Au microscope, quelques globules rouges, mais pas de leucocytes).

Les phénomènes consécutifs furent les mêmes que dans le premier cas, mais le cœur ne reprit pas sa place, et il parut évident qu'il était fixé où il se trouvait par de récentes adhérences. Pour provoquer la diurèse, on donne l'iodure de potassium. Au début, le résultat paraît atteint.

Du 20 au 21 juillet, 1,000 grammes d'urine; du 23 au 24, 1,200 grammes. Ces urines présentaient les qualités suivantes : D. 1,028, acides, phosphates en très-grande quantité. Malheureusement les choses ne continuèrent pas de la sorte, et vers la fin de juillet, les urines étaient redevenues rares et tous les phénomènes graves antérieurement constatés étaient apparus de nouveau.

Plusieurs médecins proposèrent à ce moment de faire suivre les thoracenthèses de l'injection d'un liquide irritant dans la plèvre. Plusieurs raisons contre-indiquaient cette pratique.

1° La *qualité du liquide*. L'examen microscopique avait montré qu'il ne contenait pas un globule de pus.

2° Le liquide extrait à la seconde ponction était fortement albumineux. Ne devait-on pas craindre en répétant les ponctions d'amener une de ces sécrétions exagérées d'albumine, qui se frayent un passage par les bronches et amènent la suffocation, comme l'a signalé Terrillon dans son mémoire sur l'expectoration albumineuse consécutive aux thoracentèses.

4° L'auteur ignorait s'il existait dans la science des observations d'injection iodée à la suite de thoracentèses répétées dans une pleurésie simple. Aran n'a suivi cette pratique que dans les pleurésies purulentes.

A ces objections, on pourrait opposer les arguments suivants :

Bien que l'exsudat ne fût pas purulent, la plèvre n'était évidemment plus dans les conditions physiologiques, et il fallait à tout prix modifier la surface sécrétante. L'expectoration albumineuse et ses conséquences étaient redoutables sans doute, mais le mal était arrivé à un degré extrême; il fallait prendre contre lui des mesures extrêmes.

2 août. — Thoracenthèse, issue de 2,800 grammes de liquide du même caractère que la seconde fois. Injection d'un liquide ainsi composé :

Iodure de potassium. . . .	10	grammes.
Teinture d'iode.	5	—
Eau distillée.	150	—

Rien pendant l'injection, si ce n'est une sensation de chaleur dans le thorax.

Le lendemain, bien-être relatif. Repos pendant la nuit. 30 respirations à la minute. Quelques secousses du cœur seulement. Décubitus dorsal et gauche possibles. A l'intérieur, chlorate de potasse. Deux litres d'urine par jour ou même davantage.

Même traitement pendant un mois, alimentation animalisée. Au bout de ce temps, abandon de chlorate de potasse, que l'on remplace par des aliments toniques et reconstituants. Le malade quitta l'hôpital vers le 15 septembre, sans que l'épanchement se fût reproduit.

Obs. II. — Élisa L..., six ans. Au commencement d'avril 1874, commence à se plaindre d'une légère douleur dans le côté gauche, avec malaise général, fièvre, toux et difficulté de respiration.

Diagnostic particulier : Broncho-pleuro-pneumonie, avec épanchement pleurétique occupant tout le côté gauche du thorax. Sous l'influence d'un traitement bien compris, l'hydrothorax disparut peu à peu, et l'enfant était sur le point de quitter le lit quand elle se plaignit de nouveau d'un point de côté au même endroit. On remarqua à cette époque une légère dépression de la paroi thoracique, allant d'arrière en avant, au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate.

L'enfant est conduite à la campagne au mois de mai, et ne retire aucun avantage de son séjour.

Au mois de juin, petite toux, fréquente anxiété respiratoire, douleur gravative dans la paroi gauche du thorax.

Dans les premiers jours de septembre, apparition d'un nouveau point douloureux un peu plus haut. Amaigrissement général. Toux sèche et fréquente. T. A. 39. Élévation du côté gauche du thorax ayant son sommet large comme une pièce de cinq francs, et siégeant entre la cinquième et la sixième côte, un peu au-dessus du mamelon. Douloureuse au toucher, rougeâtre et légèrement fluctuante.

A la pression, la cinquième côte est plus sensible que l'autre, de sorte qu'on soupçonne une usure de celle-ci.

A l'auscultation, murmure respiratoire entendu, rude, sans égophonie. En haut et à droite, on entend également le murmure vésiculaire. Pas de déplacement du cœur, battements profonds, respiration très-fréquente. Un peu d'azymétrie dans les deux moitiés du thorax.

Mensuration :

Circonférence sous l'aisselle. . .	50	centimètres.
Région mammaire.	55	—
Base.	58	—

Pas de déviation de la colonne vertébrale.

Percussion :

Matité de la troisième à la huitième côte gauches, limité en avant par le bord gauche du sternum, en arrière par la ligne axillaire. Tout à fait en arrière, sonorité.

L'ensemble de ces signes éloigna l'auteur de l'idée d'une pleurésie avec épanchement; il pensa plutôt à un abcès par congestion venant des vertèbres. Les circonstances au milieu desquelles s'était développée la tumeur, l'état des organes voisins, éloignaient de cette hypothèse.

Il n'y avait pas lieu non plus de songer à une collection purulente de nature tuberculeuse, parce que l'examen des poumons ne révélait rien qui pût faire croire qu'ils étaient envahis.

Tout portait, au contraire, que l'enfant avait souffert d'une pneumonie, dont la résolution s'était mal faite, et qu'il y avait là un abcès du poumon, saillant vers l'extérieur.

Devait-on ouvrir cet abcès?

La dureté considérable encore des parties molles, la carie commençante d'une côte, l'anxiété respiratoire, la toux, la fièvre hectique, tout annonçait la nécessité de l'intervention. Les exemples de pareils faits ne sont pas rares. Monteggia, Trousseau, Skodee, Rizzoli, etc., ont examiné des abcès de cette nature, soit en faisant l'opération de l'empyème, soit en pratiquant la thoracentèse.

Monteggio, en particulier, a posé en principe l'intervention, quand un abcès du poumon ne peut se faire jour au dehors. Il dit, dans son *Traité de chirurgie*, qu'il « aurait vidé des vomiques et des cavernes *pulmonaires consécutives à des affections lentes du poumon. Cette pratique, dont on attribue l'honneur exclusivement à l'école allemande, aurait donc eu son origine en Italie.* »

2 octobre. — Opération de l'empyème. Le pus recueilli pesait 700 grammes, sans compter ce qui s'écoula sur le lit.

Examen microscopique. — Globules de pus très-abondants. Quelques granulations éparses. Pas de fibres élastiques.

Cataplasmes chauds sur la plaie. Sulfate de quinine à l'intérieur. Au bout d'un mois, la malade va très-bien et peut se lever. Traitement reconstituant à la suite.

Le premier malade est toujours sérieusement menacé, à cause du déplacement du cœur.

Pour la seconde malade, le pronostic est plus favorable à cause de sa bonne constitution, de la nature franche du mal, de son âge, de son peu de prédisposition à la tuberculose.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 mars 1875 (1). — Présidence de M. Gallard.

DISCUSSION

M. Gallard. Je vois d'après le travail de M. Gimbert, qu'on reconnaît à l'*Eucalyptus globulus*, deux propriétés: une propriété préservatrice et une propriété curative. Une autre plante plus connue,

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 mai.

le *soleil*, a réussi dans une ville d'Allemagne à diminuer l'intensité des fièvres intermittentes. Mais ce n'est pas à la nature propre de la plante que ce résultat a été attribué ; mais à sa croissance rapide, pendant laquelle elle absorbe en grande quantité l'acide carbonique, en émettant de l'oxygène dans un état moléculaire particulier (ozone). Je demanderai si M. Gimbert n'a pas compris ainsi l'action préservatrice de l'eucalyptus qui, lui aussi, croît très-rapidement ? Par des recherches récentes faites dans le but d'assainir les eaux d'égout ; M. Freyssinet a prouvé que cette eau versée sur des prairies les fertilisait et se dépouillait en même temps par la végétation des principes putrides qu'elle contenait.

M. LEUDET. M. Gimbert explique l'heureuse action de l'eucalyptus par sa végétation rapide et aussi par l'émission dans l'air d'une essence particulière détruisant les organismes nuisibles.

M. GILLEBERT-DHERCOURT père. Je comprendrais l'effet de l'eucalyptus, s'il y avait des forêts de ce végétal, mais jusqu'ici il n'existe que des sujets rares et isolés.

M. LEMOISNE. En Algérie, il y a des forêts d'eucalyptus. J'ajouterai que la plante citée par M. Gallard, le *soleil*, a été employée avec succès dans un pays fiévreux, Rochefort, et que l'effet heureux de sa culture a paru résulter seulement de sa croissance singulièrement active.

M. MARCET. En Provence, on a remarqué que partout où l'on plantait des eucalyptus, le phylloxera existant disparaissait.

M. CAMUSET. A Valence, où M. Leudet dit qu'on appelle l'eucalyptus « *l'arbre à la fièvre* », il y a très-peu de ces arbres, et dans les pays fiévreux d'alentour, dans les rizières, il n'y en a pas du tout.

M. LEUDET. Le fait que j'ai avancé est tiré d'un travail de M. Planchon, publié dans la *Revue des Deux-Mondes*; je n'ai pas dit qu'il y avait des forêts d'eucalyptus, mais que les quelques arbres de cette espèce étaient pillés par les malades, qui avaient grande confiance dans l'action des feuilles de l'arbre à la fièvre.

M. GALLARD met aux voix l'inscription de M. Gimbert sur la liste des membres correspondants. La proposition est adopté. Le travail de M. Gimbert et le rapport de M. Leudet son renvoyés au comité de publication.

LECTURE

M. HORTELOUP lit un mémoire intitulé : *Traitement de la syphilis*, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire.

Le travail de M. Horteloup est renvoyé à une commission composée de : MM. Aimé Martin, de Beauvais et Mauriac, rapporteur.

M. BOULOUMIÉ lit un travail à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire : *Pathologie et Thérapeutique de la goutte*.

Le travail de M. Bouloumié est renvoyé à une commission composée de : MM. Peter, Blondeau et Marcet, rapporteur.

RAPPORTS

M. DUROZIEZ lit un rapport sur le mémoire de M. Bergeron, candidat au titre de membre titulaire (*Asphyxie par l'oxyde de carbone*).

M. Bergeron est inscrit sur la liste des candidats, son mémoire et le rapport de M. Duroziez sont renvoyés au comité de publication.

M. POLAILLON lit le rapport suivant sur le travail de M. A. Leblond :

Vous m'avez chargé de faire un rapport sur un travail de M. le docteur Leblond qui brigue l'honneur de faire partie de notre société. Ce travail a trait à l'*importance médico-légale de l'intégrité des membranes dans l'avortement*.

Après avoir rappelé ce fait, depuis longtemps connu, que les avortements naturels dans les trois premiers mois de la grossesse se font ordinairement en bloc, M. Leblond pense que, à cette époque, la déchirure des membranes est un phénomène insolite qui doit faire supposer des manœuvres coupables. M. Leblond base son opinion sur quatre observations et sur l'autorité de notre président, M. Gallard, qui, d'après la perforation des membranes, a pu, dans un cas récent, affirmer que l'avortement avait été provoqué par l'introduction d'une tige rigide dans la cavité utérine. Voici ces observations :

Sur l'avortement spontané dans les premiers mois de la grossesse. — Importance médico-légale de l'intégrité des membranes. (Voir les numéros du 13 mai et plus haut.)

Dans les quatre observations de l'auteur, l'avortement a été produit : deux fois par une chute, une fois par des fatigues et des excès vénériens, une fois par la chloro-anémie. Dans aucun de ces cas, il n'y a eu le moindre soupçon de manœuvres abortives. Aussi l'expulsion de l'œuf, après avoir présenté les phénomènes ordinaires des fausses couches, s'est-il fait en bloc. Placé à la tête d'un grand service d'accouchements, j'ai observé plusieurs faits de ce genre, et, dans la plupart, il n'y avait pas lieu de supposer une origine criminelle. J'ai même vu cette expulsion en bloc se faire deux fois chez des femmes arrivées au cinquième mois de leur grossesse.

En 1873, une jeune femme, nouvellement mariée, m'apporta à la consultation du bureau central l'œuf que j'ai l'honneur de présenter à la société. Il fut rejeté presque sans douleur pendant une époque menstruelle un peu retardée. Cette jeune femme, qui désirait avoir des enfants, n'aurait certainement rien fait pour provoquer cet avortement. Cet œuf était intact, du volume d'une noix, il contenait un embryon gros comme une fourmie, la vésicule ombilicale paraissait remplir presque toute sa cavité; j'ai supposé que cet embryon avait trois à quatre semaines.

J'admets donc, avec M. Leblond, que la sortie d'un œuf intact, est une raison considérable pour conclure que l'avortement a été spontané. Mais je ne saurais admettre avec autant d'assurance que l'expulsion d'un œuf dont les membranes sont déchirées ou perforées est le résultat d'un avortement provoqué. J'ai soigné une dame, enceinte de deux mois, qui sans cause connue, pendant qu'elle était à la promenade, eut une perte de sang; elle expulsa plusieurs caillots pendant le trajet qu'elle fit pour rentrer chez elle, se mit au lit, et deux jours après je pus extraire de la cavité du col où elles étaient engagées, les membranes très-vasculaires qui forment, à cette époque, les annexes de l'embryon.

Du reste, messieurs, M. Leblond est loin de dire que l'intégrité des membranes est un signe certain d'avortement spontané, et que leur déchirure est le résultat constant d'un avortement provoqué. Il n'émet son opinion qu'avec la réserve que l'on doit avoir dans l'interprétation des phénomènes naturels. Il sait que l'avortement peut être provoqué par des moyens qui ne détruiront pas la continuité des membranes de l'œuf, et une plus longue pratique lui apprendra aussi que, pendant les trois premiers mois, certains avortements spontanés peuvent se faire en deux temps, expulsion de l'embryon et du liquide ovulaire après la déchirure des membranes, et expulsion consécutive de ces membranes. Le but de M. Leblond a été non pas d'émettre une opinion exclusive, mais d'appeler l'attention du médecin légiste sur les conséquences qu'il peut tirer de l'examen des membranes dans les avortements soupçonnés criminels. Nous devons féliciter M. Leblond d'avoir entrepris cette tâche, et le remercier de son travail.

M. Leblond a été interne des hôpitaux de Paris; il est actuellement médecin-adjoint des prisons de la Seine, membre de la Société d'anthopologie et de médecine légale; il dirige, comme rédacteur en chef, une importante publication médicale, les *Annales de gynécologie;* il possède à un haut degré les qualités scientifiques et l'honorabilité professionnelle que nous exigeons des médecins qui désirent faire partie de notre société. En conséquence, je propose :

1° D'inscrire M. le docteur A. Leblond, sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la société ;

2° De renvoyer son travail au comité de publication.

DISCUSSION

M. BLONDEAU. M. Polaillon vient de nous dire que l'expulsion d'un œuf déchiré n'est pas un signe certain d'avortement provoqué. Je viens aujourd'hui d'avoir une preuve à l'appui de cette opinion. Une dame, après un voyage en chemin de fer, a expulsé spontanément un œuf dont les membranes étaient rompues, et cela sans cause probable. (*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Souvenirs relatifs à Laënnec (1)

par son ancien élève A. TOULMOUCHE, professeur à l'école de médecine de Rennes.

Laënnec, malgré sa très-faible constitution et sa maigreur, était grand amateur de la chasse. Il s'y livrait, pendant la belle saison, dans les parcs aux environs de Paris, que plusieurs de ses riches clients mettaient à sa disposition. Il avait adopté un singulier costume pour goûter ce plaisir. Il consistait en guêtres en cuir et le reste du costume à peu près analogue ou en un vêtement de même sorte, mais d'une couleur plus sombre.

Durant l'hiver, comme il ne pouvait chasser, il s'exerçait, dans son appartement assez long, à atteindre, à l'aide d'un fusil à vent, un but ou cible qu'il y avait disposé.

Laënnec était assez bon musicien, et se délassait de ses travaux en jouant de la flûte, dont ses lèvres minces lui permettaient d'obtenir une embouchure assez pure. En outre, il avait établi, dans une pièce de son appartement, un tour, et il se complaisait, de temps à autre, à façonner divers objets; il avait une certaine habileté dans cet art du tourneur.

Sa sobriété était extrême à table. Je pus le remarquer, lorsqu'il nous faisait, parfois, à Mériadec Laënnec et moi, l'honneur d'une invitation à dîner chez lui. Le repas était ordinairement assez court.

Sa maison était tenue par une parente, dame d'un certain âge, qu'il épousa, plus tard, par reconnaissance, et qui lui survécut : je ne sais si elle l'aura suivi dans la tombe et à quel date.

Laënnec, épuisé par les travaux incessants qu'avait nécessités son livre, par ses études d'amphithéâtre, fut contraint d'abandonner, pendant deux années, la capitale, et d'aller demander, à son pays natal, un bon air, du repos et la réparation de ses forces profondément altérées. En 1823, il reparut à la Faculté de médecine de Paris, fut nommé professeur de clinique, succéda, au Collége de France, à Hallé, comme professeur de médecine, et prit place au conseil de l'instruction publique. Jusqu'en 1826, sa santé semblait s'être maintenue assez bonne, mais sa poitrine fut prise de nouveau, avec des symptômes plus alarmants. Il voulut revoir sa chère Bretagne : son voyage fut des plus fatigants.

A son passage à Rennes, il descendit à l'hôtel Kerdivel, situé rue de la Monnaie, et qui depuis a disparu. Ce fut de là qu'il me fit demander, pour recevoir, près de lui, les visites de l'évêque et d'autres personnages, et éviter, de la sorte, la fatigue de parler. Je passai une grande partie de la journée avec lui. Ingénieux, comme tous les phthisiques, à s'abuser sur sa maladie, il me raconta comment Récamier et Marjolin s'étaient, suivant lui, trompés sur l'état de sa poitrine, en attribuant l'aspect et l'odeur de ses crachats à l'état maladif de ses poumons, tandis que l'un et l'autre étaient dus au mucus des fosses nasales, qui, tombant dans l'arrière-bouche, leur imprimait ce caractère; et, cependant, quel médecin avait mieux étudié que lui les lésions de la phthisie pulmonaire et ses symptômes caractéristiques!

Laënnec, durant cette journée, écouta avec sa bienveillance habituelle, les observations que je lui adressais, sur quelques difficultés de diagnostic de la pleurésie latente et de l'hydropneumothorax, et, comme l'action de parler le fatiguait, il traçait à la plume quelques figures propres à les résoudre. Je garde avec respect et religieusement ces caractères tracés par lui sur un morceau de papier. Cet illustre médecin, quoiqu'il fût bien malade à cette époque, sacrifiait encore à la science ses forces défaillantes. Il partit de Rennes et arrivé à Kerlouarnec, près de Douarnenez, il s'y éteignit le 18 août 1826, âgé seulement de quarante-cinq ans. Ainsi la phthisie pulmonaire avait frappé celui qui l'avait si bien décrite et si bien étudiée dans son impérissable travail sur l'histoire anatomique du tubercule. Laënnec était, en outre, le médecin le plus lettré de son époque et un helléniste consommé, ce qui lui avait permis de lire et de méditer les œuvres d'Hippocrate dans la langue harmonieuse de ce dernier.

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 mai.

Le corps de Laënnec repose au centre du cimetière de Plouaré, au pied de la croix qui domine l'admirable baie de Douarnenez. Uue simple inscription, tracée par les soins de la famille, marque la place où il repose. Cette pieuse épitaphe est ainsi conçue :

Ici repose le corps
de RENÉ, THÉOPHILE, HYACINTHE, LAENNEC,
médecin de S. A. R. madame la duchesse de Berry,
lecteur et professeur royal de médecine
au Collége de France
Professeur de clinique à la Faculté de Paris,
de l'Académie royale de médecine,
chevalier de la Légion d'honneur,
né à Quimper, le 17 février 1781,
mort à Kerlouarnec, le 13 août 1826.
Priez pour lui.

Moins de deux années après, M. Lediberder, de Lorient, prit l'initiative d'élever une statue à Laënnec, dans son pays natal, de concert avec le docteur Halleguen, de Chateaulin. L'association des médecins de France, à laquelle fut soumis ce projet, l'adopta avec enthousiasme et ouvrit une souscription qui fut rapidement couverte, et l'époque de l'inauguration de la statue de ce maître dans l'art de guérir fut fixée au 15 août 1868.

Délégué par les professeurs de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, et par les médecins et officiers de santé du département d'Ille-et-Vilaine, pour les représenter, comme élève de Laënnec, à l'inauguration de sa statue, je me rendis à Quimper. J'assistai à la cérémonie, et, le soir du même jour, à un banquet de 160 personnes, qui eut lieu dans une vaste halle, décorée avec beaucoup de goût. Vers la fin du repas, des toasts furent portés par M. Amédée Latour, par les délégués des diverses écoles de médecine et villes de France et au nom de quelques médecins étrangers.

Mon vieil ami Mériadec Laënnec, cousin de l'illustre médecin breton, auprès duquel j'avais été placé, remercia en termes touchants et avec une profonde émotion, les médecins et autres personnages éminents présents, de l'hommage public rendu à son parent, et affirma que ce serait un éternel honneur pour sa famille, et le plus beau titre de noblesse qu'elle pût revendiquer après lui : la parole me fut alors accordée, et voici l'allocution que je prononçai, en en retranchant, toutefois, ce qui avait rapport à la belle découverte de Laënnec et à ses ouvrages, que les divers orateurs MM. Bouillaud, Roger, Tardieu, Kergaradec, Lediberder, (de Lorient), qui avaient précédemment pris la parole, durant la cérémonie, avaient fait connaître amplement et d'une manière si brillante.

« Délégué par l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, et par l'association des médecins du département d'Ille-et-Vilaine, pour les représenter à l'inauguration de la statue de Laënnec, je viens m'acquitter de cette mission honorable, et affirmer les sympathies de cette école pour une œuvre à laquelle elle a concouru. Fière de l'illustration médicale qui réunit, ici, tant d'hommes éminents, elle s'associe aux honneurs qui lui sont rendus en ce jour.

« Ancien élève de Laënnec, ainsi que mon vieil ami Mériadec Laënnec, assis à mes côtés, qu'il me soit permis d'apporter, ici, mon humble tribut d'admiration et de reconnaissance à ce vénéré maître. Puisse cette cérémonie solennelle être un enseignement et un encouragement pour les générations médicales qui nous succéderont.

« La Bretagne ou, plutôt, la France entière, peut s'applaudir d'avoir donné le jour à l'une des célébrités médicales du XIXe siècle.

« Auteur de la belle découverte de l'auscultation médiate, d'un ouvrage remarquable, dans lequel il a consigné les applications qu'il en avait faites à l'étude des maladies du cœur et à celles des organes pulmonaires, et de beaucoup d'autres travaux importants dans diverses branches de la médecine, Laënnec doit être placé parmi les savants qui auront illustré notre époque, et, surtout, parmi les bienfaiteurs de l'humanité.

« Enfin il me reste, messieurs, comme second devoir à remplir, à vous faire connaître la part que prennent tous les membres de l'association médicale du département d'Ille-et-Vilaine, à cet hom-

mage public rendu à la mémoire de Laënnec, dont ils ont toujours à honneur de suivre les préceptes dans le difficile et pénible exercice de leur art. Je bois à l'union et à la bonne confraternité des médecins de la France. »

M. Tardieu exprima après moi, en s'adressant à M. le préfet, le vœu que ce dernier fût bienveillant aux médecins du Finistère, et récompensât les services importants qu'ils rendent à la société, avec tant de désintéressement et de dévouement. M. le préfet répondit de la manière la plus gracieuse à cet appel et leva sa séance.

L'exécution de la statue de Laënnec, confiée au talent de M. Lequesne, le représente en costume officiel, assis, tenant de la main droite le stéthoscope, tandis qu'il élève la main gauche, comme dans l'acte d'une démonstration.

Il est orné des inscriptions suivantes :

A l'inventeur de l'auscultation,
LAENNEC, RENÉ, THÉOPHILE, HYACINTHE,
né à Quimper, le 12 février 1781,
mort à Plouaré en 1826,
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
et au Collége de France,
membre de l'Académie de médecine.
Ce monument a été élevé
par l'Association générale des médecins de France,
par la Bretagne
et par les médecins français et étrangers.
1868.

Laënnec m'avait donné deux de ses portraits, l'un le représentant de trois quarts, gravé par Ambroise Tardieu. Mais il n'est pas aussi ressemblant que l'autre, qui fut lithographié par H. Nannoni, où il est représenté de profil, à droite avec un stéthoscope entouré d'une banderole, sur laquelle on lit : *auscultation médiate*, tandis qu'à gauche existe l'inscription demi-circulaire suivante : *Renat. Theophil. Hyacint. Laënnec. H. corisopitensis med. prof. Paris.*

C'est cette lithographie qu'il faut se procurer lorsqu'on veut avoir l'effigie ressemblante de Laënnec.

Ici se termine la tâche que je me suis imposée, celle de faire connaître quelques-unes des particularités de la vie privée du célèbre médecin, que j'ai été à même de noter, pendant les quelques années où j'ai eu l'honneur de le voir occasionnellement. Serai-je parvenu à intéresser la curiosité des lecteurs? je l'ignore.

Bien que, généralement on lise avec plaisir tout ce qui avait rapport aux agissements particuliers des hommes illustrés par des travaux importants et des bienfaits envers l'humanité, il s'élève dans mon esprit de justes appréhensions relativement à la manière dont j'aurai raconté. Il n'était pas facile, en recueillant des souvenirs déjà si éloignés, de n'être pas au-dessous de la mission que je me suis imposée. Le bon vouloir et la reconnaissance seront les seuls mérites qu'on rencontrera dans cette simple esquisse.

Je n'ajouterai rien à ce qu'on a écrit sur Laënnec, relativement à son désintéressement, à la simplicité de ses mœurs, à sa manière de discuter, au zèle obligeant dont il ne départit jamais envers ses élèves, à ses sentiments d'impartialité et de justice, à la sincérité de ses croyances religieuses. A plus forte raison, ne relaterai-je pas le grand nombre de travaux scientifiques, en dehors de son Traité de l'auscultation médiate, que Laënnec a publiés, parce qu'ils sont indiqués à la fin d'une notice historique sur ce grand médecin, imprimée à Quimper, en 1868, par le docteur Emmanuel Lallour, et que, de plus, d'autres célébrités médicales se sont acquittées de cet office avec bien plus d'autorité et de talent que je ne le pourrais le faire.

Concours d'agrégation. Chirurgie. — Ont été déclarés admissibles pour Paris : MM. Berger, Blum, Humbert, Marchand, Monod, Pozzi, Richelot et Terrillon. — Pour Montpellier et Nancy : MM. Jullien, Pénières et Roustan.

Accouchements : MM. Chantreuil, Pinard et de Soyre.

La troisième épreuve (leçon de pathologie d'une heure après vingt-quatre heures de préparation) a commencé samedi 22 mai.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le secrétaire de la Faculté de médecine a l'honneur de rappeler à MM. les étudiants que, d'après les intentions ministérielles, toutes les pétitions doivent être faites sur *papier timbré*, qu'elles doivent toutes être remises au secrétariat, lors même qu'elles sont adressées à M. le ministre.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La première partie de cette séance a été en partie absorbée par les suites de l'incident soulevé dans la précédente séance : réponse de M. Bonnafont à M. Fauvel, réplique de M. Fauvel. Nous ne reviendrons pas sur cet incident, n'ayant qu'à maintenir à cet égard, sans y changer un mot, ce que nous en avons dit dans notre numéro de jeudi dernier.

Après une courte lecture de M. Davaine sur la découverte des corpuscules caractéristiques de la maladie charbonneuse, faite à l'occasion des observations présentées par M. Colin dans la dernière séance, et une réélection de M. Gobley aux fonctions de trésorier de la compagnie, réélection faite par acclamation, ce qui a eu le double mérite d'éviter une perte de temps et de donner un éclatant témoignage d'estime à cet honorable académicien, l'Académie a pu rentrer, cette fois, dans le cours régulier de son ordre du jour, qui était la reprise de la discussion sur le scorbut.

M. Villemin, en raison de la longue interruption que les circonstances ont fait subir à cette discussion, a dû reprendre le sujet presque *ab ovo*, ce qui l'a nécessairement entraîné dans de grands développements. On trouvera dans le compte rendu un résumé analytique de cette savante argumentation. Cette discussion sera suivie et examinée ici avec tout l'intérêt qu'elle mérite.

Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU. — M. BÉHIER.

Des symptômes non spontanés à propos d'un cas d'eczéma artificiel.

Nous avons en ce moment, au n° 29 de la salle Sainte-Jeanne, un homme de quarante-neuf ans qui exerce la profession de de chaudronnier. Il est entré le 5 avril, et voici ce que nous avons constaté à cette époque :

Le pourtour du nez, de la bouche, la région zygomatique, les joues, le front et un peu la partie interne des sourcils, étaient le siége de petites vésicules serrées, nombreuses, peu saillantes. Il n'y avait rien du côté des oreilles, mais les poignets, le dos des mains présentaient une éruption vésiculeuse identique à celle de la face et, de plus, mélangée de quelques vésico-pustules offrant ce caractère spécial que la base était légèrement indurée. C'étaient en quelque sorte des papules sur chacune desquelles était venue s'implanter une vésicule offrant un caractère purulent. Autour de chaque vésicule et de chaque groupe de vésicules la peau présentait une coloration rouge framboisé; elle était tuméfiée et en même temps le siége d'une légère douleur. Les ganglions sous-maxillaires étaient eux-mêmes douloureux. La langue était blanchâtre, le malade se plaignait d'inappétence, mais n'avait ni vomissement, ni diarrhée. En un mot, il ne présentait aucun symptôme important du côté des voies digestives.

La lésion élémentaire à laquelle je devais rapporter cette éruption était évidemment la lésion vésiculeuse, et je n'hésitai pas un instant à me croire en présence d'un eczéma, mais d'un eczéma non spontané.

En effet, comme toutes les lésions de la peau, l'eczéma a son siége de prédilection. C'est ordinairement autour des oreilles qu'il apparaît, quelquefois sur les jambes, mais jamais on ne le rencontre au membre inférieur avant qu'il n'ait envahi déjà une partie des oreilles et du cuir chevelu. Rien de semblable chez notre homme, et pour achever de dérouter le diagnostic, une éruption similaire se montrait sur les mains.

Cet homme, vous ai-je dit, est chaudronnier; il jouit d'une bonne santé. Il n'a jamais eu de maladie antérieure, si ce n'est en 1846, une fièvre typhoïde. Manquant de travail dans ces derniers temps, il est entré dans une usine, à Saint-Denis, où on l'employa à dépoter l'arsenic. C'était évidemment la poussière de cette substance qui, en se déposant sur la face et sur les mains, avait déterminé l'éruption pour laquelle il était entré à l'hôpital.

En effet, au bout de quatre jours de travail, après un léger état prodromique caractérisé par une sensation de prurit et de démangeaison, l'éruption éclata.

Je prescrivis au malade de l'eau de Sedlitz, des bains alcalins, des lotions avec l'acétate de plomb. Sous l'influence de ce traitement, la rougeur, la tuméfaction disparurent; les vésicules s'affaissèrent, se recouvrant d'une croûte très-légère, surtout au niveau des mains, et aujourd'hui il ne reste plus trace de l'éruption.

Cette marche de la maladie est une preuve de plus à l'appui de ce que je vous disais plus haut au sujet de la nature artificielle de l'éruption. L'eczéma spontané ne se termine pas aussi facilement, il n'est pas rare que les individus qui en sont atteints le gardent quelquefois des années, ou tout au moins des mois.

Un autre signe que présentait cet homme et sur lequel j'appellerai votre attention, car il vous aidera à reconnaître une éruption artificielle d'une éruption spontanée, c'était la présence, sur le scrotum, d'une éruption analogue à celle de la face, quoique un peu moins forte. Ce fait se montre chez tous les ouvriers atteints d'une affection de ce genre. Il est dû au contact de la verge et du scrotum avec les mains contaminées par les poussières irritantes dans l'acte de la miction.

Enfin, comme sur les mains, vous trouverez quelquefois sur la verge des ulcérations grisâtres à bords rouges, un peu élevés, qui pourront vous donner le change et vous faire croire à l'existence de chancres mous. Cette erreur est d'autant plus facile que ces ulcérations s'accompagnent ordinairement d'un certain degré d'engorgement des ganglions de l'aine. Il faut donc savoir que cet engorgement n'est que la conséquence de l'ulcération, et qu'il ne diffère en rien de celui que l'on observe dans cette région lorsque, par exemple, une vésicule ou une ampoule survient au pied à propos d'une chaussure trop étroite.

Ainsi donc, la qualité de l'éruption, le siége qu'elle occupait, la coïncidence d'une lésion analogue au scrotum, enfin la marche de la maladie, tels sont les caractères qui m'ont fait porter le diagnostic que vous connaissez.

Ce fait m'en rappelle beaucoup d'autres et un surtout qu'il n'est pas inutile de vous faire connaître. A une certaine époque, chez beaucoup de femmes du monde, on vit se produire à la partie postérieure de la poitrine une irruption très-nettement délimitée par une ligne correspondant à la décolleture. En avant, sur les oreilles, les joues, le front, elle n'existait que d'une façon relativement discrète, mais on la retrouvait, à la partie supérieure du mamelon, avec des caractères aussi nets et aussi accentués qu'au dos.

Les médecins se demandaient ce que signifiait ce fait, quand on remarqua l'apparition dans le commerce d'un vert très-brillant, le vert-de Scheele, qui, comme vous le savez, n'est autre que l'arsénite de cuivre. Les coiffures en étaient imprégnées, et c'était cette poussière d'arsenic qui, en tombant sur les épaules, sur les seins, déterminait par son contact direct, une éruption qu'on ne savait à quelle cause attribuer.

Ce ne furent pas là les seuls accidents que causa le vert de Scheele : beaucoup de ces femmes eurent des nausées, des coliques vives, de la diarrhée, enfin une oppression très-marquée due à l'absorption de l'arsénite de cuivre par le poumon.

Éclairés par ces faits, les médecins remontèrent plus loin, et l'on constata que les ouvriers employés à la préparation de cette substance offraient sur les parties exposées du visage et surtout aux mains, les mêmes accidents que je viens de vous signaler chez le malade qui fait l'objet de cette leçon.

Les couturières elles-mêmes étaient incommodées : elles avaient des nausées, des vomissements, de la diarrhée, un malaise général, et présentaient aux mains, quelques-unes à la face, une éruption analogue.

Ce cas n'est pas le seul que j'aie à vous signaler. Lorsque j'étais à l'hôpital Beaujon, il entra dans mon service un homme qui présentait des ulcérations à fond grisâtre sur les deuxième et troisième phalanges de la main droite. Les cheveux étaient colorés en rouge, de même que les mains, qui étaient, en outre, le siége d'une éruption assez considérable, dont on constatait encore la présence à la partie inférieure de la verge. Je pensai immédiatement à une éruption arsenicale et j'appris, en effet, du malade, qu'il était employé à la fabrication du rouge Solférino, dans la préparation duquel l'arsenic et l'acide azotique entre en proportions notables. La nature liquide du produit, en déterminant un contact plus intime avec les téguments, était la cause, dans cette éruption, des ulcérations des doigts et de la coloration rouge de la peau.

Plus tard, à la Pitié, en avril 1868, je reçus dans mon service une femme de quarante-trois ans. Elle présentait à la partie antérieure de la poitrine, sur les mamelons, surtout à droite, de larges plaques épaisses, jaunâtres, bordées de bulles desséchées et, sur plusieurs points, entourées de pustules à base rouge qui pouvaient être rapportées à l'ecthyma. Cette éruption s'accompagnait d'un léger état fébrile, d'un peu d'embarras gastrique et de douleurs assez vives au niveau des points affectés. On prétendit, autour de moi, être en présence d'un cas de rupia syphilitique pour les uns, cachectique pour les autres. Je n'acceptai ni l'une ni l'autre de ces opinions.

Je rejetai l'idée d'une éruption syphilitique, parce que l'éruption était superficielle et que les croûtes ne correspondaient pas à des ulcérations sous-jacentes. De plus, ces croûtes étaient évidemment celles d'une éruption aiguë; elles présentaient un aspect mellifluent, pour ainsi dire, au lieu d'être dures, sèches, noirâtres comme elles le sont dans le rupia syphilitique, où elles correspondent à la dénudation longtemps prolongée des surfaces ulcérées.

Quant à l'opinion d'un rupia cachectique, rien ne la justifiait dans la constitution ni dans l'état général de la malade.

Enfin, outre que le rupia, qu'il soit syphilitique ou cachectique, ne se développe jamais sur la poitrine, mais le plus ordinairement à la face dorsale du membre supérieur, la présence des pustules d'ecthyma, dont j'avais constaté la présence sur les épaules de cette femme, ainsi que le caractère aigu de l'éruption, contribuèrent encore à me faire repousser le diagnostic qui avait été porté.

J'interrogeai la malade, je lui demandai si elle n'avait pas, dans son travail, exposé sa poitrine au contact de poussières irritantes, si elle n'avait pas aidé, par exemple, à enlever des tapis sous lesquels il s'accumule pendant l'hiver, des monceaux de poussière qui, chez certains individus, la chaleur et la sueur aidant, exerce quelquefois une action nocive. Elle me raconte alors que, six jours avant son entrée, elle avait été chargée de veiller un mort, et qu'avant de l'ensevelir, pour empêcher une décomposition trop rapide, on lui avait remis une poudre dont la bonne odeur l'avait frappée au point qu'elle avait jugé à propos de s'en répandre sur la poitrine. Renseignements pris, cette poudre n'était autre que de l'acide arsénieux mélangé à une matière odorante. Dans ce cas encore, c'était donc l'aspect de l'éruption, la connaissance du siége habituel qu'elle occupe ordinairement, et surtout la coïncidence de l'ecthyma, qui ne se rencontre pas comme camarade de route du rupia, qui m'avaient mis sur la route du diagnostic.

(*A suivre.*)

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. B. Anger.

Kyste spermatique et hydrocèle-ponction. Cautérisation avec le nitrate d'argent. — Guérison.

Le nommé L..., âgé de cinquante-quatre ans, entre dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, pour se faire traiter d'une tumeur qu'il porte depuis plusieurs années dans la bourse droite. Depuis trois mois, cette tumeur a beaucoup augmenté, ce qui a décidé L... à réclamer le secours de la chirurgie.

A un premier examen, nous constatons une augmentation

de volume de la bourse droite, qui présente un volume quatre ou cinq fois plus considérable que celle du côté opposé. Un examen attentif permet de reconnaître que cette augmentation de volume tient à l'existence de deux tumeurs parfaitement isolables, une supérieure, une autre inférieure.

La tumeur supérieure est plus tendue, plus dure, et d'une forme globuleuse facile à apprécier. Elle est moins volumineuse que la saillie inférieure, qui est de forme ellipsoïde, celle-ci est moins tendue et manifestement fluctuante. En même temps, le malade était atteint d'une hernie inguinale du même côté, facilement réductible.

Le diagnostic porté fut : *kyste spermatique et hydrocèle consécutive.* M. Benjamin Anger était arrivé facilement au diagnostic en établissant que la tumeur supérieure, arrondie et globuleuse, correspondait à la partie supérieure de l'épididyme et avait précédé, dans son développement, de beaucoup la formation de la seconde collection liquide, qui était évidemment une hydrocèle de la tunique vaginale développée consécutivement à l'irritation de la tunique vaginale par le kyste agissant à la façon d'un corps étranger.

La tumeur présentait, dans sa partie inférieure, une transparence des plus évidentes, qui n'existait point à la partie supérieure.

Le diagnostic étant établi d'une façon certaine, le chirurgien proposa au malade pratiquer la ponction suivie de la cautérisation avec le nitrate d'argent solide, procédé habituellement employé par M. B. Anger pour obtenir la cure radicale de l'hydrocèle.

L'opération présentait une simplicité d'autant plus grande qu'une seule ponction cutanée était suffisante, le kyste spermatique pouvant très-facilement être vidé par la canule introduite préalablement dans la tunique vaginale. Un peu de nitrate d'argent fut fondu à la lumière d'une bougie et coulé dans la canelure d'un stylet.

L'hydrocèle fut donc ponctionnée la première, et il sortit un verre de sérosité citrine. Il devint alors très-facile de circonscrire le kyste et de déterminer d'une façon exacte sa forme arrondie et le lieu de son implantation à la tête de l'épididyme. M. B. Anger, sans enlever la canule de la tunique vaginale, introduisit de nouveau le trocart et pratiqua une seconde ponctions atteignant la paroi du kyste.

Il sortit, comme le chirurgien l'avait annoncé, un verre à liqueur d'un liquide blanchâtre, lactescent, bien différent du liquide de l'hydrocèle.

L'examen au microscope fut pratiqué séance tenante, et l'on découvrit, sur une seule préparation, une dizaine de spermatozoïdes qui ne parurent pas animés de mouvements. Le diagnostic était donc vérifié, et il devenait évident que cette seconde poche, qui s'était primitivement développée, était bien une collection liquide où les éléments caractéristiques du liquide spermatique se trouvaient mélangés, probablement, à une quantité plus ou moins considérable de sérosité.

Le stylet, chargé d'une petite quantité de nitrate d'argent fondu, fut introduit dans la canule du trocart, qui fut alors retirée, et la cautérisation fut pratiquée avec les précautions ordinaires, d'abord dans le kyste, ensuite dans la tunique vaginale.

L'inflammation et le gonflement se montrèrent dès le lendemain, comme cela se produit toujours. Les liquides épanchés se résorbèrent spontanément, et, quinze jours après, le malade quittait l'hôpital guéri. Le kyste était complétement revenu sur lui-même et se présentait sous forme d'induration indolente. Une légère couche de sérosité persistait dans la tunique vaginale.

Les kystes spermatiques ont été découverts par Liston, ainsi que l'a parfaitement établi M. le professeur Broca (*Traité des tumeurs*, tome II, page 29). Ils ont été étudiés avec le plus grand soin par Payet et M. le professeur Gosselin.

Liston était porté à croire que les kystes à spermatozoaires étaient dus à la dilatation de certaines parties de l'épididyme et du canal déférent.

Payet ayant constaté que, dans un cas qu'il avait pu étudier avec beaucoup de soin à l'autopsie, le kyste spermatique était tout à fait indépendant de l'appareil testiculaire, en conclut qu'il fallait le considérer comme un kyste *néogène* doué de la propriété de sécréter un liquide semblable au produit de la glande voisine.

En 1848, M. le professeur Gosselin (1) émit l'opinion que les kystes à spermatozoaires étaient dus à la rupture d'un conduit afférent, ou à l'extravasation du sperme, qui s'enkystait ultérieurement dans le tissu cellulaire. M. Broca fait observer que les kystes à spermatozoaires, étant tapissés d'épithélium, sont dus, par conséquent, à la dilatation d'une cavité préexistante, et non à l'enkystement consécutif d'un liquide extravasé.

D'après Curling, dont M. Broca partage l'opinion, les kystes à spermatozoaires ne diffèrent pas, dans l'origine, des autres kystes de l'épididyme, ils ne renferment d'abord que de la sérosité sans zoospermes. Ils se dilatent en refoulant l'épididyme et les conduits efférents qui s'étalent à leur surface et qui rampent dans leur paroi. La pénétration des zoospermes est tout accidentelle; elle est due à la rupture de l'un des conduits spermatiques et à la formation d'une petite fistule intra-kystique. Si la rupture est ancienne, l'ouverture peut se cicatriser, et l'on ne trouve plus que des zoospermes morts. Si la rupture est récente, les zoospermes sont encore vivants, etc.

Il faut donc admettre avec Curling et M. le professeur Broca que la pénétration des spermatozoaires dans les kystes de l'épididyme est un phénomène accidentel et consécutif, au moins dans l'immense majorité des cas. Cette question pathogénique nous semble appeler encore de nouvelles recherches.

Notre observation clinique démontre que la guérison de ces kystes s'obtient avec la plus grande facilité à l'aide d'une ponction évacuatrice suivie d'une légère cautérisation des parois de la poche.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 mai 1875. — Présidence de M. GOSSELIN.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Des plis cachetés adressés par MM. les docteurs Luton (de Reims), et Chibret, médecin aide-major (acceptés). — 2° Une lettre de M. Muston, pasteur protestant, relative au traitement de la méningite cérébrale par la chloroformisation. — 3° Une lettre de remercîments de M. le docteur Bourré (de Châtillon-sur-Seine). — 4° Une note de M. Macé, professeur de pharmacie à Rennes, intitulée : *Du phosphate acide de chaux considéré comme médicament.* — 5° Une lettre de M. Decroix, vétérinaire, qui invite l'Académie à nommer un délégué chargé d'assister à des expériences sur le traitement de la rage.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. BÉCLARD présente un urinal de nuit construit par M. Galante, sur les indications de M. Bouloumié, médecin consultant à Vittel.

(1) *Archives générales de médecine*, 4e série, tome XVI, page 178, février 1848.

L'appareil de M. Bouloumié est basé sur les principes suivants :

1° La ligne suivant laquelle un individu est couché (ligne de décubitus) est une ligne brisée, dont l'angle, ouvert en haut, est placé au niveau des fesses.

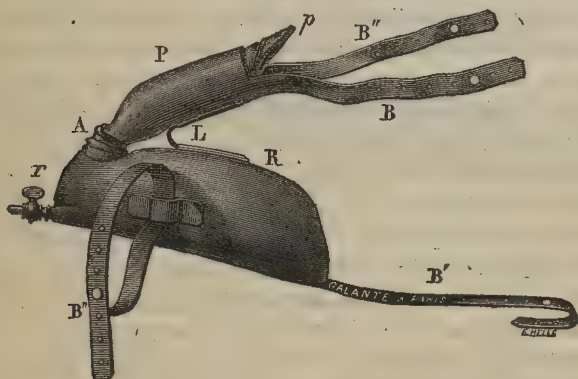
2° Il y a entre une ligne horizontale passant par l'extrémité antérieure de la verge et le lit un espace suffisant pour placer un réservoir de 600 à 900 grammes de capacité, suivant le volume des cuisses et des fesses des individus.

3° Un réservoir destiné à collecter l'urine émise pendant le décubitus devant se trouver au point où elle se rend spontanément, c'est en arrière d'une ligne qui prolongerait la direction de la verge qu'il faut la placer.

L'appareil se compose essentiellement :

1° D'une portion pénienne (P), tube cylindrique de volume assez considérable pour laisser pénétrer aisément la verge.

2° D'un réservoir en caoutchouc R muni antérieurement d'un robinet évacuateur.



Les pièces destinées à fixer l'appareil sont :

1° Une ceinture.

2° Trois courroies en caoutchouc réunissant, par l'intermédiaire de boutons plats, les unes la portion pénienne du réservoir, l'autre la partie postérieure du réservoir à la ceinture BB′.

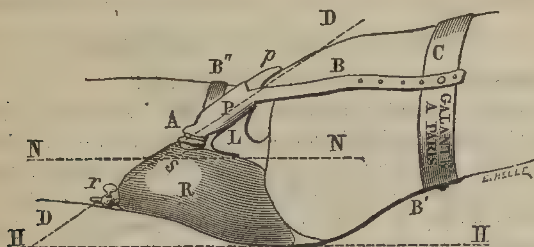
3° Une courroie en caoutchouc jouant dans un passant inséré latéralement au réservoir et destiné à fixer l'appareil à l'une des cuisses B″.

Les pièces destinées à assurer la pénétration de l'urine dans le réservoir et à en empêcher le reflux sont :

1° Un demi-disque en caoutchouc très-souple placé à l'entrée du tube pénien dans sa moitié inférieure seulement.

2° Une lame métallique destinée à assurer la constance de l'angle formé par le réservoir et la portion pénienne.

3° Une soupape placée à l'extrémité du tube pénien et formée d'un tube de caoutchouc disposé en doigt de gant et fendu bi-latéralement.



L'insertion plus au moins oblique de la portion pénienne et l'adaptation d'un cylindre rigide dans une gaîne de caoutchouc souple, P. J. permettent d'appliquer l'appareil aux diverses conformations.

Ce qui distingue essentiellement cet appareil de ceux faits jusqu'à ce jour, c'est la situation donnée au réservoir qui, placé dans les points déclives, peut se remplir sans que le liquide tende à se déverser.

PRÉSENTATION

M. CHARCOT offre à l'Académie, de la part de M. de Ranse, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Paris*, médecin consultant à Néris, le premier fascicule d'un ouvrage intitulé : *Clinique thermo-minérale de Néris.*

Ce fascicule comprend un aperçu des principales indications et contre-indications de l'emploi des eaux de cette station, et contient, à l'appui des idées et des opinions qui y sont exposées, trente-deux observations choisies parmi celles que l'auteur a recueillies dans sa pratique thermale. A propos des indications, M. de Ranse passe successivement en revue les affections rhumatismales, les maladies du système nerveux, les affections utérines, les dermatoses et un certain nombre d'affections chirurgicales d'origine traumatique. Je signalerai plus particulièrement le chapitre consacré aux maladies du système nerveux. L'auteur montre, par des faits, dont plusieurs présentent un grand intérêt, l'action favorable des eaux de Néris dans le traitement de l'hystérie et les phénomènes à la fois si complexes et si variés qui dépendent de cette névrose, dans celui des névralgies et de la plupart des névropathies, soit idiopathiques, soit symptomatiques d'un état général ou d'une maladie locale.

M. de Ranse est plus réservé à l'endroit de l'efficacité des eaux dans le traitement des affections liées à une altération anatomique appréciable du cerveau ou de la moëlle épinière, efficacité qu'il est loin de rejeter, mais que l'expérience clinique n'a pas encore nettement démontrée comme pour les névroses ou les névropathies.

L'auteur ne reconnaît qu'une contre-indication absolue à l'emploi des eaux de Néris : c'est une tendance marquée aux congestions actives et aux hémorrhagies.

M. Charcot signale particulièrement à l'attention de l'Académie le chapitre de ce fascicule qui a trait aux affections du système nerveux, *sine materia*, qui lui a paru très-intéressant et très-bien traité.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente un volume par M. Luton (de Reims) sur les injections sous-cutanées à effet local.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le docteur Guipon (de Laon), membre correspondant.

ÉLECTION

L'Académie avait à élire dans cette séance un trésorier en remplacement de M. Gobley, dont les fonctions quinquennales sont expirées.

M. Gobley a été réélu par acclamation.

M. GOBLEY remercie ses collègues de l'honneur qu'ils viennent de lui faire.

COMMUNICATIONS

M. DAVAINE lit une note sur la découverte des corpuscules caractéristiques de la maladie charbonneuse.

La première communication sur ce sujet a été faite, en 1850, à la Société de biologie, par Rayer, en son nom et au nom de M. Davaine. M. Davaine rappelle la part qui lui appartient dans cette communication. Le mémoire de M. Delafond, sur le même sujet, a été présenté à la Société de médecine vétérinaire dans sa séance du 10 mai 1860, dix ans plus tard. La première publication en Allemagne est de Bravell. Elle date de 1858. Une observation de Fusch, faite, paraît-il, en 1842, n'a été publiée qu'en 1859.

M. BONNAFONT répond aux attaques dirigées contre lui par M. Fauvel. Il termine par les conclusions suivantes :

Je crois, dit-il, être dans mon droit de revendiquer :

1° La priorité conjointement ou peu après M. Roche, en 1849, lui à Paris et moi à Arras, d'aller combattre le choléra à sa source orinaire; 2° d'avoir le premier et seul exprimé, formulé et publié en 1853 le projet d'un congrès sanitaire diplomatique et international pour aviser aux moyens de modifier le sol fangeux de l'Inde, d'où partent les irruptions épidémiques du choléra; 3° je maintiens que rien de pareil n'avait été publié avant moi. Quant aux moyens d'exécution dont M. Fauvel fait un argument contre mon projet, cela ne regarde pas la médecine.

M. Bonnafont termine en citant la fin de son discours à Arras :

Messieurs, disait-il, aux grands maux les grands remèdes, et si la société reproche à la médecine de manquer de moyen contre le cho-

léra, la médecine à son tour sera en droit de répondre : Nous vous en proposons un, c'est à vous de le mettre à exécution. Or la thérapeutique ne possédant pas de remède capable de neutraliser l'action si promptement mortelle du miasme cholérique, il faut en appeler à l'hygiène, et puisque l'hygiène nous en fournit d'une efficacité incontestable, c'est à nous, médecins, à vous l'indiquer, et à vous, gouvernants à le mettre en pratique. La médecine aura fait son devoir en vous signalant ses avantages et en vous mettant à même de faire le vôtre en suivant ses prescriptions.

M. FAUVEL prétend qu'on a singulièrement exagéré ses attaques contre M. Bonnafont dans un journal dont il est le collaborateur.

M. AMÉDÉE LATOUR proteste énergiquement contre ces paroles de M. Fauvel. Il n'a pas eu l'honneur de voir M. Bonnafont avant de publier ce qu'il a écrit.

L'ordre du jour demandé est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

REPRISE DE LA DISCUSSION SUR LE SCORBUT

M. VILLEMIN, après une longue interruption, reprend cette discussion, en répondant au dernier discours de M. Leroy de Méricourt, il déclare que les arguments et les faits qu'il a invoqués en faveur de la nature infectieuse du scorbut persistent, malgré les raisons contraires avancées par son contradicteur ; il s'étonne que celui-ci ait consacré une longue partie de son argumentation à le réfuter sur des points où ils sont en complet accord l'un avec l'autre, à savoir l'influence des différents modificateurs anti hygiéniques, tels que le froid, l'humidité, la tristesse, les fatigues excessives, la mauvaise alimentation, etc. Il a consacré, dit-il, un chapitre entier non pas à démontrer l'action de ces agents étiologiques, ce qui eût été superflu, mais à convenir de leur influence, à leur faire la part qui leur revient, et cela dans la mesure égale à celle que leur attribue M. Leroy de Méricourt lui-même, excepté en ce qui concerne l'abstinence des légumes frais, où commence seulement entre eux une certaine divergence.

Pour M. Villemin, la privation de végétaux aqueux n'est qu'une cause prédisposante comme le froid ou l'humidité, à laquelle il concède le premier rang, mais qu'il déclare insuffisante pour déterminer la maladie sans l'intervention d'un agent miasmatique particulier. Pour M. Leroy de Méricourt, cette privation est, au contraire, le seul facteur obligé, pouvant même à lui seul produire le scorbut, qui n'est alors qu'une sorte d'*anémie* et d'*étiolement*. Telle est, dit M. Villemin, la seule question qui le sépare de son adversaire et qui mérite d'être discutée.

Quand M. Leroy de Méricourt a rencontré des opinions contraires à la sienne et des faits qui l'infirment, il a exécuté les personnes en leur déniant l'autorité suffisante en la matière, et il a contesté les faits relatés par elles. C'est ainsi qu'à propos du scorbut de mer, il s'est débarrassé des observations d'un certain nombre d'auteurs, tels que Fodéré, Dutrouleau, Frilley, Gueit, Duprada, Hubault, Neboux et autres.

En ce qui concerne le scorbut observé dans les hôpitaux, M. Leroy de Méricourt ne croit pas qu'il faille tenir compte des épidémies survenues avant 1847, parce que, avant cette époque, on peut, à bon droit, soupçonner le régime de ces établissements. Mais alors, réplique M. Villemin, expliquez-nous, par la théorie du régime, le scorbut de 1847 à la Salpêtrière, à la Charité et au Val-de-Grâce, celui de l'asile d'Aix en 1855, celui de tous les hôpitaux militaires de Paris la même année, celui de Lille en 1860, etc. Quant aux épidémies des camps et des garnisons d'Afrique, si M. Leroy de Méricourt a quelques doutes sur la nature des affections décrites, qu'il consulte les auteurs de ces relations, et il verra bien qu'il s'agissait incontestablement du scorbut.

Pour répéter les faits relatifs aux prisons et aux dépôts de mendicité, M. Leroy de Méricourt se contente d'invoquer la disparition du scorbut des bagnes par le moyen d'une soupe à la viande et aux légumes frais distribuée à la chiourme le dimanche, à partir de 1853. Mais alors, demande M. Villemin, pourquoi observe-t-on la maladie au dépôt de mendicité de Roanne, où il y avait des légumes frais tous les jours ; à Clairvaux, où les prisonniers avaient des pommes de terre cinq fois par semaine ; à Perth, où les légumes frais interviennent aussi cinq fois par semaine? Du reste, le scorbut a si peu disparu des bagnes qu'à Toulon, avant cette mesure, la moyenne des cas étaient de 75 sur 4,000 hommes d'effectif, et qu'elle fut de 90 dans les cinq années de 1864 à 1867.

Sans nier la salutaire influence des végétaux aqueux et des fruits sur les scorbutiques, on ne saurait leur accorder l'action spécifique que leur attribue M. Leroy de Méricourt, et la preuve en est dans les nombreux insuccès de ces substances, attestés par des médecins de la marine, dans les guérisons obtenues avec de la viande fraîche sans l'intervention d'aucun légume frais. Quant à l'efficacité du jus de citron, du *lime-juice*, elle ne saurait prouver la nature du scorbut. Les sucs acides des fruits peuvent être des agents thérapeutiques au même titre que l'écorce de quinquina, la feuille de digitale, etc. Mais le lime-juice n'a pas les vertus curatives ni même préservatrices que M. Leroy de Méricourt se plaît à exalter, car plusieurs de ses collègues de la marine, loin de partager ses idées, ont signalé à plusieurs reprises son inertie absolue. (Laure, Lagarde, Ayme, Ledrain, etc.)

L'action thérapeutique des sucs acides pourrait s'éclairer, selon M. Villemin, d'un fait anatomo-pathologique curieux qu'il a eu l'occasion de constater. Il a trouvé dans les noyaux hémorrhagiques du poumon et des muscles d'un scorbutique un *mycelium* de champignon qui semble témoigner que, dans cette maladie, le sang a une tendance à perdre son alcalinité au moins dans certaines parties de son parcours. Et c'est par les acides organiques que cette alcalinité peut être rétablie. M. Villemin ne donne cette explication que comme une hypothèse.

La diminution du scorbut dans la marine anglaise, attribuée au lime-juice par M. Leroy de Méricourt, est due bien autant à l'amélioration de l'hygiène navale et surtout à l'atténuation de l'encombrement et du méphitisme par suite de l'accroissement des dimensions des navires et de l'introduction des moyens de désinfection. Ce qui le prouve, c'est que toutes les fois que l'on a produit une certaine agglomération comme sur les bâtiments-transports, on a vu le scorbut éclater avec violence. Sur des vaisseaux voyageant de conserve, ayant une alimentation absolument identique, supportant des influences climatériques pareilles, le scorbut est apparu sur ceux qui étaient le plus encombrés et a épargné ceux qui l'étaient le moins. La cause pathogénique résidait donc dans le milieu habité.

M. Leroy de Méricourt a cité l'*Iphigénie* et l'*Orne* comme favorables à sa théorie. Sur l'*Iphigénie*, M. Couraut, le médecin du bord, regarde, au contraire, comme cause unique du scorbut l'humidité spéciale due à l'eau de mer employée aux lavages de la batterie, attendu que la suppression de ces lavages fit cesser l'épidémie selon lui. On ne saurait, en effet, expliquer comment la privation de légumes frais put produire le scorbut au bout de trente jours, en sortant de Toulon, quand la même privation n'eut pas le même résultat en quarante-neuf jours après avoir quitté Saint-Denis, et cela lorsque les conditions de santé étaient moins bonnes par suite de la durée de la traversée.

Sur l'*Orne* la batterie basse, obscure, mal ventilée, méphitisée par les émanations de la cale, eut presque tous ses habitants atteints, tandis que ceux de la batterie haute furent à peu près épargnés.

Sur le *Var*, le même phénomène se produisit. De 182 victimes, il y avait 178 déportés, 3 hommes de l'équipage et 1 passager libre. Des 178 déportés, 174 étaient logés dans la batterie basse et 4 seulement dans la batterie haute. Sur les 4 hommes de l'équipage, 2 étaient matelots chauffeurs, ayant leur poste au-dessous de la batterie basse, exposés aux influences morbifiques de cette batterie et de la cale. Sur le *Var* comme sur l'*Orne*, le lime-juice échoua complétement. Les malades débarqués guérirent rapidement, quoique n'ayant pas de légumes frais. Si donc le scorbut tenait à l'alimentation, il aurait dû frapper sinon également, au moins indistinctement parmi des hommes de même provenance et voués au même régime.

Pendant la guerre de Crimée, le scorbut éclata surtout lorsque les navires étaient encombrés par les troupes qu'ils transportaient.

Aux Invalides, il y avait annuellement 150 à 200 scorbutiques, mais dès que Sabatier eut obtenu que les invalides fussent logés séparément, le scorbut disparut.

Si le scorbut n'est qu'une sorte d'*anémie*, d'*étiolement*, comme le veut M. Le Roy de Méricourt, la pathologie comparée et même l'expérimentation doivent éclairer cette question. L'abstinence des végétaux vivants doit produire chez les animaux faits pour s'en nourrir des phénomènes semblables à ceux qu'elle cause chez l'homme. On peut bien rendre les animaux anémiques, mais on ne peut leur donner le scorbut par la privation de végétaux aqueux. Nos herbivores domestiques, nos chevaux, passent leur entière existence sans pouvoir du moindre gazon tondre la largeur de leur langue, et ils ne deviennent pas scorbutiques. Et n'est-il pas étrange que l'homme, à moitié carnivore, contracte le scorbut par une abstinence de légumes verts de quelques semaines? C'est en vain que M. Villemin a soumis, pendant plusieurs mois, des lapins et des cobayes à un régime exclusif de farines moisies.

Le scorbut est endémo-épidémique, cela est incontestable. Il est contagieux dans une certaine mesure, malgré les atténuations de M. Le Roy de Méricourt. Il n'est guère possible d'interpréter autrement que par la contagion l'enchaînement qui relie le scorbut des hôpitaux militaires de Paris, en 1855, avec celui des camps du Nord.

A quel degré le scorbut est-il contagieux? Assurément il ne l'est pas à la façon de la peste, comme le voudrait M. Le Roy de Méricourt. En fait de contagiosité, les maladies infectieuses constituent une sorte d'échelle au haut de laquelle l'observation permet de placer la peste et le typhus, tandis qu'au bas nous voyons la fièvre palustre qui est infectieuse sans être transmissible. Le scorbut ne s'éloignerait peut-être pas de celle-ci, mais enfin il s'en écarte suffisamment, puisqu'il donne lieu à des faits de transmission indéniables.

L'objection reposant sur l'immunité des officiers n'a pas de valeur, puisqu'il en est de même pour la plupart des maladies infectieuses, même pour le choléra. Des conditions hygiéniques meilleures et l'éloignement des foyers morbides expliquent cette immunité, qui est loin d'être absolue.

M. Leroy de Méricourt refuse au scorbut les caractères des maladies infectieuses, parce qu'une première atteinte ne préserve pas d'une seconde et que son évolution n'a pas de durée fixe. Mais le choléra, le typhus, la dysenterie, l'érysipèle, la fièvre palustre, etc., ne confèrent pas l'immunité et plusieurs d'entre elles n'ont pas non plus d'évolution cyclique. Ces caractères sont plus particulièrement propres aux maladies virulentes qu'aux maladies infectieuses.

Quant aux affinités étiologiques existant entre le scorbut et le typhus, M. Leroy de Méricourt y souscrit sans s'en douter lorsqu'il s'abrite derrière la citation de Hirsch, disant que, dans presque tous les cas où le scorbut a atteint une grande extension épidémique, la maladie a été précédée d'une mauvaise récolte due soit à des circonstances atmosphériques, soit à la guerre, soit à l'invasion des sauterelles. Cette étiologie est en tous points celle qui domine les épidémies typhiques.

Selon M. Leroy de Méricourt, la théorie de M. Villemin est pleine de danger, car avec elle il faudrait ouvrir les prisons, licencier les régiments, débarquer les déportés dès que le scorbut se montre parmi eux; il faudrait enfermer les scorbutiques dans les lazarets, leur tracer des cordons sanitaires. Mais n'est-ce pas méconnaître la pathologie des maladies infectieuses que de conclure de la sorte? Est-ce ainsi que l'on traite les personnes atteintes de fièvre typhoïde, de dysenterie, de dipthérie, voire même de fièvres éruptives, et n'est-ce pas une exagération inconcevable que d'assimiler le scorbut à la peste?

Les déductions pratiques qui découlent des idées professées par M. Villemin consistent donc à agir comme M. Leroy de Méricourt lui-même en ce qui concerne les causes prédisposantes : combattre toutes les influences antihygiéniques, s'opposer à la débilitation de l'organisme, donner les fruits acides, à leur défaut le lime-juice; mais à faire plus encore, à savoir : éviter l'encombrement et le méphitisme qu'il engendre, ventiler, désinfecter, disperser, isoler au besoin, bref à se comporter vis-à-vis d'une épidémie scorbutique persistante, sévissant au milieu d'une agglomération humaine, comme on se conduirait à l'égard de la fièvre typhoïde, de la pourriture d'hôpital, de la dysenterie des camps, etc.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 mai 1875. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Histologie. — Procédé de préparation par le violet de méthylaniline. — M. Cornil donne, à propos de son procédé de coloration des tissus par le violet de méthylaniline, le mode d'action de cette substance colorante sur différents tissus.

Le violet est décomposé par la substance des cartilages hyalins. Ainsi dans le cartilage fœtal, dans les cartilages articulaires et dans les cartilages costaux étudiés chez l'homme, la substance fondamentale hyaline ou grenue se colore en rougeviolet tandis que les capsules du cartilage, le protoplasma et le noyau des cellules cartilagineux prend la couleur bleu violet.

Mais cette coloration des tissus est loin d'être aussi constamment la même, ni aussi régulière, ni aussi fixe que celle obtenue sur les organes en dégénérescence amyloïde. La glycérine, en effet, ne conserve pas bien la couleur des pièces qui y sont placées, et l'on est obligé de les conserver dans l'eau.

Le cartilage réticulé ne décompose pas la couleur violette. Les fibrilles et les fibres qui composent la trame du tissu réticulé sont colorées en violet foncé de même que les cellules. Les préparations montrent très-bien toutes les fibrilles du tissu , et c'est assurément une des matières colorantes qui mettent le mieux en évidence les fibres et fibrilles élastiques aussi bien que les membranes délicates.

Comme exemple, M. Cornil montre des îlots hépatiques voisins d'abcès métastatiques. Dans ces îlots, les veines sus hépatiques et les veines centrales des îlots étaient remplis de pus. La veine-porte n'en contenait pas. Les capillaires étaient remplis de fibrine grenue et de cellules lymphatiques granuleuses. La paroi de ces capillaires, sur les préparations colorées au violet, se voit très-nettement : en dehors de la paroi, entre elles et les cellules hépatiques atrophiées, on voyait des cellules lymphatiques qui étaient, suivant toute probabilité, sorties des vaisseaux. Autour des capillaires, en effet, entre leur paroi et les cellules hépatiques, il y avait un espace contenant des granulations et des cellules lymphathiques ayant les mêmes caractères que les mêmes éléments contenus dans les vaisseaux capillaires.

Pour ce qui est des tissus généraux, le violet de méthylaniline ne colore pas les grains d'amidon, et il colore en violet la cellulose.

Mode d'union des muscles avec les tendons. — M. Ranvier rappelle les recherches de Weissmann sur les rapports des fibres musculaires primitives avec les faisceaux tendineux. Ce physiologiste a cherché à résoudre cette question en faisant macérer pendant quelques minutes, dans une solution de potasse à 40 pour 100, des fibres musculaires avec leurs faisceaux tendineux. Comme la solution de potasse détermine la séparation complète des faisceaux primitifs, Weissmann en a conclu que la soudure du muscle avec le tendon se faisait par un ciment que la potasse dissoudrait.

Mais il restait à savoir si le sarcolemme passe directement sur le tendon ou s'il s'insinue entre ce tendon et le faisceau musculaire primitif. Weissmann, à ce point de vue, a commis une erreur que M. Ranvier explique par ce fait que la potasse à 40 pour 100, qui dissout les fibres du tissu conjonctif et le ciment qui relie les cellules entre elles, en ne conservant que les cellules elles-mêmes, peut bien aussi avoir dissout ce sarcolemme. Pour éviter cette cause d'erreur, voici la méthode à laquelle eut recours M. Ranvier.

Une grenouille est plongée dans de l'eau à 55 degrés. Il en résulte chez cet animal une brusque convulsion; certains faisceaux musculaires se séparent des faisceaux tendineux. Si l'on prend alors un des muscles, on voit que le faisceau musculaire, rétracté dans sa gaîne sarcolemmique, se termine par une extrémité fusiforme dont la surface est irrégulière, tandis que le sarcolemme, débarrassé de la substance musculaire dans une partie de son étendue, apparaît

sous la forme d'un tube et va se terminer sur le tendon lui-même.

Cette extrémité fusiforme du faisceau musculaire est reçue très-exactement dans une capsule que présente le faisceau tendineux, et l'on voit très-nettement que le sarcolemme se continue dans cette capsule. Si donc il existe un ciment particulier, comme le pense Weissmann, il peut se trouver entre l'extrémité du faisceau musculaire et le sarcolemme, d'une part, entre le sarcolemme et le faisceau tendineux d'autre part. Mais il n'est pas nécessaire d'admettre l'existence de ce ciment entre le faisceau musculaire et le sarcolemme pour expliquer l'union intime et solide des muscles et des tendons.

Lorsque les muscles de la grenouille ont été soumis à une température de 55 degrés et que les faisceaux musculaires se sont rétractés dans leurs gaînes, ils laissent un espace qui serait comblé par une substance gélatiniforme présentant avec l'iode les réactions de la matière glycogène. Cette substance se prolongerait même jusque sur les côtés du sarcolemme qu'elle soulèverait de façon à simuler des pustules. (*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

85. Labarraque. Étude sur l'hypertrophie générale de la glande mammaire chez la femme.
86. Salutrynski. De la hernie recto-vaginale.
87. Gourdon. Essai sur l'entérite pseudo-membraneuse.
88. Calvet. Contribution à l'histoire des suites de couches simples, normales et pathologiques.
89. Cauchy. Considérations sur le système artériel de la main.
90. Geoffroy. De la fièvre typhoïde abortive ou typhus abortif.
91. Le Boucher. Du rôle de la médecine légale dans la durée de la gestation au point de vue du droit civil.
92. Lebeau. Essai sur la métrite parenchymateuse limitée au corps.
93. Petiau. Contribution à l'étude du traitement du bec-de-lièvre double compliqué.
94. Petit. De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme.
95. Boissimon. Séméiologie du toucher vaginal.
96. Ducros. De l'oblitération du col utérin pendant l'état de vacuité.
97. Dupuy. Du rhumatisme blennorrhagique.
98. Demartial. Contribution à l'étude des abcès des parois latérales du thorax.
99. Poignard. Étude clinique sur les concrétions muqueuses membraniformes de l'intestin.

École pratique. — Cours public d'accouchements. — M. le docteur Mignon ouvrira, le lundi 31 mai 1875, à huit heures du soir, à l'amphithéâtre nº 1 de l'École pratique, un cours complet de manœuvres et opérations obstétricales. Ce cours sera continué les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la sciatique. Étude historique, séméiologique et thérapeutique, par le docteur LAGRELETTE. — 1 vol. in-8º de 350 pages. Prix : 5 francs. — Chez A. Coccoz, rue de l'École-de-Médecine, 30.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8º de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 62. — SAMEDI 29 MAI 1875. 48e ANNÉE. SAMEDI 29 MAI 1875. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

THÈSES DE CONCOURS

POUR L'AGRÉGATION EN MÉDECINE (1).

(Questions de thérapeutique.)

Dans les thèses qui ont fait l'objet de nos précédents articles, la thérapeutique n'avait qu'un rôle très-effacé ou même nul, la plupart d'entre elles ayant trait à des questions de pathologie pure, et ce n'est pas par les quelques considérations écourtées que quelques-unes contiennent, comme complément obligé de leur sujet, que l'on pourrrait juger de l'esprit moderne et des tendances actuelles en thérapeutique. C'est dans des questions formulées *ad hoc* par le jury du concours qu'il faut les chercher.

Pendant la période scientifique qu'embrasse et résume sur certains points l'ensemble de ces thèses, la thérapeutique est loin d'avoir suivi d'un pas égal la marche si rapidement progressive des études de pathologie et de physiologie pathologique.

Si nous n'en sommes plus tout à fait aux déclamations de Pinel, de Bichat et de Broussais contre la thérapeutique de leur temps, convenons du moins que, malgré de nombreux épurements et des simplifications dues surtout à la sage intervention d'une thérapeutique hygiénique, et quelques progrès partiels dans la voie des indications rationnelles, nous sommes loin encore de la réalisation du programme d'une reconstitution générale sur les bases de la double notion physiologique de la maladie et du remède. C'est donc en présence de cette situation d'une thérapeutique dans laquelle l'empirisme a encore la plus large part et qui n'en est qu'aux premiers pas de sa constitution scientifique, que nous allons avoir à apprécier les questions traitées dans le concours.

Parmi les thèses de cet ordre, il en est deux qui se distinguent plus particulièrement par la généralité du sujet et qui répondent en quelque sorte à cette double préoccupation du passé et de l'avenir de la thérapeutique. Ce sont celles de M. Liouville sur l'abus en thérapeutique, et de M. Debove sur l'action physiologique des médicaments.

(1) Voir les articles des 10, 15 et 22 avril.

I.

La question de l'*abus en thérapeutique,* que M. Liouville a eu à traiter, impliquait, ce nous semble, une définition préalable que nous avons vainement cherchée dans sa thèse, mais qui était, nous en conviendrons, difficile à donner : c'est celle de l'usage; car si l'on n'a pas déterminé d'abord dans quelles limites peut ou doit se renfermer l'usage d'une chose, il est difficile de dire ce qui constitue l'abus et de marquer le point où il commence. Il en est, il est vrai, en cela, comme en toutes choses, c'est surtout affaire de sens juste et de jugement droit. Il est certain que, quand on parcourt l'histoire de la médecine et que l'on compare les différentes méthodes de traitement qui ont été mises en usage à différentes époques, il n'est pas possible qu'on ne soit pas frappé à la fois et des vicissitudes de quelques-unes d'entre elles, des alternatives de vogue ou d'abandon dont elles ont été l'objet et de l'abus étrange qui en a été fait parfois. Qui ne connaît l'usage inconsidéré qui a été fait, à de certaines époques, de la saignée, de l'émétique, des purgatifs ou des exutoires? Au besoin, ceux qui n'ont pas eu le loisir de compulser les vieux livres, seront bien vite édifiés à cet égard en parcourant les premières pages de cette thèse. M. Liouville n'avait que l'embarras du choix.

Toutefois, si l'abus ressort souvent, d'une manière patente, de l'exposé seul des faits, surtout lorsqu'il procède d'une doctrine en vogue, d'un point de vue systématique exclusif, comme nous en avons vu tant d'exemples de nos jours, il devient quelquefois difficile d'en juger à distance, les éléments d'appréciation nous faisant souvent défaut, en raison des circonstances de temps, de lieux, de constitutions, d'usage ou de mœurs qui ont pu nous échapper. On s'en convaincrait, au besoin, par l'histoire que quelques-uns des grands observateurs du dix-huitième siècle nous ont laissée de ces changements profonds survenus à de certaines époques dans la constitution médicale d'une vaste contrée, changements qui ont dû nécessairement entraîner à leur suite ces revirements dans la thérapeutique, que l'on serait porté de prime abord à mettre sur le compte de ces vicissitudes systématiques dont nous parlions tout à l'heure, alors qu'ils étaient en réalité fondés sur une saine pratique. Ce point de vue, qui est loin d'être sans importance, nous paraît avoir échappé à M. Liouville; du moins s'il est indiqué dans la thèse, il ne l'est que d'une manière insuffisante à notre avis.

Nous venons de parler des abus, c'est-à-dire en général des exagérations d'une thérapeutique à outrance et trop souvent aveugle, dont les siècles précédents et la première moitié du siècle actuel nous ont donné tant d'exemples. Mais à côté

de ce genre d'abus, n'y en a-t-il pas un autre qui en serait en quelque sorte la contre-partie, et qui consisterait dans une abstention systématique?

La méthode expectante, si en honneur de nos jours, bien qu'elle soit loin d'être moderne — ne la qualifiait-on pas déjà jadis du nom de méditation devant la mort? — n'est-elle pas aussi susceptible d'être poussée jusqu'à l'exagération? Si elle est souvent l'expression d'une indication raisonnée et le fait d'une conduite prudente et sage, comme lorsqu'elle repose sur un pronostic assuré et sur une évolution naturelle à tendance favorable, ne l'a-t-on pas vue aussi traduire une confiance trop aveugle dans les efforts spontanés de la nature médicatrice ou un septicisme outré à l'endroit des ressources de l'art, conséquence trop fréquente de la doctrine fataliste des anatomo-pathologistes exclusifs? Si l'on ne peut donner logiquement le nom d'abus à cette conduite, puisqu'il ne s'agit plus là d'un usage mauvais, outré ou inconsidéré, mais de l'abstention, c'est-à-dire de l'absence même de tout usage, elle n'en devait pas moins rentrer par le fait dans le cadre du sujet que M. Liouville avait à traiter. Aussi l'a-t-il compris et fait ainsi.

Entre ces deux exagérations, faire trop ou ne pas faire assez, se place un autre abus, celui qui consiste à agir hors du temps opportun. Ici, il est vrai, c'est plutôt une erreur qu'un abus à proprement parler.

Éviter de mettre en usage des agents thérapeutiques qui ne sont pas nécessaires ou utiles; d'administrer des remèdes hors du temps opportun, et de faire usage de doses exagérées, tels sont les trois chefs sous lesquels M. Liouville étudie son sujet. Nous y relevons, en particulier, ces propositions que les médecins ne devraient jamais oublier.

La guérison des malades est loin d'être toujours une preuve que les médications employées pendant leur durée ont été nécessaires ou utiles, la plupart d'entre elles ayant une évolution naturelle et presque fatale. Le médecin, sans cesser d'être prêt à intervenir, doit donc compter sur la tendance naturelle que la plupart d'entre elles ont à la guérison. L'intervention thérapeutique trop active constituerait dans ce cas un abus. L'emploi intempestif des médications peut avoir, en outre, l'inconvénient de fausser le diagnostic ou d'augmenter les difficultés de sa précision.

Il n'en est pas de même des maladies chroniques. M. Liouville distingue ici celles qui sont produites ou entretenues par des causes occasionnelles, des conditions diathésiques.

Si les premières ne cèdent pas à la soustraction de la cause qui les a créées ou qui les entretient, ce n'est pas un abus de les faire disparaître.

Mais, pour les autres, il faut se poser la question qui a fait le sujet d'un livre bien oublié de nos jours — et nous savons gré à M. Liouville de l'avoir rappelé — le livre de Raymond sur *les maladies qu'il est dangereux de guérir*. N'est-ce pas, en effet, quelquefois s'exposer à de graves inconvénients que de chercher à supprimer certaines manifestations diathésiques? Si du temps de Raymond on portait peut-être un peu trop loin le respect de ces manifestations, dont on s'exagérait aussi le nombre, il est certain qu'on oublie un peu trop aujourd'hui qu'il est des affections qui, comme le disait Récamier, sont des sortes de servitudes de l'économie, qu'il faut savoir subir.

La question de l'opportunité est certainement l'une des plus vastes et des plus importantes et en même temps des plus délicates de la médecine pratique. C'est dans le diagnostic de l'opportunité thérapeutique que se révèlent non-seulement le tact, mais encore les connaissances profondes et l'expérience du praticien. C'est sans contredit une des parties le mieux traitées de la thèse de M. Liouville.

Voici en quelques mots la conclusion de cette étude, à laquelle nous ne pouvons que donner notre pleine adhésion : expectation pure, quand il n'y a aucune indication d'agir; expectation mitigée, quand on peut calculer la force de la coopération de la nature ; surveillance constante et résolution d'intervenir s'il le faut, dès qu'il le faudra, et dans la mesure nécessaire. En agissant dans ces limites, le médecin évitera tout ce qui pourrait dégénérer en abus. Cette règle de conduite ne sera pas pour lui un obstacle quand il sentira qu'il est de son devoir le plus impérieux d'agir avec énergie, devant les grandes et pressantes indications. Elle ne devra pas non plus l'arrêter dans la voie des tentatives expérimentales, s'il est en présence de maladies réputées encore incurables.

II.

La deuxième thèse de thérapeutique générale est celle de M. Debove. Elle traite d'une question pleine d'actualité ou plutôt d'avenir et montre assez, par son titre, même la préoccupation dont elle est l'objet à la Faculté. *L'action des médicaments peut-elle devenir la règle de leur emploi thérapeutique?* Il y a plus de trente ans une question analogue avait déjà été posée à l'occasion d'un concours pour la chaire de thérapeutique: « Des indications que la thérapeutique peut tirer de l'action physiologique des médicaments. » La conclusion générale à laquelle était arrivé l'auteur de cette thèse, le regrettable Guérard, était formulée ainsi : « Tout en pouvant fournir des indications ou contre-indications précieuses, les renseignements fournis par l'expérimentation doivent être complétés et fécondés par l'observation clinique. » A plus de trente ans de distance, malgré l'impulsion nouvelle donnée à la thérapeutique expérimentale, la conclusion de M. Debove ne diffère pas beaucoup de celle de Guérard, ou plutôt elle semble même avoir reculé davantage la solution de la question, les difficultés en étant mieux connues. « Dans l'état actuel de la science, dit-il, en effet, l'action physiologique des médicaments ne peut devenir la règle de leur emploi. »

Comment M. Debove a-t-il été conduit à formuler cette conclusion? D'abord par l'étude de quelques-uns des agents les plus actifs et les mieux connus de la matière médicale, le quinquina, l'iode, le mercure, l'ipéca, dont il nous montre les propriétés thérapeutiques définies, alors que leurs propriétés physiologiques ne l'étaient pas et le sont encore à peine aujourd'hui; en même temps qu'il nous fait voir que les notions intéressantes que la physiologie nous a fournies dans ces derniers temps sur les propriétés de ces médicaments incapables de nous révéler leurs vertus curatives, sont tout aussi insuffisantes pour les expliquer.

Quant aux médicaments dont l'action physiologique est mieux connue, tels que la digitale, la belladone, les anesthésiques, est-on mieux fondé à en régler l'usage d'après cette donnée? Pas beaucoup plus; et cela par deux raisons : la première, c'est que les expérimentateurs sont encore loin d'être d'accord sur cette action elle-même qui peut donner lieu à des interprétations diverses, et en second lieu parce que ces notions, fussent-elles plus précises et plus exactes qu'elles ne le sont, il ne serait pas d'une logique rigoureuse de conclure de leur action sur des animaux inférieurs et sur des organes sains aux modifications qu'elles sont susceptibles d'imprimer chez l'homme aux mêmes organes malades.

Que faudrait-il donc pour que l'action physiologique des médicaments pût devenir la règle de leur emploi thérapeu-

tique ? Deux conditions indispensables et qui se trouvent encore rarement réalisées, savoir : la connaissance de la physiologie des médicaments, et celle de la physiologie des maladies. Ce n'est, en effet, que lorsqu'on connaîtra à fond la physiologie de la maladie et la physiologie du médicament, que la thérapeutique pourra être scientifiquement constituée. La thérapeutique rationnelle est l'idéal vers lequel tous les efforts de la science doivent tendre. Mais en attendant que cet idéal puisse être réalisé, il faut bien que le praticien sache se contenter des notions de la thérapeutique empirique, là où les notions physiologiques lui font encore défaut, tout en profitant des indications partielles précieuses que peuvent lui fournir les progrès qui s'effectuent tous les jours dans les différentes branches de la physiologie.

Telle est la conclusion générale de la thèse de M. Debove. N'est-ce pas là ce que nous n'avons cessé de répéter dans les colonnes de ce journal toutes les fois que l'occasion s'en est présentée? Nous ne pouvons donc qu'approuver l'esprit dans lequel a été rédigée cette thèse.

III.

Des sujets de thérapeutique générale, passant aux questions de médications spéciales, nous nous trouvons en présence de trois thèses également remarquables : celles de M. le docteur Grasset (de Montpellier), sur la médication vomitive ; de M. Grancher, sur la médication tonique, et de M. Joffroy, sur la médication par l'alcool.

Médication vomitive. — Il n'est pas de médication plus usuelle que la médication vomitive, il n'en est pas de plus anciennement connue et dont on ait autant abusé à de certaines époques de l'histoire médicale, si ce n'est peut-être la méthode des émissions sanguines.

Ajoutons qu'il en est réellement peu de plus utile et qui rende plus de services à la pratique journalière. C'était donc, même en admettant que l'auteur s'en fût tenu exclusivement au point de vue pratique, un sujet d'un intérêt réel. Mais M. Grasset n'a pas cru devoir se renfermer dans les limites, bien que déjà assez larges, de ce point de vue. En ne négligeant aucune des données essentielles qui y ont trait, il a fait une large part au côté physiologique et expérimental de la question, montrant par là que si l'École dont il procède tient toujours à honneur de maintenir les principes traditionnels de l'ancienne médecine, elle n'est pas aussi éloignée que beaucoup de personnes semblent le croire encore, de marcher dans les voies nouvelles ouvertes à la science et de coopérer activement, pour sa propre part, à ses progrès. On trouve, en effet, dans sa thèse, après une introduction historique qui rappelle à grands traits les indications générales de la médication vomitive, une étude très-complète des effets physiologiques et du mode d'action de la médication vomitive, étude analytique de ses effets sur les divers appareils et sur l'ensemble de l'organisme, étude synthétique, étude des divers agents de la médication, de leur action comparée et de leur mode d'administration ; enfin, dans une troisième et dernière partie, étude des effets thérapeutiques, des indications et des contre-indications et de ses applications aux diverses maladies.

Il nous suffira de rappeler ici en quelques mots, comme en résumant l'ensemble, les conclusions générales de ce remarquable travail, qui sous la plume de son auteur, malgré les conditions défavorables que l'on sait, a pris presque les proportions d'un livre.

M. Grasset réduit à quatre principales les actions élémentaires des vomitifs sur l'économie :

1° Vomissement, acte qui a pour agents musculaires le diaphragme, les muscles abdominaux, l'estomac et l'œsophage, et qui est placé sous la dépendance d'un centre, dit centre vomitif, situé dans le bulbe, très-près du centre respiratoire. Parmi les agents vomitifs, les uns excitent ce centre par l'intermédiaire du pneumogastrique, dont ils excitent les terminaisons dans l'estomac : ce sont les vomitifs périphériques (ipéca). D'autres excitent directement ce centre : ce sont les vomitifs centraux (apomorphine). D'autres, enfin, agissent à la fois directement et indirectement ; ce sont les vomitifs mixtes (tartre stibié).

2° Action locale sur la muqueuse et sur les glandes, le développant soit au moment de l'absorption, soit au moment de l'élimination de l'agent vomitif et déterminant sur les muqueuses une irritation congestive et même inflammatoire, sur les glandes une action hypercrinique.

3° Action sur les muscles, diminuant l'excitabilité musculaire y compris celle du cœur et des muscles de la respiration, et expliquant par là les principaux troubles de ces deux fonctions.

4° Action sur le système nerveux central, encore très-incomplétement étudiée et paraissant se composer d'une période d'excitation et puis d'une période de dépression.

Les actions thérapeutiques de la médication vomitive pouvant, en général, se déduire des actions physiologiques, sont, les unes simples : action évacuante, action locale sur l'estomac et les intestins, action hypercrinique, action hypocinétique et antispasmodique ; les autres complexes, c'est-à-dire relevant de plusieurs actions physiologiques simultanées : action antiphlogistique, action perturbatrice, action expansive, — chacune de ces actions répondant à des indications et des contre-indications.

Dr BROCHIN.

OBSTÉTRIQUE

Céphalotribe fenêtré. — Six opérations nouvelles (1)

Par M. BAILLY, agrégé libre.

OBS. IX. — *Seconde couche. Bassin de 8 cent. 1/2. Forceps impuissant. Céphalotripsie pratiquée avec mon instrument. Suites de couches normales.*

Mme G..., trente ans, brune, petite, replète, d'une bonne santé. N'a marché qu'à deux ans. Une sœur cadette, plus petite encore, a marché à trois ans seulement.

Une première couche spontanée à terme, après trente-quatre heures d'un travail des plus pénibles ; l'enfant, mort-né, aurait succombé pendant l'accouchement.

Arrivée au terme de la seconde grossesse, Mme G... ressent les premières douleurs de l'enfantement le 8 novembre 1873, dans la matinée. Le lendemain, à huit heures du matin, quand je la vois, appelé près d'elle par notre regrettable et distingué confrère Lempereur, je constate l'état suivant : 1° rétrécissement du bassin (8 cent. 1/2 de diamètre sacro-pubien); 2° présentation du crâne, encore très-élevé ; 3° dilatation du col de 4 centimètres environ ; 4° contractions énergiques et fréquentes ; 5° enfant vivant.

La dilatation du col ne se complète que dans l'après-midi du 9 novembre, et, à cinq heures et demie du soir, quand je reviens chez Mme G..., je la trouve dans un état d'agitation extrême, qu'expliquent suffisamment deux jours de travail soutenu et vingt-cinq heures d'efforts expulsifs infructueux.

La malheureuse change de place à chaque instant ; la face est pâle, altérée, les lèvres fuligineuses, le pouls petit, concentré, à 120. Les contractions sont toujours régulières et très-fortes. Œdème con-

(1) Fin. — Voir le numéro du 18 mai.

sidérable de la tête fœtale, qui n'est nullement engagée. Enfant vivant. Une application de forceps suivie de tractions énergiques étant restée sans effet, et ne voulant pas exposer cette femme aux lésions mortelles qu'on produit trop souvent quand on engage de vive force le crâne à travers un bassin rétréci, je me décidai sans retard à écraser la tête. L'enfant, d'ailleurs, avait succombé pendant ces tentatives d'accouchement, et je n'avais rien à ménager de ce côté. La perforation et l'évacuation du crâne étant opérées aussi complétement que possible, le céphalotribe fenêtré amena sans difficulté l'enfant, dont la tête se trouvait obliquement saisie de l'oreille gauche à la bosse frontale droite. La face tout entière disparaissait entre les mors de l'instrument. Une partie du crâne, au contraire, était restée en dehors du champ d'action du céphalotribe. Mais préalablement vidée avec le perforateur, cette portion de la tête ne formait plus qu'une coque fragile qui s'affaissa facilement par la pression du bassin, et s'aplatit sur le bord convexe des cuillers, de manière à ne gêner en rien l'extraction. Dix minutes après l'opération, M. le docteur Lempereur retirait le délivre entier.

Mon confrère, quelques jours plus tard, me donnait des nouvelles de notre opérée : les suites de couches avaient été aussi simples que possibles.

Obs. X. — *Primipare. Bassin de* 8 *centimètres (après déduction). Soixante heures de travail. Deux applications de forceps. Céphalotripsie. Suites de couches régulières.*

Mme F..., trente ans, santé bonne. Née et élevée à Paris. La mère, redevenue promptement enceinte, a dû sevrer sa fille vers cinq mois, et, à partir de cet âge, l'enfant a été nourrie de mauvais lait et de potages dont l'effet a été de la rendre rachitique. Elle n'a effectivement marché qu'à trois ans.

Mme F... mesure 1 mètre 45 centimètres, la hauteur du pubis aux talons étant de 65 centimètres seulement. Elle est brune, trapue, fortement musclée. Les membres inférieurs sont courts et ramassés, le squelette de ces parties sensiblement déformé par le rachitisme.

Le bassin, mesuré après l'accouchement, donne 8 centimètres de diamètre sacro-pubien (après déduction).

Primipare et à terme, Mme F... commence, le mercredi 26 novembre 1873, à souffrir assez fortement pour ne plus pouvoir reposer ni jour ni nuit. Rupture spontanée des membranes, le 28 novembre, à deux heures de l'après-midi. Ce même jour, à onze heures du soir, la dilatation du col étant complète, M. le docteur Mouton applique le forceps et fait des tractions puissantes sans engager la tête. A sa demande, je vois Mme F... le 29 novembre, à une heure du matin. Le crâne se présente en position O. J. I. A.; il est encore maintenu dans le grand bassin, bien qu'un œdème prononcé du cuir chevelu le fasse tout d'abord supposer moins élevé. Contractions expulsives assez fortes toutes les cinq ou six minutes; pouls régulier à 92. L'enfant vit.

Comme la patiente est un peu fatiguée par l'application de forceps faite deux heures auparavant, je renvoie à huit heures du matin une nouvelle tentative d'extraction.

29 novembre, huit heures. — Même état; les douleurs répétées survenues depuis ma visite de la nuit n'ont point abaissé le crâne. La malade ayant été chloroformisée, j'applique le forceps ordinaire; le crâne résiste absolument. En conséquence je le perfore et le vide aussi complétement que possible, puis j'applique le céphalotribe fenêtré sur les côtés du bassin. La tête, bien saisie dans toute sa longueur, est facilement écrasée, puis extraite par l'instrument. L'enfant est une fille d'un volume ordinaire, dont la tête est fortement ossifiée. Examen fait des rapports de l'instrument avec le crâne, je trouve celui-ci saisi du menton à l'occiput par le céphalotribe dont la cuiller gauche couvre la bosse frontale droite, tandis que la cuiller droite est appliquée sur l'apophyse mastoïde et l'oreille gauche. Les extrémités des cuillers dépassent le menton et sont en contact immédiat; donc l'épaisseur totale de cette tête broyée est exactement celle de l'instrument fermé, soit 54 millimètres.

Après l'accouchement, hémorrhagie notable, arrêtée par l'extraction du délivre. Suites de couches normales.

Obs. XI. — *Bassin de* 8 *centimètres. Procidence du cordon ombilical. Application du forceps ordinaire infructueuse. Céphalotripsie. Suites de couches régulières.*

Mme M..., vingt-trois ans, est d'une taille ordinaire, et, en apparence, bien conformée. Cependant en examinant avec soin les jambes, qui sont longues et grêles, on constate une courbure exagérée des tibias, disposition qui concorde avec l'étroitesse du bassin, qui mesure 8 centimètres 1/4 d'étendue dans le diamètre sacro-pubien. Cette jeune femme, née à Paris et fort négligée pendant le temps qu'elle a passé chez sa nourrice, n'a marché qu'à deux ans; en un mot, elle est rachitique. Elle est à terme et commence à souffrir le mardi, 2 décembre 1873, à une heure du matin. Ce même jour, à midi, rupture spontanée des membranes; la dilatation du col était complète. A minuit la tête, qui se présentait, ne s'engageant pas, M. le docteur Mouton fait une application de forceps et tire de toutes ses forces sans abaisser la partie fœtale.

Le 3 décembre, à neuf heures du matin, le crâne est toujours aussi élevé, le cordon ombilical fait procidence en arrière et à gauche du bassin. L'enfant a succombé.

Après avoir perforé et évacué le crâne, j'applique mon céphalotribe et j'extrais facilement une fille d'un développement moyen. La tête est comprimée dans toute sa hauteur de la face à la nuque. Suites de couches tout à fait simples.

Les opérations rapportées dans ce travail et le précédent sont les seules, à ma connaissance, qui aient été faites jusqu'ici avec mon instrument. S'il en est d'autres, j'exprime aux confrères qui les ont pratiquées le désir d'en connaître le résultat. Celui des faits que je relate est, comme on a pu s'en convaincre, on ne peut plus satisfaisant. Onze succès sur onze cas, il est impossible de demander plus.

Ce résultat favorable, d'ailleurs, pouvait être prévu. Une expérience aujourd'hui séculaire a prouvé combien le forceps, en vertu de la forme concave de ses cuillers, qui lui permet d'emboîter la partie fœtale, exerce une action solide sur la tête qu'il a saisie. Les plus fortes tractions ne peuvent lui faire lâcher prise quand il a été bien appliqué. Il était donc présumable qu'un céphalotribe se rapprochant par sa forme du forceps, c'est-à-dire pouvant, comme lui, circonscrire presque entièrement l'extrémité céphalique du fœtus, présenterait les mêmes avantages que le premier de ces instruments au point de vue de la solidité de la préhension. L'expérience a jusqu'ici pleinement justifié ces présomptions.

D'autre part, l'application de l'instrument ne présente pas plus de difficulté que celle du forceps. Elle a été sans doute facile entre les mains de trois opérateurs exercés à la chirurgie obstétricale, mais j'ai la conviction que tout médecin sachant appliquer le forceps réussira tout aussi bien à se servir de mon céphalotribe, en prenant la précaution, très-essentielle, de porter d'abord l'extrémité d'une main jusqu'au-dessus du détroit supérieur pour guider l'introduction des cuillers qui doivent aller saisir la tête dans le grand bassin, et aussi de faire soutenir l'extrémité mobile du fœtus par les mains d'un aide appliquées sur les côtés de l'hypogastre.

Ainsi donc, en définitive, voilà un instrument qui, à une puissance suffisante pour briser la base du crâne d'un fœtus à terme, réunit l'avantage de saisir aisément et du premier coup la tête dans une grande surface, et de la maintenir ensuite solidement, quand elle a été une fois broyée, de manière à en rendre l'extraction toujours possible quand le bassin n'a pas moins de 6 centimètres d'ouverture ; qui, par là, prévient les lésions maternelles produites trop souvent par le glissement des mors et les applications ordinairement réitérées de l'ancien céphalotribe, ou par l'engagement forcé dans les voies génitales d'une tête broyée partiellement et, par conséquent, res-

tée volumineuse. Eh bien, je dis qu'un instrument qui possède cet ensemble de qualités devait nécessairement abaisser le chiffre de la mortalité chez les opérées, et que ses bons effets dans la pratique étaient chose facile à prévoir.

Le céphalotribe fenêtré suffit, l'expérience le prouve, pour terminer l'accouchement dans la grande majorité des cas. 6 centimètres représentent, en effet, la limite extrême de son champ d'action, et cette limite est fort exceptionnellement atteinte dans les faits de la pratique. C'est presque toujours entre 7 et 9 centimètres qu'oscillent les rétrécissements pelviens pour lesquels la céphalotripsie est rendue nécessaire, et l'on voit que, dans les onze cas cités plus haut, la première de ces limites n'a pas été dépassée.

Je ferai, à propos du céphalotribe fenêtré, une dernière observation : c'est que je ne reconnais comme étant mon instrument que celui qui reproduit exactement le type que j'ai décrit dans ma présentation à l'Académie de médecine, et dont le spécimen original se trouve entre mes mains. C'est le seul dont je veuille garantir les avantages, et dont on puisse attendre les services que j'ai indiqués. Ces réserves me sont suggérées par les copies inexactes qui me sont tombées sous les yeux, et dans lesquelles il m'est impossible de reconnaître mon céphalotribe. Il ne suffit pas, en effet, pour avoir ce dernier, de diminuer le volume du forceps et d'en accroître la solidité ; il faut que les mesures que j'ai données soient scrupuleusement reproduites. Une différence en apparence légère dans la force des branches, dans la profondeur, la largeur, la courbure ou la longueur des cuillers, change notablement les conditions du fonctionnement de l'appareil et suffit pour faire d'un bon outil un intrument défectueux ou inutile. Je ne saurais donc trop insister pour que ceux de mes confrères qui seraient disposés à faire usage du céphalotribe fenêtré s'attachent à posséder un appareil entièrement conforme à mon modèle.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 mai 1875 (1). — Présidence de M. Cl. Bernard.

Augmentation des actes réflexes sous l'influence du froid. — M. Tarchanof, en 1871, a publié un travail dans lequel il faisait connaître un fait curieux par son apparence paradoxale, savoir l'augmentation des actes réflexes d'une grenouille soumise à l'influence du froid. Voici comment se fait l'expérience : on mesure les actes réflexes d'une grenouille à l'état normal par la méthode de Turck, c'est-à-dire en plongeant ses pattes inférieures dans de l'eau faiblement acidulée. On met ensuite tout le tronc de l'animal, y compris la tête et les pattes supérieures, dans un sac rempli de glace : ces parties de la grenouille se refroidissent jusqu'à 3 degrés centigrades, tandis que ses pattes inférieures restent à la température de la chambre, soit 17 degrés. Si l'on mesure les actes réflexes de cette grenouille ainsi soumise au refroidissement pendant une heure, une journée ou plus, on trouve que l'activité réflexe est très-augmentée. C'est là un fait qui se produit constamment. Comment l'expliquer ? car on sait que le froid est, en général, un agent modérateur de toutes les activités des phénomènes de la vie animale et végétale. Ici, au contraire, l'activité nerveuse réflexe est considérablement augmentée. M. Tarchanof a cherché à expliquer ce fait en apparence paradoxal à l'aide de l'expérience complémentaire suivante : une grenouille privée de sang par la section du cœur et refroidie par le procédé que nous venons d'indiquer présente une diminution très-nette de son activité réflexe si on la compare à une autre grenouille également privée de sang, mais restant à la température de la chambre. Il en résulte que l'action excitante du froid sur l'activité réflexe des grenouilles normales est due à l'intervention, dans la production de ce phénomène, du système sanguin qui, sous l'influence du refroidissement, peut subir des altérations chimiques et mécaniques. Telle est l'explication que M. Tarchanof a donnée, il y a déjà plusieurs années, du fait qu'il avait observé en 1871.

Or, dans les archives de Plüger, le docteur Freusberg avait donné de ce même fait une autre explication et, le prenant comme point de départ, avait édifié toute une nouvelle théorie sur la modération des actes réflexes. Suivant lui, lorsqu'on refroidit une grenouille, comme dans l'expérience de M. Tarchanof, on produit une excitation latente des centres réflexes. Ceux-ci, excités du côté de la patte, doivent donc réagir plus vivement chez la grenouille soumise au froid que chez la grenouille normale. En d'autres termes, l'excitation produite par le froid s'ajoute à celle produite par l'eau acidulée, et il en résulte une augmentation de l'acte réflexe.

Telle est l'explication de M. Freusberg, que M. Tarchanof réfute en s'appuyant sur les raisons suivantes :

Dans ces conditions, dit-il, le froid devrait augmenter les actes réflexes chez la grenouille privée de circulation aussi bien que chez la grenouille normale. Or c'est l'inverse qu'on observe. Il est probable que M. Freusberg n'a pas eu connaissance de la seconde expérience, sans quoi il n'aurait pas expliqué ainsi qu'il l'a fait le phénomène dont il s'agit.

En outre, un refroidissement de quelques heures ou même d'un jour chez la grenouille devrait plutôt anesthésier la peau que devenir la source d'une excitation latente ayant pour point de départ la périphérie.

M. Tarchanof maintient donc l'explication qu'il a donnée de ce fait par la production d'altérations chimiques ou mécaniques provoquées dans le système sanguin par le refroidissement. Chez les grenouilles refroidies, le sang devient tout à fait rouge et, par conséquent, plus chargé d'oxygène ; c'est là un fait qui avait été signalé déjà par MM. Cl. Bernard et Ranvier. M. Tarchanof établit sur ce fait une hypothèse qui pourrait expliquer l'augmentation des actes réflexes chez les grenouilles refroidies. Après le refroidissement de l'animal, dit-il, la consommation de l'oxygène diminue dans le corps ; il en reste donc une plus grande quantité dans le sang. Les centres réflexes de la grenouille recevant un sang plus oxygéné agissant plus vivement, ce qui se manifeste en dehors par une activité réflexe plus prononcée. Cette hypothèse peut servir de point de départ à une étude toute nouvelle et très-intéressante que compte poursuivre M. Tarchanof. Il la donne pour le moment comme étant la seule qui puisse expliquer le fait en apparence paradoxal qu'il a fait connaître, à savoir l'augmentation des actes réflexes sous l'influence du froid.

DISCUSSION

M. Ranvier pense que l'interprétation donnée par M. Tarchanof est bien la seule possible. On sait, en effet, que le système nerveux tout entier possède des propriétés toutes différentes de celles des autres éléments.

M. Tarchanof, à l'appui de cette manière de voir, rappelle que l'oxygène modère le tétanos chez les animaux.

M. Lépine fait observer que la seule manière de vérifier l'hypothèse de M. Tarchanof serait de soumettre à la pression les grenouilles en expérience.

La séance est levée à cinq heures et demie.

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 mai.

VARIÉTÉS

Rapport sur un projet de fusion entre différentes sociétés médicales de Paris.

Par M. le docteur de Ranse.

Messieurs,

En prenant place au fauteuil de la présidence, notre honorable confrère M. Gallard a émis le vœu de voir dans l'intérêt de nos travaux scientifiques et de l'extension de nos relations profession-

nelles, une fusion s'établir entre la Société de médecine de Paris et d'autres sociétés médicales composées d'éléments analogues et poursuivant le même ordre d'études.

Dans une séance suivante, MM. Perrin et Reliquet, s'inspirant de la même pensée, ont déposé sur le bureau une proposition tendant à mettre à l'ordre du jour de la société la question soulevée par M. Gallard. Cette proposition ayant été prise en considération, vous avez confié à une commission, composée de MM. Leudet, Mercier, Perrin, Polaillon et de Ranse, auxquels se sont joints M. le président et M. le secrétaire général, l'examen du projet qui vous était soumis, des avantages ou des inconvénients qu'il peut présenter, et des moyens propres à en faciliter l'exécution, s'il est définitivement adopté par vous. J'ai, comme interprète de cette commision, à vous faire connaître ses travaux et les conclusions qu'elle a l'honneur de soumettre à l'approbation de la société.

La commission a tenu une première réunion, dans laquelle ont été discutées l'utilité et l'opportunité de la fusion projetée. L'accord s'est bientôt fait entre vos commissaires, et, s'appuyant sur des considérations que j'exposerai un peu plus loin, ils ont admis le principe de la fusion.

Avant de passer à l'étude des moyens d'exécution, ils ont dû se préoccuper du nombre et du choix des sociétés médicales auxquelles la proposition de fusion pouvait être adressée par la Société de médecine de Paris. Fallait-il ouvrir largement et indistinctement la porte à toutes les sociétés qui s'occupent spécialement des sciences médicales, ou, au début d'une organisation nouvelle, n'était-il pas plus sage, tout en ne préjugeant rien de l'avenir, de restreindre pour le moment le projet de fusion à celles de ces sociétés qui présentent avec la nôtre le plus d'affinité ? En adoptant la seconde manière de voir, votre commission a cru faire acte de prudence et, en tout cas, elle a considérablement simplifié le problème.

Parmi les sociétés médicales de Paris, il en est deux dont la fondation remonte à la même époque que celle de la nôtre, et qui, par leur constitution, par l'esprit traditionnel qui y règne, par la nature de leurs travaux, enfin par le savoir et l'honorabilité des membres qui les composent sont véritablement, et dans la pure acception du mot, les sœurs de notre société : j'ai nommé la Société médicale d'émulation et la Société médico-pratique. Déjà de nombreux liens les unissent à la nôtre ; plusieurs d'entre nous, en effet, font partie de l'une et de l'autre, quelques-uns même des deux. Il ne s'agirait donc plus que d'étendre et de resserrer ces liens, que la nature des choses a déjà créés.

Votre commission a pensé que la proposition de fusion faite par la Société de médecine de Paris devait, jusqu'à nouvel ordre, se limiter à ces deux sociétés, et elle a jugé utile, indispensable même de s'éclairer de l'avis de quelques-uns de leurs membres. En conséquence, elle a adressé au président de chacune de ces deux sociétés une lettre tout officieuse, par conséquent n'engageant en rien les décisions futures de notre société, pour le prier de vouloir bien désigner deux de ses collègues qui, de concert avec vos commissaires, étudieraient le projet en question.

La réponse à cette lettre a été des plus favorables, et, le 7 avril dernier, votre commission se réunissait de nouveau chez notre président, avec le concours de MM. Labarraque et Gimelle, délégués de la Société médico-pratique, Lereboullet et Tenneson, délégués de la Société médicale d'émulation.

Dans cette séance, messieurs, la question a été reprise *ab ovo* et discutée sous toutes ses faces. L'accord s'est fait, comme dans la première réunion, et la commission mixte, sur la proposition de M. Gallard, a désigné trois de ses membres pour présenter à chacune des trois sociétés un rapport ayant pour but :

1° De démontrer les avantages de la fusion ;

2° D'indiquer les moyens de la réaliser.

Ont été nommés rapporteurs :

M. Gimelle, pour la Société médico-pratique.

M. Lereboullet, pour la Société médicale d'émulation.

M. de Ranse, pour la Société de médecine de Paris.

La mission qui m'a été confiée est ainsi nettement définie, et je n'ai, d'ailleurs, pour la remplir, qu'à analyser fidèlement et avec impartialité les opinions et les arguments qui se sont produits au sein de la commission mixte. Pour apporter plus de clarté dans cette exposition et me conformer, du reste, au programme tracé plus haut, j'examinerai d'abord la question de principe, en second lieu es moyens d'exécution.

La fusion proposée est-elle véritablement utile au double point de vue scientifique et professionnel ? Telle est, messieurs, la première question que votre commission d'abord, la commission mixte ensuite, ont discutée, et qu'elles ont résolue par l'affirmative.

Les trois sociétés qu'il s'agit de fusionner suivent parallèlement la même voie, ainsi que je l'ai dit plus haut, et poursuivent le même but. Dans de telles conditions, la division des efforts est une cause de faiblesse et d'alanguissement ; l'union, au contraire, une source de force et de vitalité : c'est là, indépendamment de toute opinion préconçue ou acquise sur le sujet qui nous occupe, une vérité d'un caractère indiscutable.

Parmi les éléments de prospérité d'une société savante, il faut compter avant tout le nombre et la valeur morale et scientifique de ses membres. Je n'ai pas ici à faire l'éloge des membres de nos trois sociétés, aussi ne parlerai-je que de l'autre élément de prospérité, du nombre. Cet élément, messieurs, dans des sociétés composées en majeure partie de médecins que les nécessités de la pratique enlèvent trop souvent aux études et aux discussions scientifiques, a une grande importance. Leur assiduité aux séances est, pour beaucoup d'entre eux, subordonnée aux loisirs que leur laisse la clientèle ; il faut donc, pour assurer des séances bien remplies, qu'ils suppléent par le nombre à l'irrégularité à laquelle les condamne l'exercice de la profession. Tout s'enchaîne, en effet ; une séance perd de son intérêt et de son attrait quand l'auteur d'une communication parle devant des banquettes aux trois quarts vides et que les faits qu'il signale, les idées qu'il exprime, ne trouvent pas à subir l'épreuve d'une discussion sérieuse ou même d'une controverse, épreuve qui est à la fois un stimulant et une récompense. Dès lors, l'indifférence naît dans l'esprit des membres de la société. Quelque rares que soient les séances, peut-être même à cause de cette rareté, ils se dispensent plus volontiers d'y assister. Les plus actifs ne tardent pas à subir l'influence de cette sorte de contagion ; les communications vraiment originales et intéressantes deviennent plus rares, la part que la société prend au mouvement scientifique plus restreinte. En même temps, le recrutement des membres de la société se ralentit ; les extinctions ne sont plus compensées par des candidatures nouvelles, et c'est ainsi que la société s'appauvrit, languit de plus en plus et finit par disparaître. Ce tableau, messieurs, est celui de bon nombre de sociétés, dont plusieurs d'entre vous, peut-être, ont fait partie, et que nous avons vues successivement s'éteindre.

Certes, aucune de nos trois sociétés n'est menacée d'une fin semblable, et c'est là une circonstance dont il faut nous féliciter, car elle nous permet d'envisager la fusion sous de plus heureux auspices. Mais il n'en est pas moins juste de reconnaître qu'elles ne possèdent ni la prospérité matérielle, ni l'autorité scientifique auxquelles elles ont légitimement le droit de prétendre. Ce qui leur manque, ce n'est pas, passez-moi l'expression, la qualité de leurs membres, c'est cet autre élément de succès et de prospérité dont je viens de parler, le nombre. Or cet élément, elles le trouveront dans la fusion. Quand ces trois sociétés, aujourd'hui isolées, n'en formeront plus qu'une comptant de 120 à 150 membres, le nombre de ceux qui prendront part régulièrement aux travaux de celle-ci, sera suffisant pour assurer l'intérêt des séances ; les communications ne seront pas aussi souvent exposées à être accueillies par le silence, qui refroidit le zèle des chercheurs, et trouvant toujours des appréciateurs compétents, elles donneront lieu à des discussions instructives pour tout le monde. En même temps, la fortune de la société, qui se sera accrue en raison du nombre, permettra de donner aux travaux et aux discussions qu'ils auront provoquées, une publicité plus étendue qui sera, pour les travailleurs, un encouragement et, pour la société, le plus sûr moyen d'étendre et d'affermir, dans le monde savant, son crédit et son autorité.

Or, messieurs, supposez dans Paris cette société en pleine activité ; voyez-la indépendante, laborieuse, unie, par conséquent puissante ; assez nombreuse pour pouvoir ouvrir ses portes à tout médecin d'un vrai mérite ; assez limitée pour qu'on soit obligé de payer par des

travaux sérieux l'honneur de lui appartenir : est-il besoin d'insister pour montrer les services qu'elle est appelée à rendre à la science et à la profession? Et la conclusion de votre commission, en faveur du projet de fusion qui nous permet d'organiser une telle société, n'est-elle pas suffisamment justifiée? (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 14 mars 1875, M. Marbeau, conseiller d'État, a été nommé membre du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, en remplacement de M. Saglio, démissionnaire.

— *Concours d'agrégation. Chirurgie.* — (Leçon de pathologie d'une heure). Samedi 22 mai. M. Blum : Des fractures compliquées de plaies. — M. Penières : Des luxations compliquées de fractures.

Mardi 25 mai. — M. Marchand : Du traitement des plaies dans les amputations. — M. Pozzi : Des nécroses dans les fractures.

Jeudi 27 mai. — M. Roustan : De l'étranglement en chirurgie. — M. Berger : De la cataracte congénitale.

— *Botanique rurale.* — M. Chatin, professeur, membre de l'Académie des sciences, fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 6 juin, dans les bois de Chaville, etc.

Rendez-vous à la gare Montparnasse, à dix heures trois quarts, pour le train partant de Paris à onze heures pour la station de Chaville.

— M. le docteur Landolt commencera un cours public sur le diagnostic des maladies des yeux samedi, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'agriculture pratique et d'hygiène vétérinaire générale, par J. H. Magne, ancien directeur de l'école vétérinaire d'Alfort. — 4e édition, revue et considérablement augmentée avec la collaboration de C. Baillet, professeur à l'école d'Alfort. — 3 vol. gr. in-18 avec de nombreuses figures et cartes. Les deux premiers volumes sont en vente; le troisième est sous presse. — Le tome Ier contenant l'agrologie et la climatologie coûte 7 francs. — Le tome II (contenant l'agriculture et pratique), coûte 9 francs.— Paris, 1875, P. Asselin.

De l'emploi du bromure de potassium dans les maladies nerveuses, par le docteur Aug. Voisin, médecin de la Salpêtrière. Mémoire couronné par l'Académie de médecine. — In-4° de 258 pages et une planche coloriée. Prix : 8 francs. — G. Masson.

Traité élémentaire de minéralogie, par M. F. Pisani. — 1 vol. gr. in-12 de 408 pages avec 184 figures dans le texte. Prix : 8 fr. — Paris, 1875, G. Masson.

Louise Lateau. Rapport médical sur la stigmatisée de Bois-d'Haine fait à l'Académie royale de médecine de Belgique au nom d'une commission, par le docteur Warlemont, membre titulaire. — In-8° de 194 pages. Prix : 4 francs. — Bruxelles-Paris, 1875, J. B. Baillière et fils.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Cl. Moreau lit un mémoire sur *la vessie natatoire du caranx trachurus, et sur la fonction hydrostatique de cet organe.*

Appuyés sur ce double fait : 1° que la vessie natatoire communique très-souvent avec l'œsophage par un canal spécial, disposition qui rappelle la relation de l'appareil pulmonaire avec l'appareil digestif chez les mammifères durant la période embryonnaire; 2° que la vessie natatoire diminue ou augmente de volume selon les déterminations de l'animal, les zoologistes avaient accordé à cet organe un rôle mixte, tantôt respiratoire et tantôt hydrostatique, selon les individus et selon les espèces. Les recherches de M. Moreau sur le caranx ajoutent à ce que l'on savait déjà un fait nouveau : c'est la présence sur la partie postérieure de la vessie natatoire de ce poisson, d'un canal qui vient s'ouvrir directement dans la cavité branchiale.

L'auteur, poursuivant sans doute un certain ordre d'idées, voit dans cette disposition un motif suffisant pour considérer la vessie natatoire du caranx comme *un appareil hydrostatique perfectionné*, et il s'appuie surtout sur cette considération que le canal aérien de la vessie natatoire qui, chez d'autres poissons, s'ouvre dans l'œsophage, est le vestige dans ce dernier cas, d'une partie essentielle de l'organe pulmonaire.

Cette manière de voir peut avoir ses droits, mais elle ne nous paraît pas fondée. Nous ne voyons dans ces faits qu'une disposition organique variable et nullement les raisons d'un *appareil hydrostatique perfectionné.* Comme nous l'avons dit dès le début, l'appareil pulmonaire, chez l'embryon des mammifères, s'ouvre dans l'œsophage. Plus tard la trachée se forme et communique avec le larynx. Nous trouvons dans divers ordres ou familles de poissons des types permanents correspondant à ces deux périodes de l'évolution du même organe, et le fait signalé par M. Moreau est une nouvelle preuve à l'appui de la loi si commune dans l'échelle zoologique, qui régit tout un ordre de phénomènes analogues. Mais ces dispositions variables du même organe n'autorisent pas l'invention, pour chacune d'elles, d'une fonction différente. En réalité, et contrairement à ce qu'avance M. Moreau, la vessie natatoire du caranx se rapproche beaucoup plus de l'appareil pulmonaire des animaux supérieurs que la vessie natatoire des cyprins, par exemple, qui s'ouvre dans l'œsophage, car ces derniers représentent en permanence la première période du développement embryonnaire de l'appareil pulmonaire, tandis que les premiers représentent la période du développement complet.

Cette critique sur l'interprétation des faits n'enlève rien, d'ailleurs, au mérite d'avoir découvert une nouvelle disposition anatomique.

— M. Cornil adresse à l'Académie une note intitulée *sur la dissociation du violet de méthylaniline et sa séparation en deux couleurs sous l'influence de certains tissus normaux et pathologiques, en particulier par les tissus en dégénérescence amyloïde.* M. Cornil utilise la propriété que possèdent certains tissus normaux ou pathologiques de dissocier le violet de méthylaniline en bleu et en violet pour la préparation des pièces histologiques. Ce procédé donne surtout des résultats remarquables et bien supérieurs à ceux que l'on obtient avec l'iode, dans la préparation des tissus qui ont subi la dégénérescence amyloïde. Dans ces circonstances les parties dégénérées prennent la couleur violet rouge, tandis que les parties saines sont colorées en bleu.

— M. de Wecker adresse une note *sur un nouveau procédé opératoire de la cataracte à lambeau périphérique.* Ce procédé, destiné à prévenir les insuccès trop fréquents qui résultent de l'emploi du procédé classique de Daviel, consiste : 1° à sectionner la cornée à son point de jonction avec la sclérotique; 2° à faire sortir le cristallin sans recourir à l'agrandissement de la pupille; 3° à prévenir les enclouements de l'iris au moyen d'instillations d'une solution de sulfate neutre d'ésérine.

Dr Édouard Fournié.

THÈSES DE CONCOURS

POUR L'AGRÉGATION EN MÉDECINE (1).

(Questions de thérapeutique.)

De la médication tonique. — Il y a des termes d'une valeur tellement conventionnelle et qui sont en quelque sorte si invétérés dans le langage usuel, qu'on est d'abord tout surpris, tant on se croyait sûr à leur égard, lorsqu'on les voit mettre en question. Le mot *tonique* est dans ce cas. Il n'éveille au premier abord dans l'esprit qu'une idée qui semble parfaitement définie ; et cependant, si l'on vient à se demander quelle est sa

(1) Fin. — Voir les articles des 10, 15, 22 avril et 29 mai.

signification réelle, on se prend à hésiter, le doute vous gagne, et l'on finit par ne plus tant s'étonner d'entendre des novateurs proclamer que la médication tonique n'existe pas.

Il s'agit de s'entendre. Assurément, si par ces mots médication tonique on comprend toute médication dont le résultat final est le relèvement des forces, le rétablissement du jeu fonctionnel des organes et de leur ton normal, on ne peut contester que cette médication existe; mais elle comprendra à peu près, dans ses moyens d'action, la matière médicale tout entière et l'hygiène elle-même; car si c'est le fait de toute cause morbide d'abaisser l'énergie vitale, de diminuer ou d'altérer l'action et le ton des organes, tout moyen qui, soit directement soit indirectement, aura pu contribuer à soustraire l'économie à l'influence de cette cause ou à en faire cesser les effets, pourra être qualifié de moyen tonique. Et, de même, mais avec plus de raison, qu'on divisait à une certaine époque tous les agents de la thérapeutique en antiphlogistiques directs ou indirects, on pourrait les diviser aujourd'hui en toniques directs ou indirects.

Mais telle n'est pas la question. Y a-t-il des agents spécialement toniques, des toniques vrais, c'est-à-dire doués de propriétés telles que, mis en rapport avec l'organisme, ils lui donnent un surcroît persistant de force et d'activité? Quels sont ces agents? Tel était le sujet qu'avait à traiter M. Joffroy.

Sa réponse à la première question est affirmative. Quant à la détermination précise des agents doués de cette propriété, à leurs variétés, à leur mode spécial, il y avait matière à discussion.

De la comparaison des diverses classifications qui ont été proposées dans ces derniers temps, il semble résulter que les agents de la médication tonique n'ont pas une place à part bien limitée ni dans l'esprit des thérapeutistes ni dans l'esprit des physiologistes. En effet, en ce qui concerne les expériences, elles ont abouti souvent à des résultats opposés, et d'autre part, on sait qu'en clinique le même médicament est loin d'avoir toujours les mêmes effets. De là de grandes difficultés. Ces difficultés, c'est surtout par la clinique que M. Jeoffroy a cherché à les résoudre.

Tout en étant convaincu, pour sa part, que les classifications des médicaments ne devront avoir à l'avenir d'autre base que la physiologie, et que de bonnes expériences modifieront ce que l'on sait aujourd'hui, en montrant surtout que le même agent thérapeutique peut avoir les actions physiologiques les plus opposées, selon la dose et la durée de l'administration, M. Grancher reconnaît qu'en clinique le problème est beaucoup plus complexe, car la même dose et la même durée d'action du même médicament peuvent aboutir à des résultats différents, et peut-être même opposés, chez des malades présentant des symptômes identiques.

Pour lui, en ce qui concerne la médication tonique, il ne considère comme véritablement dignes du nom de toniques que les médicaments qui augmentent lentement et pour longtemps les forces du malade. Or l'action de ces médicaments lui paraît comparable de tout point à la nutrition.

Mais, à côté de ces agents reconstituants qui fortifient les éléments anatomiques et qui en créent de nouveaux, il existe d'autres médicaments, dont l'action est bien différente, et qui provoquent dans l'organisme une augmentation rapide des forces, sans que la quantité de substance ingérée et ses évolutions chimiques, au sein des tissus, puissent faire supposer une assimilation véritable de leur substance dans l'économie tout entière.

Ces derniers médicaments agissent vite et à faible dose, mais bien que n'ayant qu'une action physiologique momentanée, les effets de tonification qu'ils produisent peuvent être assez durables pour permettre, sous leur heureuse influence, à la malade d'atteindre cette période où les reconstituants pourront produire tout leur effet.

C'est ainsi que se combinent presque toujours, dans l'action thérapeutique, les toniques à longue échéance et les toniques à action immédiate.

De ces considérations générales sur les toniques comprenant dans une large synthèse les toniques généraux et les toniques directs, M. Grancher est conduit à une étude spéciale de ces derniers, c'est-à-dire des agents toniques dits névrosthéniques, qui portent plus particulièrement leur action sur le système nerveux, élèvent son activité et provoquent directement ou indirectement une augmentation des forces.

Parmi ces médicaments, les uns agissent en ralentissant le mouvement de dénutrition et la combustion des matières usées et suppléent momentanément aux principes combustibles.

D'autres sont dynamophores proprement dits, suivant l'expression de M. Gubler. Ceux même qui paraissent n'agir qu'indirectement par une action vasculo-cardiaque ou sécrétoire ont dû primitivement agir sur l'axe cérébro-spinal pour produire de pareils effets.

En résumé, de la longue et savante discussion à laquelle se livre M. Grancher, il reste établi, en principe, qu'il y a médication tonique névrosthénique, quand l'agent thérapeutique employé possède cette propriété d'agir sur le système nerveux, et, par des moyens directs ou indirects, augmente la force du malade. Mais ce principe admis, il se demande ce qu'il devient dans la pratique.

On verra, en effet, en suivant la dissertation de l'auteur, que pour les principaux agents de la médication tonique, même pour ce qui concerne les médicaments dits névrosthéniques, dynamophores, les thérapeutistes et les physiologistes s'entendent mal sur leur mode d'action.

Tandis que, pour quelques-uns, le système nerveux reçoit l'impression du médicament et la rend en force directe, pour d'autres les globules rouges du sang sont le siége des modification chimiques, la source indirecte de la force économisée sur la combustion des éléments organiques. Enfin les activités cardio-vasculaires sont souvent invoquées pour expliquer tous ces phénomènes d'épargne de nos tissus et d'abaissement de la température.

Aussi, et c'est là, au point de vue doctrinal, la conclusion de M. Grancher, au milieu de tant d'incertitudes, on est heureux de pouvoir s'appuyer sur l'empirisme, car nous voyons, dit-il, les hommes que les études de laboratoire séparent profondément s'entendre au lit du malade et employer avec le même succès le même médicament.

C'est donc, en définitive, au point de vue principalement clinique que M. Grancher étudie successivement tous les agents de la médication névrosthénique, dans laquelle il comprend le quinquina et le sulfate de quinine, l'alcool, le café, le thé, le cacao, l'arsenic, les amers et astringents, le fer, l'huile de foie de morue, l'hydrothérapie, l'électricité.

Dans quelle mesure les connaissances acquises sur l'action de ces divers toniques permettent-elles d'appliquer chacun d'eux à des catégories bien limitées de sujets affaiblis?

Voici la réponse que fait M. Grancher à cette question essentiellement pratique, et c'est par là qu'il termine sa savante dissertation.

L'expérience a déjà prononcé à cet égard, et l'alcool, le quinquina, le fer, les analeptiques, ne sont pas donnés indif-

féremment à tous les malades dont les forces doivent être soutenues ou réparées; souvent même l'association de plusieurs de ces agents a été jugée, dans la pratique préférable à l'administration d'un seul, comme si la complexité des troubles de l'organisme réclamait l'action complexe de plusieurs agents thérapeutiques.

D'une manière générale, on peut dire que les adynamiques fébricitants réclament l'emploi de l'alcool et du quinquina; les convalescents ont besoin d'éléments réparateurs, analeptiques; le quinquina et l'alimentation s'associent à leur profit. La chlorose a presque son spécifique dans les préparations martiales.

Quant aux états cachectiques, cancéreux, rien ne saurait en arrêter la marche; les tuberculeux, les diabétiques, les saturnins, les syphilitiques, outre les indications générales de tonification, présentent des indications spéciales à chacun d'eux; il en est de même des cachectiques albuminuriques, etc.

II.

Si de la médication tonique, considérée en général, nous passons à la *médication par l'alcool*, l'un de ses éléments particuliers, qui a fait le sujet de la thèse de M. Joffroy, nous allons nous trouver encore en présence d'un des paradoxes qui ont le plus surpris les praticiens : l'alcool, l'eau-de-vie (*aqua vitæ*), l'eau ardente comme on l'appelle encore dans le midi de la France, cet agent stimulant par excellence, l'incendiaire par-dessus tous aux yeux des partisans de l'ancienne doctrine physiologique, devenu aujourd'hui pour quelques-uns l'élément d'une médication sédative, réfrigérante, antiphlogistique.

Ici, encore, il faut dégager la vérité clinique des méprises, des interprétations erronées ou exagérées, et surtout des résultats contradictoires d'expériences incomplètes ou insuffisantes.

Le paradoxe disparaît, en effet, devant la réflexion, pour peu qu'on se dépouille, d'une part, de ce que la doctrine, aujourd'hui historique, de l'irritation a pu laisser encore de préjugés dans les esprits, et qu'on se prémunisse, d'autre part, contre les conclusions hâtives des expériences de laboratoire. Dans cette doctrine où toute la pathologie reposait sur un fond presque uniformément sthénique, toute médication tonique ou stimulante était généralement exclue de la pratique ou réservée tout au plus pour les cas, réputés exceptionnels, d'asthénie. La faveur qui semble s'être attachée depuis quelques années à la médication alcoolique, n'est d'ailleurs, en réalité qu'un retour mieux éclairé à une pratique ancienne, fondé tout à la fois sur une appréciation plus claire et plus exacte de la véritable nature des phénomènes morbides et sur la juste prise en considération de l'indication la plus générale qui en ressort, surtout dans les affections pyrétiques aiguës, celle de donner à l'économie le degré de force, de stimulation et de résistance nécessaires pour suffire au temps et aux frais de l'évolution naturelle de la maladie.

Quant aux contradictions qui ressortent, à première vue, des expériences physiologiques, les unes concluant à faire de l'alcool un agent sédatif, tandis que les autres continuent à le considérer comme un agent stimulant, c'est principalement affaire de procédé opératoire, de dose ou de mode d'administration. L'observation clinique donne, à cet égard, des résultats si non plus précis, du moins plus pratiques.

Cela dit, voyons comment M. Joffroy a étudié cette question.

Disons tout d'abord que, dans les recherches thérapeutiques et physiologiques faites avec l'alcool, on n'a pas tenu en général un compte suffisant de sa provenance, de son degré plus ou moins marqué d'impureté et de ses diverses combinaisons, ce qui n'a pas dû peu contribuer à compliquer et à embrouiller le problème. Aussi est-ce par l'étude de l'alcool et de ses variétés que M. Joffroy commence son travail. Cette étude préliminaire faite, il examine la question, si débattue de nos jours, de savoir si l'alcool est ou non un aliment. Et, après l'avoir résolue affirmativement, il étudie ensuite successivement l'action de cet agent sur l'économie et, en particulier, sur les différents systèmes : absorption, action sur la digestion, sur la circulation, sur la respiration, sur les fonctions urinaires, sur le système nerveux, sur la température.

Cette première série de recherches l'amène à conclure :

Que l'alcool est absorbé avec une très-grande facilité et qu'il est introduit en nature dans l'organisme ;

Qu'une partie de cet alcool absorbé est brûlée, une autre partie éliminée sans aucune modification ou n'ayant subi qu'une légère transformation;

Que l'alcool qui est brûlé sert à former de la chaleur, et peut-être aussi à réparer les tissus ;

Que l'alcool qui n'est pas brûlé se répand dans tout l'organisme et agit directement sur les éléments anatomiques; que cette action directe varie suivant la quantité d'alcool à l'état libre; qu'elle s'exerce d'une manière particulière sur les éléments du système nerveux, à faibles proportions, en produisant une excitation de ce système, à doses élevées et toxiques en le déprimant.

Enfin que l'alcool, à doses alimentaires, modifie à peine la température, à doses élevées l'abaisse notablement.

Voici la part de la physiologie.

Passant à la médication par l'alcool, de l'étude générale qu'il en fait, M. Joffroy est conduit à établir que ce médicament agit comme stimulant, comme aliment et comme antipyrétique.

Tels sont les trois points qu'il s'est proposé de prouver et de développer dans ce travail.

Il étudie successivement la médication alcoolique comme topique, au point de vue de l'application chirurgicale principalement. Puis il étudie son action et son mode d'emploi interne dans les phlegmasies, dans les pyrexies, dans les intoxications et dans les cas nombreux où une maladie chronique produit la débilité, soit par un trouble diathésique de la nutrition, soit par le trouble fonctionnel de quelque organe important de l'économie, donnant pour chacune de ces catégories de faits les résultats cliniques connus, les indications et les contre-indications.

Un mot seulement sur la propriété antipyrétique de l'alcool. Cette propriété ressort manifestement de l'étude clinique faite dans ce travail et de l'expérience acquise aujourd'hui par une pratique très-étendue. Mais faut-il en conclure que l'alcool sera toujours indiqué et qu'il conviendra de l'administrer chaque fois qu'il y aura état fébrile? A cette question que se pose M. Joffroy, il répond très-judicieusement non. En effet, de même que pour les diverses phlegmasies passées en revue dans le cours de ce travail, il y a, pour l'état pyrétique proprement dit, des indications et des contre-indications, la fièvre pouvant varier d'intensité et de durée, suivant la terrain sur lequel elle se développe.

Enfin M. Joffroy termine par quelques considérations pratiques utiles à consulter sur le mode d'administration, la tolérance et les dangers de la médication par l'alcool.

III.

Nous n'en avons pas fini avec les thèses du concours; nous nous étions proposé principalement de présenter un résumé analytique et une appréciation de celles qui ont plus particulièrement trait aux questions de pathologie du système nerveux et aux questions de thérapeutique. C'est cette dernière partie de notre tâche que nous venons d'accomplir. Il nous resterait à parler des autres thèses qui, pour la plupart, ne sont pas inférieures en mérite à celles dont nous avons entretenu jusqu'ici nos lecteurs. Mais leur examen nous entraînerait bien au-delà du temps et de la place qu'il nous est possible de donner à ces analyses. Nous nous bornerons donc pour le moment à une simple mention sommaire. L'occasion se présentera très-probablement pour quelques-unes de les citer plus tard ou de leur faire d'utiles emprunts.

Dans ce dernier groupe de thèses, nous citerons d'abord comme l'une des plus importantes, autant par son étendue que par sa valeur intrinsèque, la thèse de M. Renaut sur l'*Intoxication saturnine chronique,* sujet traité d'une manière magistrale et avec un grand luxe d'observations, de pièces justificatives et d'indications bibliographiques; celle de M. du Castel sur les *températures élevées dans les maladies*, l'un des sujets les plus nouveaux de la pathologie générale et l'un des plus explorés dans ces dernières années. L'auteur y a étudié la température dans les fièvres, les inflammations, dans les affections à pyrexie modérée, dans les affections apyrétiques; il a étudié ensuite la valeur diagnostique et pronostique des températures élevées, et termine par l'histoire des divers agents de traitement opposés à l'excès de température, le froid, l'alcool, la digitale, le sulfate de quinine, le tartre stibié, la vératrine.

Mentionnons enfin la thèse de M. Balestre (de Montpellier) sur le rôle de l'*inanition dans la pathologie*, et celle de M. Rathery sur les *accidents de la convalescence.*

M. Balestre a étudié l'inanition à trois points de vue: d'abord d'une manière générale et surtout au point de vue expérimental, ce qui lui a fourni naturellement la base et le point de départ des autres considérations; puis en tant que cause de maladie; puis comme résultat, complication et accident; et enfin au point de vue thérapeutique.

M. Rathery a tout aussi logiquement commencé par exposer l'histoire de la convalescence régulière, pour arriver ensuite à l'étude des divers ordres d'accidents qui peuvent l'entraver, qu'il a classés comme il suit : troubles du système nerveux (troubles de l'intelligence, de la motilité, de la sensibilité générale et spéciale, troubles mixtes); troubles de l'appareil digestif; troubles de l'appareil respiratoire; troubles de l'appareil circulatoire (troubles cardiaques, hydropisies, gangrène); troubles de l'appareil génito-urinaire; troubles des fonctions de la peau. L'auteur termine par quelques considérations générales sur ce que l'on peut appeler la convalescence entravée et sur le traitement que réclament les divers accidents qui en compromettent le cours.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Béhier.

Des symptômes non spontanés à propos d'un cas d'eczéma artificiel (1).

Bien d'autres substances que les composés arsenicaux peuvent déterminer sur la peau la production de lésions, que vous n'arrivez à déterminer que par la connaissance parfaite de l'habitude de la maladie, du siége qu'elle préfère, et enfin de la marche qu'elle suit le plus habituellement.

A Saint-Louis, durant mon internat, il se présenta dans le service de M. Biett, un homme dont les deux bras étaient recouverts d'une éruption compacte de vésicules transparentes, qui furent immédiatement reconnues pour appartenir à l'herpès phlycténoïde de nature non spontanée. Pour porter ce diagnostic, Biett s'appuyait sur ces faits que, dans l'herpès phlicténoïde spontané, la confluence des vésicules n'est jamais aussi considérable qu'elle l'était chez ce malade, qu'en général, il n'occupe pas une surface aussi étendue, que ses siéges de prédilection, variables, sont, le plus souvent, le cou, le front, le pli du coude, etc., et qu'enfin, l'éruption ne présente pas ordinairement une régularité aussi parfaite que celle que l'on remarquait chez cet homme.

Interrogé sur les causes qui avaient pu déterminer la lésion, le sujet déclara, en effet, que chargé d'un nettoyage, il avait fait usage d'essence de térébenthine, dans laquelle il avait plongé ses mains et ses bras. Telle était la cause de l'espèce de vésication bulbo-vésiculeuse dont il était porteur. Cette éruption artificielle disparut, du reste, bien plus rapidement que l'herpès phlycténoïde, qui est ordinairement très-tenace.

Vous serez consulté pour bien d'autres cas encore, où vous serez souvent embarrassés. Il y a quinze ans, je reçus la visite d'une jeune femme, qui présentait un peu d'eczéma impétigineux derrière les oreilles, sur les sourcils, les joues et, chose insolite, sur les côtés du cou et la poitrine. Tout en questionnant cette femme dans le but de découvrir les causes qui avaient pu déterminer cette lésion, je remarquai, à la base des cheveux, un peu de poudre, dont je lui demandai l'origine. J'appris alors que, quelque temps auparavant, étant allée dans un bal travesti, elle avait fait usage de poudre à la maréchale, composée, comme on le sait, de poudre de riz et de poudre d'iris, et c'était cette dernière qui, en vertu de ses propriétés irritantes, avait déterminé, aux points où la peau avait été en contact avec les cheveux, l'éruption pour laquelle ma cliente était venue me consulter.

Quelquefois, ce n'est pas une éruption vésiculaire que détermine l'iris. Une dame de ma connaissance a été prise, après en avoir fait usage, d'un urticaire véritable à la face, à la partie supérieure du tronc et un peu à l'une des mains. Elle n'avait mangé ni homard, ni coquillages d'aucune sorte, telle que huîtres, moules, etc. Elle n'avait pas davantage fait usage d'aucun fruit qui, comme les fraises, les pêches, sont susceptibles de déterminer, chez certains individus, une lésion analogue. Je ne savais à quelle cause attribuer cette éruption quand, frappé de l'odeur qu'elle exhalait, je lui demandai si elle ne faisait pas usage pour sa toilette de poudre à la maréchale. Sur sa réponse affirmative, je n'hésitai pas à conclure que la cause de son éruption n'était autre que l'iris.

D'autres fois enfin, ce n'est pas une éruption que détermine cette substance, mais des maux de tête atroces, dont vous ne viendrez jamais à bout tant que vous ne serez pas parvenus à découvrir la cause qui les engendre.

Bien d'autres substances, en fait de toilette, peuvent déterminer des accidents analogues. Une jeune femme que j'ai connue souffrait de maux de tête violents, d'une insomnie, d'une surexcitation considérable. Pressée par mes questions, elle finit par me déclarer qu'elle avait l'habitude de se teindre les cheveux en jaune. Tous les accidents dont elle se plaignait disparurent quand elle cessa de faire usage de la préparation qui les avait fait naître.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 mai.

J'avais observé les mêmes troubles chez une femme qui avait les cheveux rouges et qui se les teignait en noir. Je les ai observés encore chez un homme qui noircissait sa barbe et ses cheveux avec une préparation de plomb et de nitrate d'argent.

Une autre fois, j'ai été mis en relation avec une jeune femme pour un énorme herpès de la lèvre. Je crus d'abord avoir affaire à une de ces éruptions herpétiques que présentent certaines femmes au moment des règles. Mais cette lésion ne présentait pas les caractères de l'herpès fébrile qui procède par groupe de vésicules, lesquelles finissent bien par se réunir, mais conservent néanmoins l'apparence mamelonnée de bulles uniques. En l'interrogeant, j'appris d'elle qu'elle avait cueilli dans son jardin une branche de lilas, et qu'en la portant à son nez, elle avait senti sur sa lèvre le contact d'une chenille. Dans ce cas, c'était donc cet insecte qui, porté sur les téguments, avait entraîné le développement de l'éruption.

Ce n'est pas tout. Je reçus un jour la visite d'une jeune femme, qui venait me consulter pour cinq ou six balafres d'une éruption quasi-vésiculeuse peu élevée, mais fortement colorée en rouge, qu'elle présentait à la joue. Je demeurai longtemps très-interloqué quand, à force de la presser de questions, ma cliente finit par me déclarer que, la veille, elle avait ouvert pour la première fois un flacon d'eau de Cologne. Les huiles essentielles qui étaient venues surnager à la surface du liquide qu'elle n'avait pas eu le soin d'agiter, étaient alors la seule cause de l'éruption. Avec son éponge, cette femme avait ainsi balafré sa figure d'une lésion vésiculaire, dont j'aurais été fort embarrassé le trouver la cause sans cette circonstance.

Enfin je vous citerai, pour terminer, un exemple qui, si vous en prenez note, vous permettra de faire cesser une éruption qu'une femme, qui venait me consulter à cette occasion, voyait se renouveler à des intervalles irréguliers et, malgré ses soins, persister d'une façon désespérante. C'était une éruption d'apparence rosée, simulant une espèce de brûlure superficielle. En interrogeant cette jeune femme, j'appris qu'elle faisait usage pour sa toilette d'une éponge qu'elle avait l'habitude de placer sous une plaque, à laquelle elle frottait ses allumettes. Il suffisait alors que des fragments de phosphore non enflammé vinssent, comme cela a habituellement lieu, à tomber sur cet objet pour déterminer sur la figure une action irritante, cause de l'éruption. Cette femme n'eut qu'à prendre en effet la précaution de changer son éponge de place pour que la lésion disparût à jamais.

Tous les exemples d'éruptions que je viens de vous citer étaient donc en dehors des lois, de la marche, des influences ordinaires qui régissent les lésions de la peau. Il vous sera dès lors extrêmement utile de regarder ces petits faits de très-près, car, soyez en convaincus, vous serez fréquemment appelés, dans votre pratique civile, pour des cas de cette nature.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 mai 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La Société de chirurgie de Moscou fait hommage à la Société de chirurgie de Paris du premier volume des comptes rendus de ses séances.

M. Tourrel, médecin-major de première classe, envoie une note sur le coton hydrophile et son emploi en chirurgie (commission : MM. de Saint-Germain, Panas et Paulet).

M. Chauvel, professeur agrégé au Val-de-Grâce, lauréat de la Société de chirurgie, demande à être compris sur la liste des candidats à la place vacante de membre correspondant national.

M. Larrey dépose, de la part de M. Hillairet, médecin des hôpitaux, une note sur un nouveau système de construction des casernes par l'ingénieur Tollet.

M. Giraud-Teulon, au nom de M. Savary (du Mans), dépose un travail sur l'opération du bec-de-lièvre dans les cas compliqués, et sur le moment opportun pour la pratiquer (commission : MM. de Saint-Germain, Giraud-Teulon, M. Sée).

MM. Rigaud et Hergott (de Nancy) et Notta (de Lisieux) assistent à la séance.

LECTURE

Méthode opératoire pour la guérison radicale des dilatation variqueuses, surtout celles du membre inférieur et celles du cordon spermatique. — M. Rigaud, professeur à la Faculté de Nancy, expose cette méthode qu'il a appliquée depuis vingt-quatre ans dans 160 cas, dont 140 de varices du membre inférieur et 19 de cirsocèle, tant dans sa clinique chirurgicale officielle que chez des malades de la ville. Il l'a employée dans une autre circonstance très-grave, où elle semblait au premier abord fort éloignée de son ressort d'action, mais où la guérison est venue confirmer son efficacité. Ses premières opérations ont été publiées avec tous les détails du procédé opératoire dans la thèse de M. Pruner, soutenue à Strasbourg le 22 mars 1851. Cette thèse relatait 7 opérations de cirsocèle suivie de succès, dans lesquelles M. Rigaud, après avoir dénudé et isolé la veine, l'avait cautérisée au pinceau avec le caustique de Vienne liquide. Un insuccès, dû à une cautérisation trop profonde du cordon, qui fut suivie de l'atrophie du testicule, la veine n'ayant pas été assez bien isolée, lui fit renoncer à ce procédé. Mais, ayant remarqué que les veines variqueuses, dès qu'elles sont mises à découvert, subissent, par le seul effet du contact de l'air, une diminution de volume considérable, qui peut aller jusqu'à la moitié de leur diamètre, en même temps que les parois s'épaississent et perdent leur transparence, M. Rigaud eut l'idée d'essayer l'isolement simple, sans cautérisation. La veine est mise à nu et isolée des parties voisines par un ruban de toile ou de diachylon ou sonde de gomme, et laissée à l'air. Vers le septième jour, ordinairement, la veine, complétement desséchée et oblitérée, se rompt et la plaie simple qui résulte de l'opération, guérit rapidement.

Quelquefois le paquet veineux ne se rompt pas, mais se transforme en paquet fibreux, dans lequel M. Rigaud n'a jamais vu se reformer de veines. Il a pratiqué 140 fois l'isolement simple des veines du membre inférieur, et 11 fois celle du cordon. Il rapporte quelques-unes de ces observations.

Cette méthode est exempte de dangers. Les seuls accidents que M. Rigaud ait observés sont des inflammations phlegmoneuses limitées le long de la veine, l'érysipèle de la peau, quelques cas de phlébite simple, jamais de phlébite diffuse, tous accidents sans terminaison funeste. Cependant sa statistique comprend trois cas de mort, dus à des accidents opératoires : deux fois une veine collatérale déchirée pendant le décollement, et une fois la piqûre de l'ampoule variqueuse avec la pointe du bistouri, devinrent le point de départ d'une phlébite grave et de l'infection purulente. Ces trois faits démontrent l'excellence du procédé, en apprenant que le danger des opérations sur les varices réside dans la blessure des veines, surtout des veines malades. Quant aux suites éloignées de ces opérations, la guérison de la cirsocèle a été définitive pour les deux catégories (isolement et cautérisation, 7 cas; isolement simple, 11 cas), sans que les fonctions ni le volume du testicule en aient souffert; dans un cas même, le testicule atrophié reprit son volume normal; et sur 15 opérés de varices du membre inférieur qu'il a revus, M. Rigaud a constaté que les varices guéries l'ont été définitivement, mais que de nouvelles dilatations variqueuses s'étaient développées chez 7 de ces malades sur les branches collatérales, ou sur la saphène externe, dans d'autres cas, on voyait des varicosités, quelquefois des ulcères variqueux étaient reparus.

L'isolement simple, dans un cas extrêmement grave, a donné à

M. Rigaud un résultat sur lequel il n'osait pas compter. Il s'agit d'un jeune homme atteint deux fois en huit jours d'accidents asphyxiques graves.

Appelé en consultation, M. Rigaud trouva toutes les grosses branches veineuses du membre inférieur dilatées et flexueuses. Un phlegmon aigu siégeait à la face interne de la cuisse et était traversé par la veine saphène interne. De ce point, évidemment, étaient parties des embolies, qui étaient parvenues dans l'artère pulmonaire. L'isolement fut pratiqué séance tenante, au milieu de la cuisse, au-dessus du phlegmon.

La paroi veineuse, transparente et mince comme une pellicule d'oignon, se rétracta de moitié au contact de l'air. Un ruban de fil fut passé au-dessous du vaisseau et des cataplasmes froids furent appliqués sur le phlegmon. Au sixième jour, la veine desséchée se rompit. Quinze jours plus tard, le phlegmon, qui avait suppuré, fut ouvert, et il en sortit des caillots sanguins mêlés du pus. Le malade guérit.

DISCUSSION

M. DUBRUEIL rappelle que Delpech avait essayé de traiter la varicocèle par cette méthode. Il isolait la veine et la soulevait sur de l'amadou. Mais un cas malheureux lui fit abandonner cette pratique.

Le travail de M. Rigaud est renvoyé au comité de publication.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. RIGAUD présente un malade qu'il a opéré il y a dix jours à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Cruveilhier, pour de varices volumineuses du membre inférieur. La veine s'est rompue ce matin.

LECTURE

Quelle est la conduite que doit tenir le chirurgien dans les cas de contusion violente du périnée avec rupture de l'urèthre sans plaie extérieure, mais compliquée de rétention d'urine? — M. NOTTA donne lecture de quelques observations desquelles il résulte que l'on doit, dès le début, chercher à pratiquer le cathétérisme par les voies ordinaires, et, si l'on réussit, placer une sonde à demeure. Dans le cas contraire, il faut faire *sans tarder* une large incision périnéale sur le raphé et déterger avec soin le foyer des caillots qui les remplissent. Cette incision, par laquelle le malade peut uriner de tout suite ou peu de temps après, empêche la rétention d'urine et prévient l'infiltration de ce liquide, tandis que la ponction suspubienne n'apporte qu'un soulagement passager qui n'empêche pas le développement des abcès périnéaux. Cette incision doit souvent avoir une profondeur considérable, à cause de la tuméfaction du périnée. M. Notta a dû plonger son bistouri jusqu'à 10 centimètres de profondeur pour atteindre le foyer. On doit alors, du quatrième au huitième jour, chercher l'extrémité inférieure du bout supérieur de l'urèthre et y faire pénétrer une longue bougie de baleine, que l'on peut ensuite ramener facilement jusqu'au méat, d'arrière en avant. Cette bougie sert de mandrin pour faire glisser une sonde de caoutchouc vulcanisé ouverte à ses deux extrémités, jusque dans la vessie, où on la laisse à demeure longtemps sans inconvénient.

DISCUSSION

M. GUYON s'est trouvé plusieurs fois en présence de ces cas. Non-seulement il est difficile de pénétrer par la voie de l'urèthre, mais cette tentative est même dangereuse en faisant immédiatement reparaître l'hémorrhagie considérable qui accompagne ces blessures. M. Guyon a adopté depuis longtemps la pratique que recommande M. Notta. Il fait une véritable uréthrotomie externe sans conducteur, et introduit immédiatement dans le bout postérieur une bougie qu'il fait passer ensuite dans l'urèthre, d'arrière en avant, puis, sur cette bougie conductrice, une sonde, ce qui permet de faire la compression du périnée pour arrêter l'hémorrhagie. Autant il est difficile à travers un périnée dégénéré et fistuleux de faire l'uréthrotomie externe sans conducteur, autant cette opération est simple quand le délabrement est récent. Un cas intéressant dans lequel les deux bouts séparés depuis longtemps étaient réunis par une vaste poche où s'accumulait l'urine, et que M. Guyon a opéré, a été cité dans la thèse de M. Gazeaux en 1869.

M. SÉE a observé récemment deux faits de ce genre chez des enfants de douze à treize ans, tombés tous les deux à cheval sur un dossier de banc des promenades publiques, et chez lesquels la terminaison a été bien différente. Chez les deux il y avait eu rupture de l'urèthre, épanchement sanguin et urineux, rétention d'urine, etc. Chez le premier, M. Sée put introduire le soir même une sonde métallique dans la vessie, par l'urèthre. Après quarante-huit heures, elle fut remplacée par une sonde de gomme élastique. De larges incisions furent pratiquées sur le périnée, et tous les accidents se calmèrent promptement. Il reste encore aujourd'hui une petite fistule qui ne tardera pas à être oblitérée.

Le second malade fut amené à l'hôpital douze heures après l'accident. L'épanchement sanguin était plus considérable. M. Sée, en se guidant sur le doigt introduit dans le rectum, put encore arriver immédiatement dans la vessie ; mais, le lendemain, la sonde s'était dérangée, et il fut impossible de pénétrer de nouveau avec diverses sondes ou bougies. Le malade fut porté au bain. En en sortant, il fut pris d'éblouissement, de nausées, de vomissements verdâtres abondants. A une heure le facies est grippé, le corps froid. L'interne fait de larges débridements du périnée; mais peu après les vomissements recommencent, et il meurt à quatre heures. Les résultats de la nécropsie furent complétement négatifs. Le péritoine était intact. M. Sée pense qu'il a succombé à un accès violent de fièvre pernicieuse dû à une seule tentative de cathétérisme.

M. GIRALDÈS, dans un cas de broiement du périnée avec plaie externe par suite d'une chute sur une roue de voiture, chez un enfant de douze ans, combattit par la ponction abdominale, au moyen du trocart, la rétention d'urine; puis, après avoir évacué un litre d'urine sanguinolente, il fit, par la même ouverture, passer une sonde, qu'il ramena par l'orifice interne de l'urèthre jusqu'à la plaie périnéale, se rappelant avoir vu Roux opérer de la sorte.

M. MARJOLIN ne pense pas qu'on doive appeler fièvre pernicieuse les accidents graves qui accompagnent quelquefois le cathétérisme.

M. LE FORT fait une distinction dans les cas de contusions du périnée. Tantôt elles sont accompagnées d'épanchement considérable de sang et d'urine, tantôt il n'y a qu'un épanchement peu considérable de sang, mais le malade ne peut pas uriner. Dans ce dernier cas, la ponction peut suffire ; mais dans le premier, il vaut mieux inciser tout de suite le périnée, car si l'on tarde, il se développe un phlegmon diffus pour lequel il faudra toujours en venir aux incisions.

M. NOTTA. Dans les cas peu graves dont parle M. Le Fort il n'y a pas rupture du canal, et alors la rétention d'urine ne tient qu'à la compression qu'exerce sur lui un peu de sang épanché dans son voisinage. La ponction peut, en effet, dans ce cas faire gagner du temps.

M. GUYON. Lorsqu'il y a une tuméfaction énorme du périnée, comme dans les cas qu'a cités M. Notta, il y a rupture de l'urèthre. Dans les autres cas, la sonde passe difficilement, mais on arrive à la faire pénétrer.

M. LE FORT n'admet pas que l'épanchement d'urine soit un signe de la rupture complète de l'urèthre. Il peut accompagner une simple déchirure. Il est d'avis qu'il faut éviter les incisions s'il y a peu d'épanchement de sang ou d'urine.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 mai 1875. — Présidence de M. WOILLEZ.

RAPPORT

M. BUCQUOY, au nom du conseil de famille, fait un rapport verbal au sujet d'une lettre de M. Champouillon qui a le regret, quittant Paris, de prier la société de vouloir bien accepter sa démission. Sur la proposition du conseil, la société n'accepte pas la démission et accorde, à l'unanimité, l'honorariat à M. Champouillon.

COMMUNICATION

Transfusion du sang. — M. FÉRÉOL donne lecture d'une observation de transfusion de sang suivie d'un plein succès chez une femme de quarante ans réduite à un état d'anémie des plus graves par suite d'hémorrhagies successives survenues pendant et après l'accouchement.

L'opération fut pratiquée; quelques heures après, une hémorrhagie considérable arrêtée à grand'peine; M. le docteur Ricord, M. le docteur Labbé, et tous les élèves ont assisté à l'opération, qui fut pratiquée à l'aide de l'appareil Mathieu.

Un garçon de service de bonne volonté offrit son sang, qui fut injecté entier, jusqu'à 185 grammes; mais comme un peu de sang s'écoula par la plaie, M. Féréol estime que la malade n'a guère bénéficié que de 130 grammes.

L'effet immédiat de l'opération fut peu marqué : une légère teinte cyanique aux lèvres et un sentiment de pesanteur douloureuse au bras furent les seuls signes sensibles. La faiblesse, l'état syncopal, les vomissements même continuèrent tout d'abord. Il y eut un abaissement de 4/10 de degrés à la température; le pouls et la respiration devinrent un peu moins fréquents; huit heures après, au contraire, les phénomenes fébriles s'amendèrent.

Les globules, comptés d'après le procédé Malassez, immédiatement avant l'opération, étaient descendus au chiffre de 1 million. Huit heures après, le chiffre avait encore baissé : 900,000.

Un point sur lequel M. Féréol insiste est le gonflement œdémateux, très-dur, et très-douloureux qui survint une heure après l'opération dans la région bicipitale, et qui gagna le jour suivant le moignon de l'épaule où l'on voyait se dessiner un réseau de veines bleuâtres dilatées. La plaie elle-même échappait à ce travail morbide, et l'on ne sentait aucun cordon dur, on ne voyait aucune rougeur. Cet empâtement si considérable fit craindre que la veine n'eût été perforée et que partie de l'injection ne fût passée dans le tissu cellulaire. La promptitude avec laquelle cette petite complication disparut fait penser à M. Féréol qu'il ne s'agissait là ni d'un thrombus, ni d'une véritable phlébite, mais seulement d'un simple engorgement passager de la circulation veineuse de la région; il croit que ce petit accident, sans gravité, est celui qu'on désigne en général sous le nom de *phlébite légère*, et fait remarquer qu'il a une certaine importance physiologique au point de vue de la démonstration de l'indépendance relative des circulations locales.

L'auteur ne fait point de doute d'ailleurs que la malade n'ait dû la vie à l'opération. Les hémorrhagies étaient entretenues chez elle par une anémie croissante; elles se fussent répétées, malgré tout ce qu'on eût pu faire, et auraient entraîné la mort, comme cela est arrivé à une malade que M. Lorain a opérée *in extremis* dans des conditions d'ailleurs très-analogues, et qu'il aurait peut-être sauvée, ainsi qu'il le dit lui-même, si l'opération avait été pratiquée plus tôt. Ce qui démontre du reste l'efficacité de l'opération, c'est que toute hémorrhagie a cessé chez la malade après la transfusion; elle vient de quitter la maison de santé sans avoir vu encore le retour de ses règles (21 mai); le nombre de ses globules étant déjà remonté à 3,200,000. Il pense qu'en cas pareil il est bon de ne pas attendre que la malade soit littéralement mourante pour opérer, qu'il faut se servir de sang non défibriné, et en injecter une dose d'au moins 100 à 130 grammes.

Comme conclusion, M. Féréol estime que la transfusion du sang est une opération qui mérite d'entrer dans la pratique courante, et qui, surtout avec les appareils actuels, peut être tentée par tout médecin instruit et soigneux, opération plus délicate que difficile, et dont les indications peuvent être étendues un peu au-delà des limites étroites où on l'a jusqu'à présent maintenue en France. Il n'y a pas lieu sans doute de se leurrer, ni de penser qu'on va guérir la syphilis, le cancer, la phthisie, la rage, à l'aide de la transfusion du sang. Mais, sans suivre à cet égard les entraînements de la pratique étrangère, on peut s'enhardir et la tenter dans les anémies chroniques, toutes les fois qu'elles ne sont pas causées par une lésion organique incurable, et peut-être aussi dans les intoxications lorsqu'on peut espérer d'arriver à renouveler la masse du sang par des saignées et des transfusions successives. *(A suivre.)*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du traitement hydriatique des maladies chroniques et des principales stations hydro-minérales adaptées aux différentes formes morbides, par M. A. GUBLER. — In-8° de 51 pages. Prix : 2 francs. — G. Masson.

Les Conclusions du congrès sanitaire international de Vienne et les commentaires de M. Fauvel devant la logique, par M. G. H. STANSKI. — Br. in-8°. — Paris, 1875, A. Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le scorbut gagnerait beaucoup en intérêt si les termes de la question étaient plus nettement précisés.

Mais comment saisir la théorie de M. Villemin? Elle se présente, nouveau Protée, sous mille formes, et quand on veut la serrer de trop près, elle s'écoule et vous échappe.

En effet, du moment où, sous le nom générique d'*affections infectieuses et miasmatiques*, le savant professeur du Val-de-Grâce fait rentrer dans un même groupe le choléra, la peste, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la variole, la dysentérie, les affections paludéennes, fièvres d'accès, etc., y introduire encore le scorbut, ce n'est pas en donner une notion bien claire.

Quel peut être le lien commun entre ces diverses affections?

Ce n'est certes pas la contagion, car M. Villemin a soin de dire : « En fait de contagiosité, les affections infectieuses constituent une sorte d'échelle au haut de laquelle l'observation permet de placer la peste et le typhus, tandis qu'au bas nous voyons la fièvre palustre, qui est infectieuse sans être transmissible. »

Si ce ne peut pas être le mode de transmission, ce n'est pas davantage le mode de production, car quel rapprochement pourrait-on faire, à ce point de vue, par exemple, entre l'érysipèle et la fièvre palustre?

Ce n'est pas non plus le cantonnement, la distribution géographique, l'influence des conditions telluriques, si évidente dans les affections paludéennes, si douteuse déjà dans la variole, si improbable dans l'érysipèle, etc.

Les mots *miasmes* et *infections*, ainsi traduits, ne représentent donc plus, aux yeux du médecin, qu'une grande inconnue, celle qu'on rencontre, en définitive, au fond de toutes les maladies, ou à peu près.

Quand la santé se trouble, il est trop évident que quelque chose d'anormal est intervenu. Ce quelque chose, tant qu'il a paru invisible, intangible, tant qu'on en ignore la nature intime, animale ou non, végétale ou non, dynamique ou non, prolifique ou non, on le désigne, si l'on veut, par les noms de *principe infectieux* ou de *miasme*, qui correspondent en médecine à l'x ou à l'y des mathématiciens. Mais en dehors des accidents, des empoisonnements, des traumatismes, quel est donc le cas pathologique qui ait constamment échappé à l'épithète d'infectieux, qui n'ait point été attribué, par des vitalistes convaincus, à quelque germe ou principe morbifique, antivital, en lutte ouverte avec les puissances de la vie? La pneumonie aiguë elle-même a été décrite, naguère, comme une fièvre, comparable aux fièvres palustres.

Si donc M. Villemin avait voulu se borner, mais sans préciser davantage, à supposer dans le scorbut l'intervention d'un élément, indéterminé, qui, se produisant on ne sait où, dans des conditions inconnues, donnerait sa forme à la maladie, l'accord aurait été sans doute facile à faire sur cette base. Cette vue, toute théorique, ne pouvant avoir, en effet, aucune application prochaine, n'eût point empêché de s'attacher, dans la pratique, à la connaissance des conditions au milieu desquelles ce *quid divinum* pouvait apparaître, en même temps que les symptômes appréciables du scorbut ou les premiers indices de son incubation. L'hypothèse d'un miasme ne doit pas soulever de bien ardents contradicteurs quand elle se réduit à prétendre que telle ou telle maladie peut prendre corps, pour ainsi dire, dans un principe matériel, sans affirmer que ce principe ait un un lieu certain d'origine en dehors de l'individu.

Mais M. Leroy de Méricourt avait compris les mots *infectieux* et *miasmes* dans un sens beaucoup plus étroit; ne songeant pas à l'érysipèle ni aux fièvres intermittentes, il avait cru voir M. Villemin comparer le scorbut à d'autres affections, qui, telles que la variole, ont été de tout temps nommées contagieuses et épidémiques.

Pour celles-là le mode de production est bien connu : quel qu'ait été jadis leur première origine, elles se perpétuent dans nos climats au moyen d'un germe qui se reproduit, se multiplie, et se transmet de l'un à l'autre. Pour arrêter l'épidémie, il faut isoler les malades, désinfecter ou détruire les objets qu'ils ont touchés : on songe presque aux cordons sanitaires, aux lazarets, aux quarantaines; et l'on attribue, avec raison, une très-médiocre importance au choix ou à la quantité des aliments, à l'humidité plus ou moins grande, à la salubrité de l'air, à l'hygiène vulgaire en un mot.

Or c'est cette hygiène vulgaire qui, au contraire, domine tout dans l'apparition du scorbut. M. Leroy de Méricourt s'est attaché à mettre hors de conteste cette opinion traditionnelle dans son premier discours, auquel M. Villemin vient de répondre; et tel paraît devoir être aussi le but de celui qu'il doit continuer mardi prochain. Malgré un état de souffrance physique et morale qui ne lui a pas permis de parler longtemps, surexcité par les critiques, parfois un peu mordantes, bien que toujours courtoises, de son éloquent adversaire, l'honorable

académicien avait voulu commencer tout de suite à répliquer. Nous donnerons l'analyse de cette réplique quand elle sera complète.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

—

De l'hyperesthésie thoracique dans ses rapports avec la tuberculose aiguë.

Le diagnostic de la tuberculose aiguë ou phthisie galopante est dans les premiers jours extrêmement difficile. L'appréciation des antécédents et des symptômes, si bien faite qu'elle soit, ne peut jamais complétement dissiper les incertitudes. Là, où l'un affirme, l'autre nie, et c'est souvent le hasard qui donne raison à l'un ou à l'autre. Ce que j'ai vu d'erreurs à ce sujet est considérable, et l'on en verra bien d'autres. Il y a une maladie principalement qui est cause de cette incertitude. C'est la fièvre typhoïde. Chez beaucoup de malades les symptômes sont très-semblables au début, et ce n'est qu'après une certaine durée de la maladie que l'on arrive à un diagnostic assuré.

Chez la malade du n° 3, d'une assez bonne santé habituelle, bien que le père soit mort phthisique, vous avez vu que le diagnostic est resté incertain pendant huit jours. Ce n'est qu'après avoir constaté une hyperesthésie persistante du côté gauche de la poitrine, et surtout après avoir découvert des *tubercules de la choroïde*, que le diagnostic de tuberculose aiguë a pu être positivement établi.

Cette enfant, malade depuis huit jours ou un mois, fait qu'on n'a pu éclaircir, fut prise de fièvre, de céphalalgie avec courbature, de toux et de douleur dans le côté droit, de gêne respiratoire assez considérable, puis elle eut de la diarrhée sans ballonnement du ventre et sans taches, des rêverasseries, un peu de délire, de la stupeur sans épistaxis et une température variant tous les jours de trente-huit à quarante degrés.

La percussion de la poitrine était très-douloureuse surtout à droite, on constatait de la submatité dans la clavicule gauche et dans la fosse sus-épineuse du côté opposé, c'est-à-dire à droite, puis il y avait en ces points un peu de râle sous-crépitant avec des râles sibilants à la base.

Je crus à une pneumonie typhoïde; mais, les jours suivants, la persistance de l'hyperesthésie du thorax me fit songer à une pneumonie tuberculeuse, c'est-à-dire à une tuberculose aiguë ou phthisie galopante. On fit alors l'examen des yeux à l'ophthalmoscope, et la découverte de plusieurs tubercules dans les choroïdes montra qu'il s'agissait, en effet, d'une tuberculose aiguë à forme typhoïde.

L'examen cadavérique montra un peu plus tard que ce diagnostic était exact. Il y avait des tubercules dans les méninges avec commencement de méningite tuberculeuse, d'innombrables granulations tuberculeuses miliaires dans les poumons avec pneumonie tuberculeuse, avec pleurésie sèche, des tubercules dans les reins, dans les séreuses, enfin dans les choroïdes les tubercules que nous avions vus avec l'ophthalmoscope.

Cela est bien; mais, en dehors de l'ophthalmoscopie qui a permis de faire le diagnostic précis et immédiat, il y a eu chez cette enfant un phénomène digne d'attention et qui aurait pu y contribuer. Je veux parler de l'*hyperesthésie thoracique*.

Ce phénomène, que j'ai déjà observé plusieurs fois sans y attacher beaucoup d'importance, me paraît digne d'être ajouté aux autres symptômes de la tuberculose aiguë. S'il n'a pas de signification absolue, il doit néanmoins être pris en considération, car il n'existe jamais au même degré dans la fièvre typhoïde. Il indique une souffrance de la plèvre qui se transmet aux téguments et leur communique une sensibilité exagérée telle que le contact du doigt et surtout la percussion sont très-pénibles : cette souffrance de la plèvre et cette hyperesthésie thoracique indiquant une pleurésie sèche, et si l'interprétation est juste, on voit ce qu'il en résulte de conséquences importantes pour le diagnostic. L'interprétation a été juste, dans ce cas, puisque, pensant que la malade avait une pleurésie sèche due à la tuberculose aiguë, l'autopsie a révélé l'existence de ces deux lésions.

Toutes les fois donc qu'il y aura doute dans un cas d'affection typhoïde suspecte et que l'on craindra d'avoir affaire à une phthisie galopante, il faudra s'inquiéter de la sensibilité thoracique. Si la sensibilité des parois du thorax est augmentée et très-exagérée, il faudra conclure que la plèvre est affectée. Si la plèvre est malade, il est impossible que le poumon ne le soit pas, et c'est là justement ce que l'on cherchait à savoir.

Cela étant dit, recherchons si l'hyperesthésie ne se rencontre pas ailleurs que dans la tuberculose aiguë simulant une fièvre typhoïde.

Existe-t-elle dans dans la fièvre typhoïde? Je ne le crois pas. J'ai vu dans certaines formes ataxiques de la fièvre typhoïde de l'hyperesthésie tégumentaire, mais elle existait aux membres inférieurs aussi bien qu'à la poitrine, elle était générale et non limitée à la poitrine, ce qui lui enlève toute signification précise.

J'ai vu aussi l'hyperesthésie tégumentaire dans la méningite tuberculeuse; mais, là aussi, elle était générale plutôt que partielle. Ici, c'était la conséquence de la phlegmasie nerveuse centrale et non l'expression locale d'une affection subjacente.

D'après ces considérations, dans une maladie à forme typhoïde, je crois que l'hyperesthésie thoracique non compliquée d'hyperesthésie des membres, indique de la pleurésie sèche et une tuberculose aiguë des poumons.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. BROCA.

—

Les adénomes de la parotide.

Leçon recueillie par M. BROUARD, externe des hôpitaux.

Je vais vous entretenir aujourd'hui d'un malade qui porte à la région parotidienne une tumeur volumineuse dont l'extirpation va nécessiter une opération assez grave.

Cet homme est âgé de soixante-sept ans ; il a joui jusqu'ici d'une santé florissante ; sa tumeur, qui est située au côté gauche, a trente années d'existence, et les détails relatifs au début de son apparition ne sont pas assez circonstanciés pour fixer notre attention.

Depuis un an son développement a été très-rapide : s'étendant en haut jusqu'à l'arcade zygomatique, elle atteint en bas le niveau de l'os hyoïde. Son bord postérieur est limité par l'oreille, et son bord antérieur touche presque à la commissure labiale. Formé autrefois d'un lobe unique, elle se compose actuellement de bosselures multiples et de consistance inégale : tandis que le lobe supérieur a la dureté du cartilage, un autre lobe, situé plus bas et en arrière, se montre presque fluctuant et translucide.

La tumeur est indolente, même à la pression ; l'examen le plus attentif n'y découvre aucun battement, et la peau, amincie

sans être ulcérée, ne contracte pas d'adhérences avec le tissu pathologique. La température est normale, la couleur à peine modifiée; d'ailleurs, pas d'engorgement dans les ganglions, pas d'hypertrophies vasculaires ni de généralisation dans les autres régions. Les antécédents du malade ne dénotent rien qui puisse faire songer à l'héridité. Une mobilité assez sensible nous permet de croire qu'il n'existe pas de prolongements derrière la mâchoire.

Le côté gauche de la face est presque entièrement paralysé, sauf la région orbiculaire (région innervée par le nerf temporo-facial); mais, comme la traction exercée par la tumeur sur la région est assez forte pour neutraliser l'action musculaire du côté droit, la déformation résultant de la paralysie deviendra très-manifeste après l'opération.

Quelle est la nature de la tumeur?

A cette question, nous répondrons par quatre hypothèses d'inégale importance :

Nous pouvons avoir affaire à un chondrome, à une hypertrophie ganglionnaire, à un adénome et à un cancer.

L'idée du cancer n'est pas admissible : les détails que je vous ai donnés sur cette tumeur, et qui sont incompatibles avec les caractères de la cachexie cancéreuse, doivent exclure de notre diagnostic l'hypothèse d'un cancer parotidien. Cela ne veut pas dire qu'il ne se soit pas fait, depuis un an, une altération cancéreuse dans les éléments du tissu primitif, car je me souviens d'avoir observé un cas de ce genre; mais, ce que nous devons affirmer, c'est que ce tissu lui-même n'a pas été d'abord cancéreux.

S'agit-il d'un chondrome? Il y aurait assurément ici des motifs pour le croire. D'une nature généralement bénigne, les chondromes ont aussi un aspect lobulé et une consistance variable dans divers points de leur étendue; mais bien qu'on ait pu assigner trente ans d'existence à des chondromes des os, on n'a jamais constaté une durée semblable pour des chondromes des autres régions. Quant à moi, je n'ai jamais vu de chondromes purs de la parotide. J'ai vu seulement le tissu cartilagineux s'associer à celui de la glande hypertrophiée, ce qui n'est probablement qu'un épiphénomène appréciable dans les tumeurs anciennes et dans les dernières périodes de leur développement; c'est sans doute ce qui a eu lieu dans la tumeur qui nous occupe, car la gangue de ce tissu morbide peut devenir assez molle pour simuler la fluctuation. N'oublions pas, toutefois, que l'adénome peut, lui aussi, présenter ces caractères, et c'est par cette considération que nous passerons de notre seconde hypothèse aux deux dernières. Je dis aux deux dernières parce qu'elles n'en font qu'une en réalité : l'examen microscopique a, en effet, démontré que les tumeurs prises autrefois pour des ganglions hypertrophiés avaient une structure identique à celle de la parotide elle-même, et qu'elles n'étaient, par conséquent, que des hypertrophies de cette glande, autrement dit des adénomes, car l'adénome est une tumeur caractérisée par l'hypertrophie irrégulière et partielle du tissu glandulaire. Suivant qu'il y a prédominance des éléments fibreux ou épithéliaux, la consistance se rapproche plus ou moins de celle du squirrhe ou de l'encéphaloïde. D'ailleurs il peut arriver que des liquides s'accumulent dans les culs-de-sac oblitérés et distendus; de là l'origine de ces kystes renfermés souvent dans l'adénome.

En résumé, notre diagnostic se formulera de la manière suivante : tumeur hypertrophique, irrégulière; adénoïde de la parotide, composée de lobes inégaux quant à la consistance et au volume, présentant un point ramolli ou kystique, avec éventualité et même probabilité de cartilage dans la tumeur.

Opération. — Le malade ayant été soumis au chloroforme, une incision curviligne et longue de 2 centimètres est tracée de manière à comprendre un îlot de peau dont la largeur est d'environ 3 centimètres; cette portion des téguments est destinée à disparaître, les deux lambeaux latéraux ayant à recouvrir une surface beaucoup moins étendue après l'extirpation. La tumeur est assez facilement énucléée dans ses parties superficielles; mais au moment où l'on arrive à ses parties profondes et où l'on parvient à la pédiculiser, des battements très-forts se font sentir et révèlent la présence d'une artère volumineuse; on isole ce vaisseau, qui a environ la grosseur du petit doigt et qui n'est autre chose que la carotide externe; on y pose deux ligatures, entre lesquelles on pratique ensuite sa section. L'artère pénétrait assurément tout entière dans la tumeur. La carotide externe, en effet, ne forme, à l'état normal qu'une simple gouttière le long de la parotide; mais, dans des cas comme celui-ci, la glande, dépassant ses dimensions ordinaires, finit par l'entourer complétement, et l'on doit s'attendre à la voir former ainsi une des parties constituantes du pédicule de la tumeur.

C'est ce qui avait déterminé M. Broca à ne point tenter la ligature de l'artère avant d'avoir atteint le point unique où elle devenait possible.

Il fallut sacrifier le nerf temporo-facial parce qu'il ne pouvait être séparé de la tumeur, dans laquelle il se perdait comme la carotide elle-même; quant à la branche cervico-faciale, il fut inutile de s'en préoccuper : la paralysie constatée chez le malade dans toute la région à laquelle elle se distribue prouvait clairement que l'envahissement du tissu pathologique en avait amené l'atrophie. La section du canal de Sténon et de deux artérioles terminèrent l'opération.

Malgré l'étendue considérable de l'adénome, il restait encore une portion saine de la glande qui fut en quelque sorte amputée à ce niveau. La parotide ne fut donc point enlevée en totalité, et la plaie qui résultait des manœuvres opératoires fut beaucoup moindre qu'on aurait pu se l'imaginer avant l'ablation de la tumeur.

Examen immédiat du tissu morbide. — Une coupe fraîche l'a montré composé de culs-de-sac glandulaires hypertrophiés et infiltrés par places d'éléments cartilagineux, comme cela avait été prévu dans le diagnostic. Le point qui avait présenté de la fluctuation était un de ces kystes lacuneux qui se produisent dans des bourses séreuses accidentelles. Ces bourses séreuses apparaissent d'abord entre les lobes des adénomes, grâce au frottement dont ils sont le siége; elles donnent bientôt lieu à de véritables hygromas et, par cela même, à des kystes comme celui auquel nous faisons allusion ici.

— A la date du 11 janvier dernier la malade, guérie depuis trois semaines, n'a éprouvé d'autre accident après son opération qu'un érysipèle de la face qui n'a pas eu de suites fâcheuses.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er juin 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des épidémies qui ont régné en 1874 dans les départements de l'Orne, de la Haute-Saône, de la Manche, de la Meuse; 2° le compte rendu négatif des épidémies pour le département de l'Aveyron pendant l'année 1873. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. Husson relative *à l'absorption de l'iode par les matières organiques* (commiss. : MM. Béclard, Hérard, Chatin); 2° un mémoire sur *une épidémie de croup qui a régné en 1874 dans la commune de Warlins* (Oise.), par M. le docteur Evrard; 3° un rapport *sur les maladies qui ont régné en 1874 dans l'arrondissement de Beauvais*, par M. le docteur Evrard. (Commission des épidémies.)

PRÉSENTATIONS

M. LABOULBÈNE dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Mordret, du Mans, le *rapport officiel du comité cantonal dans le département de la Sarthe pour l'année 1874*.

M. VULPIAN offre en hommage, à l'Académie, le second volume de ses leçons sur l'appareil vaso-moteur.

M. DEPAUL présente : 1° au nom de M. Dimitrie Staicu sa thèse inaugurale sur le *cow pox* ou *vaccine animale;* 2° au nom de M. Duboué, de Pau, des fragments inédits d'un manuscrit de Bordeu intitulé : *Observations sur les eaux minérales de la généralité d'Auch.*

LECTURE

M. Guillaume Lubelski, médecin du consulat de France et des hôpitaux civils de Varsovie, soumet à l'Académie un cas exceptionnel de *polyphagie* ou *boulimie* (renvoyé à une commission composée de M. Béclard, Personne et Vulpian).

RAPPORT

M. BOUDET, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

COMMUNICATION

Tumeur congénitale polycystique insérée à la symphyse du maxillaire inférieure et à la langue. Accouchement spontané avant terme. Arrachement de la tumeur pendant le travail. Examen anatomique de la pièce. — M. VERNEUIL. Je dois le fait curieux et rare que j'ai l'honneur de vous présenter à l'obligeance de MM. les docteurs Lafont et Nepveu. Le premier m'a fourni non-seulement des détails sur l'accouchement auquel il a présidé, mais encore la pièce pathologique, qu'il n'a pu recueillir qu'à grand' peine. Le second, chef de laboratoire à la Pitié, et dont la compétence en anatomie pathologique est si connue, m'a communiqué les résultats de ses patientes investigations. L'Académie, j'en suis sûr d'avance, voudra bien remercier nos jeunes confrères de leur empressement à sauver de l'oubli un cas d'un pareil intérêt.

Le 13 janvier 1875, M. Lafont fut appelé auprès de Mme X..., âgée de trente-cinq ans, grande, brune, très-bien conformée et qui, dix-huit mois auparavant, avait déjà mis au monde un enfant à terme normalement constitué. Le mari est également robuste et d'une structure irréprochable. Mme X... est à la fin du huitième mois d'une grossesse qui n'a rien présenté d'insolite, et qu'aucun accident n'a troublé. Le travail est en train depuis quarante-huit heures. Peu de temps après son arrivée, M. Lafont reçoit un enfant du sexe féminin mort depuis quelques heures sans doute, et qui présente du côté de l'orifice buccal des désordres considérables.

Les lèvres sont conservées, mais largement écartées ; on trouve entre elles une sorte de lambeau membraneux flottant, tapissé supérieurement par une muqueuse, et inférieurement offrant l'aspect d'une surface récemment déchirée. Ce lambeau n'est autre que la langue, fortement tirée hors de la bouche. Plus bas, entre ce lambeau lingual et la lèvre inférieure, une large plaie inégale, irrégulière, au fond de laquelle on retrouve, sur la ligne médiane, des surfaces osseuses répondant aux deux pièces du maxillaire, ou, en d'autres termes, une fracture par arrachement de la symphyse de la mâchoire inférieure.

Pendant que M. Lafont examinait cet enfant, qui d'ailleurs ne paraissait offrir aucune autre anomalie et présentait un développement normal pour son âge, un autre corps fut expulsé. C'était une tumeur plus grosse que la tête de l'enfant déjà sortie et pesant 670 grammes.

Sur un point de la surface existait une large plaie superficielle, au centre de laquelle le doigt sentait des inégalités osseuses. Il fut aisé, en confrontant les deux surfaces saignantes, de voir qu'elles se correspondaient exactement et de reconnaître que la tumeur issue de l'orifice buccal adhérait par un pédicule assez volumineux à la mâchoire et à la face inférieure de la langue, à la fois allongée, aplatie et élargie.

La rupture s'était faite au niveau des attaches maxillaires et linguales de ce pédicule, après fracture préalable de la symphyse.

Il est certainement regrettable que la marche du travail n'ait pas été observée et que nous ignorions comment s'est effectuée l'évolution fœtale; mais la faute n'en est point à M. Lafont qui, comme nous l'avons déjà dit, ne fut appelé qu'à la dernière heure et quand deux jours entiers s'étaient écoulés déjà depuis le début des douleurs. A son arrivée, la tête était à la vulve, c'est-à-dire que la nature avait déjà triomphé de l'obstacle. Je laisse, du reste, à mes savants collègues de la section d'accouchements, le soin de nous dire ce qu'ils pensent de ce cas spécial de dystocie, et après avoir indiqué que les suites de couche furent tout à fait naturelles, je vais passer à l'exposé anatomique.

La tumeur est d'une consistance ferme, rappelant celle des corps fibreux utérins ; çà et là cependant elle présente des points fluctuants, limités, qui répondent à des cavités superficielles remplies de liquide, et des points très-durs correspondants à des noyaux cartilagineux et osseux.

Les surfaces, sauf au niveau de la déchirure, est partout recouverte d'une couche d'épithélium pavimenteux stratifié, de la même nature que celui de la bouche. Sur la déchirure et à son pourtour, on retrouve des débris de la muqueuse et des muscles de la langue ; au centre, des fragments de la symphyse maxillaire.

Les coupes, pratiquées dans la partie centrale, de façon néanmoins à ne pas détériorer la pièce, montrent que la masse morbide est constituée par une gangue fibreuse, des kystes et des noyaux cartilagineux et osseux.

L'examen microscopique à l'état frais ou après les préparations préliminaires usitées révèle la structure intime de ces parties composantes.

La gangue fibreuse renferme tous les éléments du tissu conjonctif : faisceaux fibreux, cellules fusiformes en grand nombre, cellules étoilées formant des mailles élégantes remplies de matière amorphe, cellules embryonnaires en amas plus ou moins réguliers, çà et là, des cellules à cils vibratiles.

Les kystes, très-nombreux et répartis dans tous les points de la tumeur, varient beaucoup de volume et d'aspect; le liquide qu'ils renferment, plus ou moins visqueux, contient à l'état libre une grande quantité de cellules épithéliales, les unes pavimenteuses, les autres cylindriques, dont quelques-unes, remplies de matière colloïde, sont très-volumineuses, arrondies, translucides et munies d'un noyau bien net. Les parois sont tapissées des mêmes cellules, c'est-à-dire d'épithélium pavimenteux pour les unes, et pour les autres d'épithélium cylindrique très-allongé et très-régulier.

Les noyaux cartilagineux sont de petit volume et composés de cartilage hyalin.

Les masses osseuses irrégulières, perdues dans la gangue fibreuse et dans les cloisons interkystiques n'ont aucune forme précise rappelant des pièces du squelette ; elles sont disposées en aiguilles, en lamelles rameuses et composées de tissu osseux bien formé.

Nulle part, on n'a trouvé de nerfs, et les vaisseaux sanguins eux-mêmes sont en très-petit nombre. En somme cette structure peu compliquée démontre qu'il ne s'agit ici ni d'une inclusion fœtale, ni d'un de ces monstres décrits par Geoffroy Saint-Hilaire sous le nom d'épignathes, ni même d'un kyste dermoïde ; c'est purement et simplement un néoplasme qui non-seulement adhère au maxillaire inférieur, mais encore provient de cet os lui-même. En d'autres termes il s'agit d'une tumeur fibro-kystique ne différant de celles que l'on observe parfois chez l'adulte que par son développement précoce remontant à la période embryonnaire. Il est évident

que la production morbide part de la symphyse, ce qui explique d'abord pourquoi elle renferme des amas d'épithelium à cils vibratiles. On sait en effet qu'en ce point viennent de très-bonne heure se souder sur la ligne médiane les extrémités du premier arc bronchial qui normalement est tapissé par une couche d'épithelium cilié.

Quant aux kystes, ils ont certainement pour origine les follicules dentaires; les épitheliums pavimenteux et cylindriques qu'ils renferment rappellent exactement ceux qu'on trouve dans l'organe de l'émail et dans le revêtement du germe dentaire; elles-mêmes, les cellules étoilées de la gangue représentent celles du tissu gélatineux de l'organe adamantin.

A la vérité, la multiplication des cavités kystiques, légitime au premier abord une objection sérieuse, qui a été formulée déjà pour les tumeurs semblables de l'âge adulte. On s'explique mal comment le petit nombre de follicules dentaires pourrait suffire à produire des cavités closes en aussi grand nombre, de volume si variable, et ne renfermant d'ailleurs nulle trace des parties constituantes des dents. Si bien fondée qu'elle paraisse d'abord, cette objection n'est pas irréfutable. Quand on jette les yeux sur les planches annexées au mémoire de MM. Legros et Magitot (*Origine et formation du follicule dentaire. Journal d'anatomie et de physiologie* de Robin, septembre et octobre 1873), on constate l'existence temporaire, dans l'épaisseur même du maxillaire, d'un système de canaux rameux remplis d'épithélium, et il n'est point défendu de croire que cette disposition, modifiée par un travail pathologique, puisse donner naissance, et cela en quantité indéfinie, à des cavités offrant les caractères des kystes. Il se passerait là quelque chose d'analogue à ce qui a été décrit pour les kystes de l'ovaire.

Je ne présente cette hypothèse qu'avec réserve, mais dans l'espoir qu'elle aidera à résoudre un point obscur de la pathologie, pourtant si avancée, des os maxillaires. Le fait que je viens de rapporter n'est probablement pas sans analogie dans la science, et il me semble que des cas comparables existent dans un travail de M. le docteur Ahlfeld (de Leipsig) (1), et sont cités fort à tort comme des exemples d'épignathisme.

DISCUSSION

M. DEPAUL. J'ai écouté avec le plus grand intérêt la communication de M. Verneuil, mais j'avoue qu'au vu de la pièce, je ne me sens pas du tout porté à partager son opinion sur la nature de cette tumeur. Il n'est pas rare d'en trouver de semblables sur les fœtus dans diverses régions, soit au périnée, soit ailleurs, et on les explique généralement avec raison par les produits d'une inclusion fœtale. Dans le musée de la Maternité, j'ai vu les moulages d'une pièce qui ressemble beaucoup à celle que M. Verneuil nous a présentée, sauf que le second fœtus est infiniment mieux reconnaissable. Le premier fœtus ayant cet autre adhérent à sa mâchoire, semble le porter dans sa bouche, à la façon d'un chien. On comprend qu'on trouve dans des tumeurs ainsi formées de débris fœtaux, des noyaux osseux, des cellules cartilagineuses, des épithélium cylindriques pavimenteux et vibratiles; mais comment donc M. Verneuil expliquerait-il ces portions d'os, de cartilage, etc., dans l'hypothèse d'une tumeur fibrokystique? M. Verneuil a très-bien fait de faire des réserves prudentes.

M. VERNEUIL. Mes réserves n'ont pas porté sur la nature de la tumeur, que je regarde comme certainement fibro-cystique. Je n'admets pas qu'il y ait ici de second fœtus. En fait d'os, il y a seulement de simples éléments osseux, qu'il faut distinguer avec soin des vrais morceaux d'os reconnaissables dans le cas d'inclusion fœtale; dans ce cas, d'ailleurs, j'expliquerais la présence d'os et de cartilage par l'origine de la tumeur dans la symphyse du maxillaire. Il faut observer qu'elle a entraîné une portion de cette symphyse en se détachant du corps de l'enfant.

M. DEPAUL. Il est vrai qu'il y a eu fracture de la symphyse, à laquelle adhérait extérieurement la tumeur par un tissu fibreux; mais il paraît certain que cet os n'était pas malade. On lui rend sa forme normale en en rapprochant les fragments. Or, pour qu'il eût donné naissance à une tumeur aussi considérable, s'il était vrai que cette tumeur provînt en effet du maxillaire, il aurait fallu que cet os fût malade, et non-seulement au niveau de cette fracture, mais dans les points environnants. M. Verneuil, qui voulait émettre cette hypothèse, aurait dû s'assurer d'abord au microscope de l'existence de quelque altération osseuse invisible à l'œil nu. Il ne me semble pas douteux que ce soit là un nouveau cas d'épignatisme.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE SCORBUT

M. LEROY DE MÉRICOURT prend la parole. La suite de son discours, bientôt interrompu par la fatigue, est remise à la séance prochaine.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à quatre heures.

(1) Ce mémoire est intitulé : *Contribution à l'étude des jumeaux*, a paru dans les *Archiv. fur Gynæckologie*, t. IV, fasc. 2. On en trouve la traduction dans les *Annales de gynécologie* de Pajot, Courty et Gallard, t. III, mai 1875, p. 369.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 29 mai 1875. — Présidence de M. Cl. BERNARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATION

Lenteur des pulsations cardiaques, syncopes, irrégularités de la respiration, cachexie sénile liées à une dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque et du pancréas. — M. CORNIL rapporte l'observation d'un homme âgé de soixante-quinze ans, mort dans son service à l'asile de Chardon-Lagache. Ce malade avait perdu l'appétit et vomissait ses aliments depuis plusieurs mois; il avait en outre de l'emphysème et du catarrhe bronchique. Trois semaines avant sa mort on avait constaté que le pouls battait seulement de vingt-huit à trente fois par minute. Le cœur isochrone au pouls était très-régulier, sans bruits anormaux. Le 24 mai, au lendemain de l'entrée à l'infirmerie, le pouls ne battait plus que quatorze fois par minute. Le malade très-affaibli, amaigri, pâle, présentait des attaques avec ou sans perte de connaissance consistant dans les phénomènes suivants : la respiration devenait plus fréquente, profonde, costale supérieure, pénible; le cœur ne battait plus pendant les quelques secondes que durait l'accès : le malade s'agitait, la main tremblait, ses lèvres étaient convulsées, et il se tournait dans son lit ou se levait sur son séant. Après dix, quinze ou vingt secondes, il revenait à lui, respirait paisiblement, plus lentement, par le diaphragme, en même temps que le pouls battait de nouveau. Ces accidents de syncope avec convulsions ont duré pendant quatre jours, jusqu'à sa mort, en se renouvelant très-souvent tous les quarts d'heure, toutes les demi-heures. Le malade n'avait jamais eu d'attaques d'épilepsie. A l'autopsie faite le 29 mai, on a constaté que le cœur, de volume normal, sans lésions d'orifice, présentait une dégénérescence graisseuse complète. L'aorte et les artères étaient très-légèrement athéromateuses. L'estomac était revenu sur lui-même ainsi que tout le tube intestinal en raison de la privation d'aliments. Le pancréas était transformé presque complétement en tissu cellulo-adipeux : dans les lobules conservés, les cellules épithéliales étaient granulo-graisseuses, bien que leurs noyaux fussent conservés. Le cerveau, le cervelet et le bulbe étaient pâles, mais sans lésion apparente à l'œil nu. La dure-mère adhérait fortement aux os du crâne. M. Cornil croit que les accidents circulatoires et respiratoires sont causés en partie par l'anémie et par la cachexie déterminées par la lésion du poumon et la sénilité en même temps que par la dégénérescence graisseuse du cœur. L'anémie du centre respiratoire expliquerait les accidents convulsifs.

DISCUSSION

M. HAYEM demande à M. Cornil s'il n'a pas constaté chez ce malade des altérations du côté du bulbe.

M. CORNIL répond qu'il y avait un peu d'anémie du cerveau, mais rien d'appréciable à l'œil nu du côté du bulbe.

M. HAYEM fait observer que plusieurs des troubles signalés dans

ce cas par M. Cornil se rencontrent habituellement dans des affections bulbaires. D'autre part, il est fréquent, ajoute M. Hayem, de constater à l'autopsie, chez des vieillards, une dégénérescence graisseuse et même pigmentaire du cœur sans qu'aient été observés chez eux pendant la vie des phénomènes cliniques appréciables.

M. CORNIL ne partage pas entièrement l'opinion de M. Hayem sur la fréquence de la dégénérescence graisseuse du cœur chez des vieillards qui n'ont présenté pendant la vie aucun trouble particulier. D'ailleurs, chez le malade dont il a rapporté l'observation, on peut bien trouver, dans l'état de l'appareil digestif, l'explication des phénomènes d'anémie, de lipothymie qu'il a présentés. Le bulbe pourrait donc, par suite, avoir été touché d'une façon fonctionnelle, en quelque sorte, sans présenter de lésions matérielles.

M. HAYEM dit que, chez des individus morts dans cet état cachectique, qu'on observe à la suite du cancer, de la tuberculose, etc., on trouve souvent des dégénérescences graisseuses non-seulement du cœur, mais aussi de tous les muscles, et cependant les phénomènes de lipothymie sont très-rares chez ces malades.

Phénomènes paralytiques; persistance de la contractilité volontaire; abolition de la contractilité électrique. — M. ONIMUS rapporte en quelques mots l'observation suivante : un homme vigoureux, en descendant de voiture, voyant que son pied allait être pris entre le trottoir et la roue de la voiture, fait un brusque mouvement, grâce auquel son pied échappe à l'accident; mais aussitôt il ressentit une douleur assez vive au pied et à la jambe, et le lendemain on constatait chez lui une paralysie des muscles jambier antérieur et péroniers. La marche était devenue impossible; la jambe commençait à être le siége d'un œdème assez marqué.

Six mois après, M. Duchenne (de Boulogne) constatait chez ce malade une paralysie complète de la jambe. Mais ce qu'il y avait surtout de particulier chez lui, c'est que le droit antérieur se contractait sous l'influence de la volonté, alors que les courants induits ne déterminaient de la part de ce muscle aucune contraction et que les courants continus, même les plus forts, ne donnaient lieu qu'à une très-légère secousse, à une sorte de frémissement ou d'ondulations des fibres de ce muscle. L'explication de cette sorte de paralysie est des plus difficiles, ce fait étant tout à fait en dehors de ceux que l'on observe habituellement.

M. GEOFFROY rappelle que M. Duchenne (de Boulogne) a constaté des faits analogues dans la paralysie saturnine. Il a lui-même observé un cas de disparition de la contractilité électrique et de persistance de la contractilité volontaire sans l'intervention du plomb. Il se propose d'ailleurs de faire prochainement à la société une communication sur ce sujet.

M. ONIMUS fait observer que, dans la paralysie saturnine, M. Duchenne (de Boulogne) n'a employé que les courants induits. Les courants continus exagèrent, au contraire, les contractions dans cette paralysie, et c'est même là un signe fâcheux pour le pronostic.

Appareil hydrostatique des poissons.— M. MOREAU montre des dessins et des pièces ayant trait à la découverte qu'il a faite d'un canal particulier chez certains poissons, qui constitue un véritable perfectionnement de leur appareil hydrostatique, de la vessie natatoire. Ce canal, qui a tous les avantages du canal aérien, ne peut cependant pas être assimilé à la trachée-artère. Il remplit les fonctions d'une soupape de sûreté.

Une discussion s'engage sur ce sujet entre MM. Moreau et Paul Bert.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 mai 1875 (1). — Présidence de M. WOILLEZ.

DISCUSSION

M. MOUTARD-MARTIN dit que s'il est bon de faire connaître les succès fournis par la transfusion du sang, il n'est pas moins utile de parler des insuccès. C'est pourquoi il rapproche de l'observation de M. Féréol celle d'une jeune femme qui, pendant le cours d'une grossesse, fut atteinte d'une forte diarrhée, qui finit par déterminer chez elle une profonde anémie. On proposa la transfusion, qui fut faite et qui n'empêcha pas la malade de mourir vingt-quatre heures après. M. Moutard-Martin croit qu'il faut réserver cette opération aux cas d'anémies produites par hémorrhagies.

M. FÉRÉOL fait observer que le cas qu'il a rapporté est très-différent de celui que vient de citer M. Moutard-Martin. Dans l'un, en effet, il s'agit d'une hémorrhagie; dans l'autre, au contraire, il s'agit d'une anémie résultant d'une diarrhée prolongée.

M. MAURICE RAYNAUD a pratiqué trois fois la transfusion du sang; une fois dans un cas analogue à celui que vient de rapporter M. Moutard Martin. Il s'agissait d'une femme épuisée par l'une de ces diarrhées qu'on observe si souvent à la période terminale de la grossesse, et qui en était arrivée à un état d'anémie extraordinaire. Une transfusion de 150 grammes de sang, faite dans les conditions habituelles, sembla pendant quelques instants la rappeler à la vie; mais ce ne fut qu'une amélioration toute passagère, et le lendemain elle succomba. Le second cas a trait à un blessé qui était atteint d'une plaie de la carotide, par laquelle s'était produite une très-abondante hémorrhagie. La transfusion parut donner de bons résultats; mais le lendemain, le malade succombait aux suites d'une nouvelle hémorrhagie. La mort, dans ce cas, ne peut donc être attribuée à la transfusion.

M. OULMONT pense qu'il ne faut pas se presser de pratiquer cette opération, comme le prouve le fait suivant : une jeune femme nouvellement accouchée, est atteinte d'une hémorrhagie telle que l'accoucheur, craignant de la voir succomber à l'anémie, fait venir un chirurgien pour pratiquer la transfusion. L'hémorrhagie s'étant arrêtée, le chirurgien propose de remettre l'opération au lendemain. Le lendemain, le malade allait beaucoup mieux et l'on put se dispenser de pratiquer la transfusion.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait observer que chaque fois que l'on introduit un liquide quelconque dans les veines, il y a toujours une amélioration passagère très-notable à laquelle il ne faut pas trop se fier. C'est ce qu'il a pu observer un assez grand nombre de fois, lors de ses expériences sur le traitement du choléra par les injections d'eau dans les veines.

M. MAURICE RAYNAUD croit que les indications de la transfusion du sang ne résident pas seulement dans les anémies par hémorrhagie, mais aussi dans certains cas d'empoisonnement, en particulier dans les empoisonnements par le gaz de charbon. On sait, en effet que, dans cet empoisonnement, le sang a perdu ses qualités vitales; il semblerait donc opportun, dans ces cas, de saigner les malades et d'injecter dans leurs veines quelques gouttes d'un sang doué de toutes ses qualités vitales. Il a déjà fait un grand nombre d'expériences sur les animaux, et les expériences ont donné de bons résultats.

La suite de la discussion est remise à la séance prochaine.

PRÉSENTATION DE MALADE

Pleurésie purulente. Canule à demeure. — M. LIBERMANN présente un malade auquel il a pratiqué, le 23 juin 1874, une thoracenthèse avec l'appareil Dieulafoy à l'aide duquel il retira 500 grammes environ d'un liquide clair et citrin. Une seconde ponction, pratiquée le 10 juillet, donne issue à 1,600 grammes de liquide purulent. Le 17, nouvelle ponction, donnant 1,700 grammes de pus. Le malade continue cependant à présenter de la fièvre, de l'œdème s'étendant à tout le côté droit, de l'inappétence, un notable amaigrissement, une extrême faiblesse et une grande prostration. Le 23 juillet, une canule longue de 7 centimètres est placée à demeure entre la huitième et la neuvième côte. Tous les jours on pratique des lavages avec une solution de sulfate de zinc (30 grammes pour 1,000 grammes d'eau, un cinquième de cette solution est mélangé avec quatre cinquièmes d'eau). Le pus s'écoule bien; l'appétit revient; l'œdème disparaît, la température s'abaisse, la fièvre cesse. Ce malade va de mieux en mieux, et aujourd'hui, après dix mois, il est dans un état très-satisfaisant et demande à sortir de l'hôpital; il ne s'écoule que 60 à 80 grammes de pus par jour.

(1) Fin. — Voir le numéro du 1er juin.

En présentant le malade, M. Libermann annonce à la société qu'ayant eu dans le même temps dix hommes atteints de pleurésie purulente dans son service, il se propose d'en faire l'objet d'un mémoire dont il donnera prochainement lecture. Mais en attendant, il désire avoir l'avis de ses collègues au sujet de ce malade, qui ne veut pas rester plus longtemps à l'hôpital, et les consulter sur la question de savoir s'il faut ou non lui laisser encore sa canule.

M. MOUTARD-MARTIN fait observer qu'en effet il est souvent très-difficile de savoir au juste à quel moment il faut, dans ces cas, retirer la canule. Les uns la retirent trop tôt, et il en résulte souvent la formation d'abcès qui, du reste, ne sont pas toujours une condition défavorable. D'autres la laissent trop longtemps; c'est ainsi que, récemment, est mort à l'hôpital Beaujon un malade, dans la poitrine duquel on avait laissé un tube à drainage pendant plus de trois ans. A l'autopsie, on a reconnu que le trajet qui traversait ce tube était complétement ossifié. Les pièces ont été présentées à la Société anatomique.

La séance est levée à cinq heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

51. Boutges. De la forme comateuse de l'hystérie.
100. Rey. De la suppuration de l'oreille moyenne.
101. Antelme. Quelques considérations sur le drainage dans l'empyème.
102. Laugée. Étude thérapeutique sur le vésicatoire cantharidé.
103. Lauzet. Des sinus frontaux et de leur inflammation catarrhale.
104. Python. Des adénomes du voile du palais et de la voute palatine.
105. Doumenge. Du varicocèle de la queue de l'épididyme.
106. Raud. Étude critique sur le cancer primitif du foie.
107. Fabry. Du traitement de la chorée par les pulvérisations d'éther et les lotions glacées le long de la colonne vertébrale.
108. Papozian. Quelques considérations sur le mal vertébral sans bibosité et sur la pachiméningite caséeuse.
109. Jobard. Relation de deux épidémies d'oreillons observées sur des émigrants hindous.
110. Courjon. Étude sur la paraplégie dans le mal de Pott.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpital de la Charité. — M. le docteur Bernutz a commencé ses leçons *sur les maladies des femmes*, le mercredi 2 juin à dix heures (amphithéâtre n° 2), et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

— *Herborisation.* — M. Bureau, professeur, fera un voyage botanique à Angers le 20 juin 1875. — Se faire inscrire à la galerie botanique du Muséum avant le 7 juin.

M. Bureau, fera sa prochaine herborisation, dimanche, 6 juin 1875, dans les bois de Satory. — Rendez-vous à Versailles à l'arrivée du train qui part de Paris (gare Montparnasse) à dix heures.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 9 juin, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Rapport de M. Courtaux sur la candidature de M. Delafosse. — 2° Discussion du rapport de M. G. Martin sur les maisons de secours. — 3° Démonstration de divers instruments destinés à faciliter la manœuvre des accouchements (rétroceps, forceps à branches parallèles et à tractions concentriques, tracteur obstétrical) par M. Hamon.

— *Erratum.* — Une erreur de nom, qu'il importe de rectifier, s'est glissée dans l'article *Thèses de concours*, du numéro de mardi dernier (3e colonne, page 498, à la 24e et à la 37e ligne), au lieu de M. JOFFROY, lisez M. GRANCHER.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des accidents de la convalescence. Thèse présentée au concours pour l'agrégation, par le docteur RATHERY. — 1 vol. in-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Injection d'eau dans la cavité péritonéale comme traitement de la péritonite aiguë, par A. NETTER, officier de la Légion d'honneur, ancien médecin principal de l'armée, bibliothécaire de la faculté de médecine de Nancy, lauréat de l'Académie des sciences, etc. — Brochure in-8° de 32 pages. Prix : 1 fr. 50. — Berger-Levrault et Ce.

De la lithine dans les eaux minérales de Royat et dans les principales sources thermales d'Auvergne, par P. TRUCHOT, professeur suppléant de chimie à la faculté des sciences de Clermont, et le docteur FREDET, professeur suppléant à l'école de médecine de Clermont, etc. — In-8° avec 1 planche. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Quelques considérations sur la suppuration de la caisse du tympan, son traitement, par le docteur Y. MAFFRE. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 65. — SAMEDI 5 JUIN 1875. 48e ANNÉE. SAMEDI 5 JUIN 1875. — N° 65.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Quelques notes de thérapeutique prises à l'Hôtel-Dieu.

Nous recherchons avec soin, dans les divers services hospitaliers de Paris, les faits qui peuvent intéresser le praticien au point de vue de la conduite à suivre dans telle ou telle maladie.

Mais, malheureusement, il est rare que l'efficacité d'une médication soit véritablement hors de conteste, et qu'on ne puisse pas se demander s'il n'y a pas eu simple coïncidence entre l'emploi de tel ou tel remède et l'amélioration constatée. Souvent, en effet, on voit survenir sans cause connue un amendement remarquable de tel ou tel symptôme. C'est ainsi que, dernièrement, dans le service de M. Fauvel, chez un jeune homme atteint de rhumatisme aigu avec endocardite, les urines, jusque-là très-rouges et surchargées d'acide urique, changèrent tout à coup complétement de caractère du jour au lendemain : elles devinrent pâles, excessivement pauvres en principes azotés, alcalines dès le moment de leur émission. Si l'on eût employé quelque remède nouveau, on aurait crié au miracle. Mais rien n'avait été changé depuis quelques jours à la prescription, prescription très-simple, consistant en faibles doses de colchique et de carbonates alcalins. Les questions de thérapeutiques sont donc toujours très-délicates et très-complexes. C'est pourquoi cette partie de la science médicale est si longue à se constituer. Sans cesse, on voit recommencer jusqu'aux études les mieux faites. L'expérience d'un siècle ne sert point au suivant. Chaque génération, chaque homme, veut renouveler le contrôle et se faire des idées propres. Néanmoins il est bon d'indiquer brièvement tout ce qui semble être un succès, afin d'appeler l'attention et, à l'occasion, de provoquer ce contrôle si nécessaire.

Les petits faits ont bien leur importance à ce point de vue. En voici quelques-uns.

M. Hérard a, en ce moment dans son service, salle Saint-Landri, n° 34, un homme de cinquante-quatre ans, cordonnier, atteint depuis l'âge de dix-huit ans d'une maladie du cœur, pour laquelle il a dû entrer déjà six ou sept fois à l'hôpital. Jusqu'ici les préparations de digitale et les diurétiques lui avaient fort bien réussi. Chaque fois qu'il était repris d'asystolie et d'anasarque, il revenait se faire traiter de cette manière par M. Legroux. Mais cette année, ce fut en vain que M. Hérard employa ce genre de médication chez cet homme. La macération de digitale, à la dose de 25 centigrammes de feuille dans un verre d'eau, le vin diurétique, etc., furent inutilement mis en œuvre. Les urines restaient très-rares, l'anasarque considérable, les bourses énormes; la peau amincie paraissait sur le point de se rompre. C'est alors que M. Hérard songea au régime lacté. Tout remède fut abandonné; et le malade prit exclusivement comme boisson et nourriture, trois litres de lait par jour. La diurèse, que rien n'avait pu provoquer jusqu'alors, se produisit aussitôt abondante, et à partir de ce moment, l'amélioration fut rapide. En une dizaine de jours, l'anasarque avait presque entièrement disparu. Aujourd'hui, le malade se sent très-bien. Il y a déjà longtemps qu'on a préconisé le régime lacté, avec ou sans l'usage des oignons crus, contre différentes espèces d'hydropisie. Mais il n'est pas commun de rencontrer des cas aussi probants en apparence que celui-ci.

— Dans le service de M. le professeur Béhier, nous avons vu un autre malade qui, lui aussi, a été traité exclusivement par le régime, bien qu'atteint d'accidents qui passent à bon droit pour très-graves en général.

Cet homme, couché au n° 4 de la salle Sainte-Jeanne, était contre-maître dans une fabrique de minium, après avoir été autrefois ouvrier en céruse. Il avait eu déjà des coliques de plomb, lorsque, dans le mois de décembre de l'année dernière, il fut apporté à l'hôpital pour une véritable encéphalopathie saturnine, caractérisée à la fois par du délire, des crises convulsives épileptiformes suivies de coma, etc.

Il n'y avait pas d'albuminurie (pas plus du reste que chez un autre saturnin à crises épileptiformes, qui fut traité par le chloral à la dose de 4 ou 5 grammes par jour, dans le service de M. Damaschino à l'hôpital temporaire de la rue de Sèvres, et qui guérit parfaitement), M. Béhier se rappelant les accidents épileptiformes qu'on provoque chez les animaux en les saignant à blanc, eut l'idée que, peut-être, l'encéphalopathie tenait chez son malade à une anémie cérébrale. Renonçant donc à tout remède directement opposé aux symptômes *convulsions, coma*, ou *délire*, il prescrivit uniquement un régime aussi tonique que possible : une alimentation substantielle, du vin, du fer, du quinquina. Cette tentative réussit. Malgré les contre-indications apparentes, ce régime excitant fut fort bien supporté. Il n'eut pas d'autre inconvénient que quelques légers embarras gastriques, qui cédèrent facilement. Les désordres nerveux se calmèrent bientôt. Nous n'entrerons pas aujourd'hui dans des détails plus circonstanciés, qui nous entraîneraient beaucoup trop loin; et nous remettrons également

à un autre article, pour le même motif, ce que nous aurions à dire de trois femmes chez lesquelles M. Guéneau de Mussy a pu faire cesser des métrorrhagies opiniâtres par des applications de coussinets d'eau chaude sur la région lombaire, suivant la méthode de Chapman. Le savant clinicien de l'Hôtel-Dieu doit, du reste, traiter prochainement ce sujet dans une de ces monographies qu'il sait rendre si instructives.

De l'adénopathie bronchique.

Les tumeurs constituées par un engorgement des ganglions bronchiques ne sont pas très-rares. On ne les croit telles que parce que, en général, on les méconnaît.

M. Guéneau de Mussy en a fait l'objet d'une étude très-approfondie. Déjà, en l'année 1868, il avait publié, dans la *Gazette des Hôpitaux*, une première série de recherches sur l'adénopathie bronchique. Depuis lors, ses observations se sont multipliées, le tableau de la maladie a pris des contours plus précis, et, dans l'excellent livre (1) qu'il vient de publier, il a à peu près achevé la constitution de ce chapitre de pathologie.

Nous allons en dire quelques mots à propos d'un malade couché salle Saint-Bernard, n° 16.

Chez ce jeune homme, âgé de vingt ans, d'un tempérament très-lymphatique, avec développement des ganglions du cou, chairs mollasses et comme soufflées, l'affection se rattache à une tuberculose qui, dès le début, avait envahi les ganglions de la région trachéo-bronchique. La toux commença il y a six mois avec des caractères semblables à ceux qu'elle possède encore : elle est rauque, déchirante, avec bruit de drapeau, un peu coqueluchale. En même temps se dessinait une oppression qui s'accentuait de plus en plus. La déglutition devenait assez difficile : les aliments solides paraissaient arrêtés par un obstacle vers le premier tiers de l'œsophage, et il était nécessaire de boire pour les faire passer. Tous ces symptômes allèrent toujours en s'aggravant pendant deux mois. A cette époque la voix était très-altérée, et l'oppression nocturne était telle que le pauvre garçon n'osait plus se coucher. Il finit par se décider à se faire soigner à l'hôpital, et il entra dans le service de M. Guéneau de Mussy. A ce moment il n'y avait pas des altérations bien notables dans les sommets des poumons; il fut donc aisé de délimiter la matité appartenant à l'adénopathie bronchique, qui s'étendait surtout à gauche.

Le diagnostic n'était pas incertain. La gêne de la déglutition, l'affaiblissement des bruits respiratoires dans le côté gauche de la poitrine jusqu'à la base et en arrière, bien que la percussion n'y révélât rien d'anormal, cette matité, perceptible en avant sur la moitié gauche de la première pièce du sternum et sur la partie la plus interne de la région claviculo-costale adjacente, en arrière dans la gouttière vertébrale du côté gauche au niveau des quatre premières vertèbres dorsales et de la septième cervicale, enfin la forme de la toux, la raucité de la voix, constituaient un ensemble vraiment typique.

M. Guéneau de Mussy prescrivit l'iode sous forme de teinture, à la dose de quatre à six gouttes dans de l'eau de riz. Il fit appliquer de la teinture d'iode et de petits vésicatoires sur les régions sternales et sous-claviculaires; et il se produisit bientôt une amélioration notable dans les symptômes. Il y eut bien toujours un peu d'oppression nocturne, mais le malade put rester au lit et dormir. La toux devint moins fatigante, moins fréquente, moins déchirante, la voix moins rauque. Le mieux continue depuis quatre mois environ, malgré l'évolution progressive, mais lente, de la tuberculose pulmonaire. L'appétit est satisfaisant, une sorte d'embonpoint persiste, au point de masquer les dépressions que les mouvements d'inspiration, en produisant un vide relatif dans les poumons où l'air pénètre mal, devrait produire en dessus des clavicules, à la base du cou.

Cette dépression est, au contraire, des plus évidentes chez d'autres sujets chez lesquels l'adénopathie, non tuberculeuse, se rattache à quelque maladie aiguë, par exemple chez le jeune homme couché au n° 18 de la même salle.

En effet, le gonflement des ganglions bronchiques peut être le résultat de causes très-diverses. De même que les ganglions superficiels peuvent se tuméfier sous l'influence de toute affection, de toute lésion cutanée, de même les ganglions bronchiques peuvent être affectés toutes les fois que les bronches sont atteintes. Dans la rougeole, notamment, cette adénopathie devient presque la règle. Dans la coqueluche elle est fréquente; et comme, à elle seule, elle produit déjà souvent une toux coqueluchale, probablement en irritant par un frottement ou une pression quelqu'une des bronches nerveuses qui animent les organes de la respiration, M. Gueneau de Mussy ne serait pas éloigné d'expliquer par elle les toux coqueluchales qui persistent durant des mois ou des années.

Il s'agit donc ici d'une affection qui pourrait être confondue parfois avec une coqueluche, parfois avec l'asthme ou l'emphysème, qui souvent, restant méconnue, occasionne des phénomènes inexpliqués, qui n'est pas toujours en dehors de toute action thérapeutique. Elle mérite donc l'attention des praticiens.

Dr Victor Revillout.

(1) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, par M. Guéneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, etc. — 2 vol. in-8° 1874, 1875. Prix : 24 francs. — Paris, Delahaye.

DES TROUBLES PUPILLAIRES

OBSERVÉS DANS CERTAINES AFFECTIONS ORGANIQUES DU CŒUR.

Le numéro du mois de février dernier, des *Annali universali de Medicina e Chirurgica*, contient une étude intéressante du professeur de Giovanni sur ce sujet. Elle renferme un ou deux points cliniques importants.

L'auteur résume d'abord les observations de trois malades qui lui ont fourni le sujet de son mémoire. Tous les trois étaient dans un état de cachexie cardiaque *avancée*. Les troubles respiratoires n'offraient pas chez tous le même caractère.

Chez le premier, ce phénomène prédominant était une dyspnée excessive et continue.

Chez le deuxième, la dyspnée revenait par accès (5 ou 6 en 2 heures). Elle s'accompagnait d'un sentiment de reconstriction à la base de la poitrine.

Le troisième avait ses accès à des intervalles irréguliers et sous forme d'accès d'asthme ordinaires.

Tous les trois présentèrent *une myosis bilatérale constante. Chez deux d'entre eux, ce phénomène s'exagérait avec la dyspnée.*

Les affections organiques diagnostiques et reconnues plus tard à l'autopsie étaient :

1° Insuffisance et rétrécissement mitral;

2° Rétrécissement de l'orifice aortique et insuffisance des valvules;

3° Rétrécissement aortique avec insuffisance mitrale.

Depuis que les travaux de Pourfourd, du Petit, Bernard, Biffi ont montré l'influence du sympathique sur l'ouverture pupillaire, on a recherché l'action de certaines tumeurs, entre autres les anévrysmes aortiques, sur elle.

On a démontré (Eulenburg, Guttmann, etc.) que toutes les affections qui amènent une compression du sympathique au cou sont, en effet, suivies de sténose pupillaire. L'auteur n'a trouvé nulle par ce symptôme mentionné dans les affections cardiaques isolées.

Pour déterminer la valeur clinique de la *myosis*, d'origine cardiaque, il faut d'abord rechercher son point de départ et son mécanisme. C'est une myosis paralytique. Elle pourrait survenir à la suite de trois sortes de lésions :

1° Lésions de la moelle cervicale ;

2° Du ganglion cervical supérieur ;

3° Des filets terminaux du sympathique qui se rendent aux fibres radiées de l'*iris*.

C'est à *la lésion du ganglion cervical supérieur* qu'il faut s'arrêter. L'auteur a examiné au microscope le sympathique et plusieurs coupes de la moelle cervicale des malades en question. Il a trouvé une forte hyperhémie des ganglions du sympathique, avec une infiltration plus ou moins intense d'éléments lymphoïdes. En même temps le tissu des ganglions était plus mou, plus riche en liquides qu'à l'état normal. La portion supérieure de la moelle ne présentait rien de semblable. Il n'y a pas lieu non plus d'admettre une lésion isolée des terminaisons iriennes du sympathique.

Ces différentes lésions sont la conséquence de la stase sanguine amenée par l'état du cœur. Elles existent probablement chez tous les malades, mais elles ne se manifestent pas toujours. Les désordres qui ont leur source dans le sympathique sont comparables à ceux qui viennent de l'encéphale ou de la moelle. Chez certains cardiaques, on trouve de l'excitation cérébrale ; chez les autres, de la somnolence.

La myosis a une signification bien nette ; elle n'annonce pas seulement une stase sanguine, mais une lésion profonde des cellules ganglionnaires désormais paralysées.

La lésion ganglionnaire affecte également le cœur et le poumon, à l'innervation desquels contribuent les ganglions cervicaux. L'activité cardiaque, la circulation pulmonaire sont donc plus gravement atteintes que dans les autres cas, lorsque la myosis existe. L'auteur tire de ces faits la conclusion suivante au point de vue du pronostic :

La myosis, dans les affections du cœur, est un symptôme d'une valeur pronostique très-grave. Il annonce la présence d'une lésion des ganglions du sympathique qui retentit sur le cœur lui-même et le poumon.

Nous nous bornons à cette partie du travail. Dans le reste, l'auteur rend compte de tentatives infructueuses qu'il a faites pour reproduire expérimentalement le phénomène et donne quelques aperçus généraux qui ne présentent qu'une lointaine analogie avec l'action des affections cardiaques sur le sympathique.

DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

DE L'ÉLECTRICITÉ (1)

Par le docteur ALTHAUS (de Londres)
(traduction du docteur Darin).

Pour mettre l'appareil d'induction en action, il suffit de tourner un levier qui établit le contact entre la batterie et la bobine ; l'apparition du son musical bien connu indique que le courant faradique est produit ; on obtient à volonté le courant primaire ou le courant secondaire. Enfin on peut accroître l'intensité de l'un et de l'autre en faisant parcourir à une aiguille, située dans un coin de la tablette supérieure de l'appareil, une rangée demi-circulaire de broches numérotées de 1 à 12. Les graduations sont suffisamment étendues pour permettre d'employer un courant à peine perceptible sur la langue et la face, et tous les degrés intermédiaires jusqu'à un point que ne supporterait guère l'individu le plus endurci. Le prix de cet instrument qui, dans son état de dernier développement, constitue une œuvre parfaite, est de 180 francs.

Les Américains se sont pris d'émulation dans ces dernières années, avec leurs confrères de l'ancien monde, pour la production de batteries constantes, qui paraissent être énormément demandées de l'autre côté de l'Atlantique. L'électricité médicale semble être aux États-Unis sur un tout autre pied que celui où elle est encore dans les anciens pays conservateurs de l'Europe, l'Allemagne seule exceptée. Non-seulement on y recourt d'une manière bien plus étendue, comme agent thérapeutique, que ce n'est le cas en Angleterre, mais il s'est fondé une société électro-thérapeutatique et une compagnie pour la fabrication des appareils galvano-faradiques s'est établie à New-York. Les batteries constantes faites par cette compagnie paraissent très-bien construites. Sa machine de 32 couples (fig. 10) est une modification de celle de Stöhrer; elle se compose de plaques d'étain et de charbon et a une disposition qui permet d'élever les vases, contenant la charge, jusqu'aux plaques ou de les en éloigner. Le commutateur, le traîneau et les autres dispositions sont les mêmes que dans les batteries de Stöhrer.

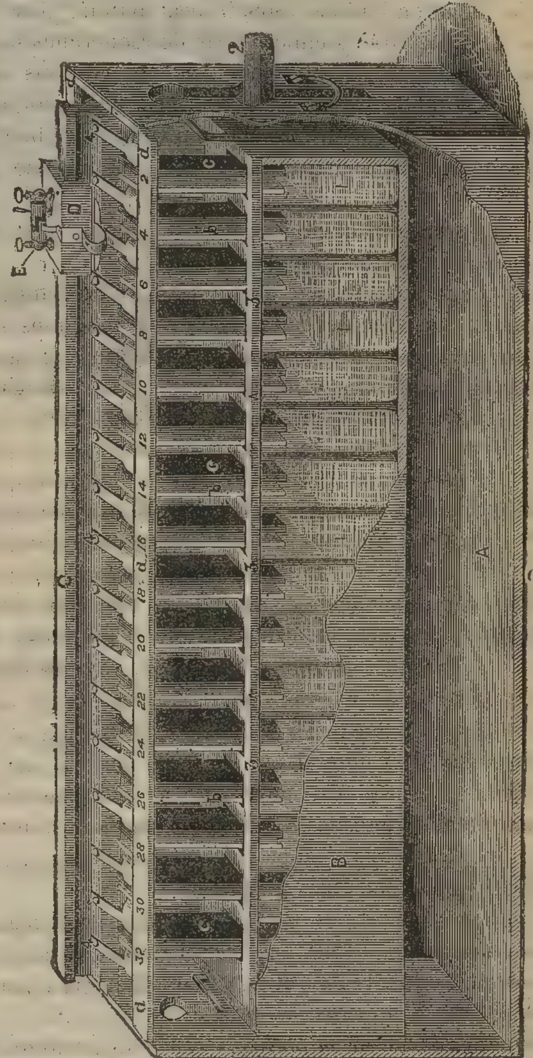


Fig. 10.

Les batteries du docteur Jérôme Kidder sont, d'après le docteur Beard (de New-York), qui les a employées sur une large échelle, très-commodes pour la pratique. Elles se composent de plaques de charbon et de zinc, avec la charge ordinaire. Le docteur Kidder remplace le traîneau de Stöhrer par ce qu'il appelle un « sélecteur de courant circulaire », pour augmenter ou diminuer le courant sans l'interrompre. Sa construction se rapproche beaucoup du cadran de Foveaux et de Mayer-Meltzer. Il consiste en un cercle, avec une base de vulcanite, qui porte de petites plaques de laiton reliées avec les différents couples de la batterie et séparées les unes des autres par des pièces d'ivoire (fig. 11). Le cercle porte deux bras appuyant sur des roues et tournant sur un pivot central. L'un de ces bras est

(1) Suite. — Voir les numéros des 16, 23, 27 mars et 3 avril.

court, l'autre long; et, selon que l'on fait mouvoir le bras long ou le court, le courant s'accroît ou diminue, sans s'interrompre ou avec interruption. Un commutateur et une roue dentée pour l'interruption du courant sont ajoutés à l'appareil.

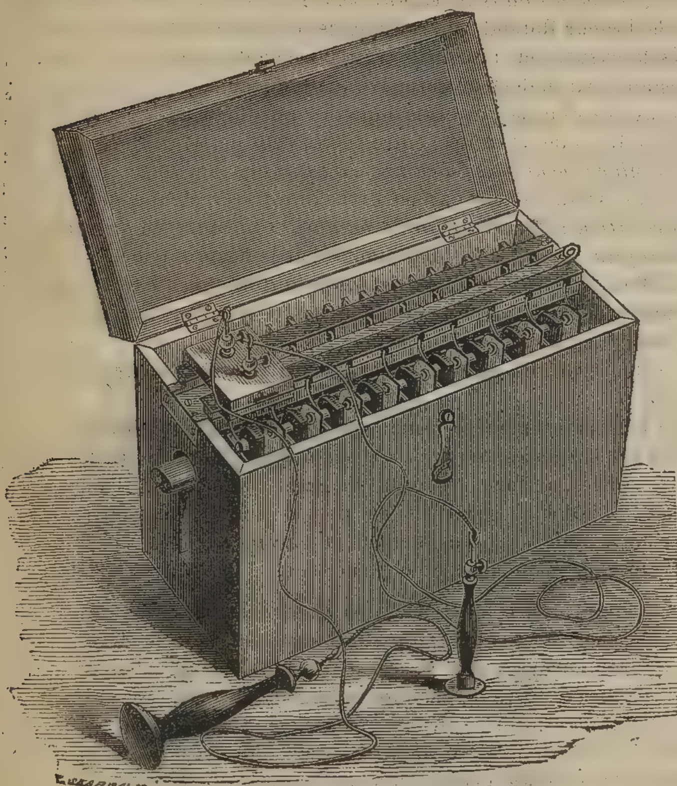


Fig. 11.

La figure 11 représente une batterie de 30 couples, qui paraît avoir toute la force voulue pour les besoins ordinaires du praticien. Le docteur Kidder en construit également de 12 et de 20 couples, qui suffisent pour les cas où l'on emploie le courant continu sur les régions de la face, de la tête et du cou.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 mars 1875 (1). — Présidence de M. Gallard.

M. Gillebert-Dhercourt père. J'ai vu un fait semblable se produire récemment, l'œuf avait six semaines.

M. Gallard. Je demande que cette question soit étudiée avec soin et scrupuleusement, et je prie M. Blondeau de tâcher d'avoir la pièce de l'observation qu'il vient de citer, afin qu'elle soit transmise à la Société de médecine légale.

M. Polaillon. L'ovule que je vous présente a été expulsé à l'époque menstruelle, il est gros comme une noix, et l'on peut voir aisément à sa surface les villosités du chorion. Cette ovule était intact, mais pour moi il ne faut pas conclure que tout ovule intact, est expulsé spontanément, pas plus que les membranes déchirées indiquent toujours une expulsion provoquée. On sait qu'on peut sans déchirer membranes, provoquer l'avortement.

M. Gallard. M. Polaillon vient de nous exposer les difficultés de la question; elles sont plus grandes encore qu'il ne le croit. Chez la malade que j'ai examinée, l'embryon était sorti avant les menbranes qui s'étaient retournées à la façon d'un placenta à la dernière époque de la grossesse.

En examinant le point précis où avait eu lieu la déchirure, on trouvait que les membranes n'étaient pas ramollies, étaient intactes, et qu'on ne pouvait pas attribuer cette déchirure à une altération des tissus. C'est là un point important pour l'interprétation médico-légale.

Les conclusions du rapporteur sont adoptées.

LECTURE

M. Camuset lit la communication suivante :

A propos de l'anesthésie par le chloroforme. — A l'occasion d'un mémoire de M. Darin, la Société de chirurgie a remis en question, dans sa dernière séance, l'étude comparative des divers agents anesthésiques actuellement en usage. Elle a émis le vœu que chaque médecin apportât à la discussion les documents fournis par sa pratique particulière, et relatifs aux accidents qui peuvent résulter de l'emploi de ces agents.

Dans la chirurgie oculaire, si presque toutes les opérations sur les adultes peuvent se faire sans le concours des anesthésiques, il n'en est pas de même quand il s'agit d'enfants dont l'agitation incoercible compromettrait le résultat de l'opération la plus simple. Mais que faudra-t-il employer, l'éther ou le chloroforme?

Dans un travail intéressant, dont les conclusions nous paraissent cependant un peu exclusives (Voyez *Annales d'oculistique*, numéro de janvier-février 1873, M. le docteur Duwez conseille pour tous les cas, l'administration des anesthésiques poussée rapidement jusqu'à résolution complète, et il donne à l'éther la préférence absolue sur le chloroforme.

Quoique nous n'ayons eu le plus souvent qu'à nous louer de ce dernier agent, voici un fait qui est de nature à rendre circonspects ses partisans les plus exclusifs :

Au mois de mai 1872, à Sivry, près Melun, j'opérais du strabisme une enfant de onze ans. Il fallait pratiquer la ténotomie du droit interne sur chacun des yeux, et la fillette, qui était d'un tempérament sanguin et très-nerveux, exigeait qu'on l'endormît. M. le docteur B..., assisté d'un élève en médecine distingué, M. C..., fit alors un simulacre de chloroformisation pendant lequel je commençai à opérer. Mais les cris immodérés et les mouvements de l'enfant obligèrent à provoquer réellement l'anesthésie, qui resta incomplète et se dissipa tout à fait au moment de pratiquer la seconde ténotomie.

Mêmes exigences de la part de la patiente. Le docteur B... approche de nouveau le mouchoir sur lequel il avait versé quelques grammes de chloroforme. Au bout de trois ou quatre inhalations, l'enfant pâlit tout à coup, ses pommettes se colorent d'un rouge livide et un trismus énergique contracte ses mâchoires. J'achevais l'opération au même instant.

Le pouls n'était plus perceptible, la respiration était suspendue, l'asphyxie manifeste. On ouvre les fenêtres. M. C... flagelle la figure de l'opérée avec une serviette trempée dans du vinaigre. Le docteur B..., s'efforce de ramener la respiration en agissant sur la cavité thoracique et en faisant mouvoir les bras. Pendant ce temps, j'introduisais entre les mâchoires, avec la plus grande difficulté et au prix d'une molaire brisée, une branche des ciseaux que j'avais à la main, puis le manche d'un petit balais de foyer, et je déprimais fortement la base de la langue en y appliquant l'anneau des ciseaux.

Après quelques minutes (les plus longues que j'aie jamais comptées), la respiration manifesta son retour par une inspiration bruyante. Au bout d'un quart d'heure survenait des vomissements glaireux et un profond sommeil, qui dura une heure environ, après lequel l'enfant fit un tour de jardin et dîna avec sa famille.

La quantité de chloroforme employée était à peine de 10 grammes, et l'administration en avait été faite très-prudemment, au moyen d'un mouchoir en cornet dont la disposition permettait à l'air l'accès facile des voies respiratoires. Ne sommes-nous pas autorisé à penser que nous nous étions trouvés en présence d'un de ces tempéraments irréguliers, d'une de ces idiosyncrasies pour lesquelles le chloroforme est un poison foudroyant. Elles sont rares, par bonheur, mais on ne doit jamais oublier qu'elles existent. Peut-être faut-il aussi faire intervenir dans l'appréciation de cet accident, dont les suites eussent pu devenir si rapidement funestes, l'état de santé florissant de la petite fille, vivant en campagnarde bien nourrie, et dont le système nerveux recevait à coup sûr ce jour là sa première secousse?

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 mai.

DISCUSSION

M. FORGET. Je trouve que la quantité de chloroforme employée est considérable, et qu'il y a lieu de tenir grand compte des deux chloroformisations successives. L'enfant avait lutté, avait ressenti une impression très-vive, qui a dû aussi agir sur l'état de la circulation. Quand on se sert d'un mouchoir pour y verser le chloroforme, on ne sait pas quelle quantité on donne tout d'un coup; le chloroforme gagne de vitesse la main de l'opérateur, la période initiale de l'anesthésie manque, et le malade est frappé subitement. Je crois l'éther plus facile et moins dangereux dans la médecine de l'enfance.

M. GILLETTE. Il y a à cet égard une différence individuelle à établir; chez certains enfants, il suffit, pour produire une anesthésie excessivement prompte, de très-peu de chloroforme; chez d'autres, il en faut davantage; dans le cas de M. Camuset, la quantité totale mis en usage ne me paraît pas très-considérable. Lorqu'on emploie l'éther, il faut une proportion de l'agent anesthésique beaucoup plus grande, c'est là ce qui amène certains praticiens anglais et même français à *sidérer* leur malade, en appliquant hermétiquement sur les orifices l'appareil ou le linge qui sert à l'anesthésie. C'est là, je crois, une pratique dangereuse, car *sidération* et *asphyxie* me semblent en quelque sorte synonymes.

M. CAMUSET. La petite fille était encore sous l'impression de la première chloroformisation, quand on a tenté de l'endormir de nouveau. C'est alors qu'elle est tombée comme foudroyée. On n'employait dans l'administration du chloroforme qu'un mouchoir sans charpie.

M. DUROZIEZ. M. Forget trouve que 10 grammes est une dose forte. M. Gillette trouve que c'est une dose faible; je demande lequel des deux est dans le vrai.

M. GILLETTE. Je ne dis pas que la dose soit faible, mais je maintiens que si l'on produit une anesthésie complète, on est bien souvent obligé d'employer plus de 10 grammes de chloroforme.

M. FORGET. Dans les expériences faites, on a vu clairement qu'il ne fallait pas verser sur le mouchoir 10 grammes tout d'un coup, ou sinon le malade est exposé à respirer à pleins poumons dans une atmosphère de vapeurs de chloroforme et, par suite, à être sidéré. Il faut commencer par des doses très-faibles.

M. CAMUSET. D'autres faits semblables à celui que j'ai rapporté aujourd'hui, ont eu lieu fréquemment. M. Wecker n'emploie plus que l'éther dans les opérations faites sur les enfants.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel : Dr LEMOISNE.

Séance du 10 avril 1875. — Présidence de M. GALLARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL a le regret d'annoncer la perte que la société vient de faire en la personne de M. Roche, ancien président de l'Académie de médecine, membre de la Société de médecine de Paris.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE

La correspondance imprimée comprend :

1° La *Revue médicale de Toulouse*, 1875.

2° Le *Bulletin de la Société médicale de Lyon*, 1874, dont M. GILLETTE rend compte à la société. Il renferme, comme MÉMOIRES : *a* une note sur l'*Héméralopie*, par le docteur Fritsh, dit Lang, qui cherche à prouver que cette affection, si fréquente chez les soldats et les marins exposés longtemps au soleil, peut parfaitement exister comme maladie réelle et non simulée : *b*, une étude sur la *fève de Calabar* et ses applications en oculistique, par le docteur Grand-Clément : cet auteur a observé chez certains chlorotiques une asthénopie accommodative (paresse du muscle ciliaire) dans laquelle l'emploi de la fève de Calabar rétablit momentanément la vision jusqu'à ce que l'action des reconstituants ait agi d'une façon plus durable ; *c*, *un nouveau procédé d'extirpation de quelques tumeurs très-volumineuses*, par le docteur Létéviant, consistant, afin d'économiser le plus possible le sang des malades, à se servir d'un fer cultellaire rougi pour opérer lentement, à énucléer avec les doigts, et, si la tumeur a un pédicule, à le sectionner peu à peu en appliquant, chemin faisant, les ligatures; *d*, une note sur l'*emploi de la glace, introduite dans le rectum, contre la cystite blennorrhagique*, par le docteur Horaud : on sait que cette méthode a été préconisée dans la dysurie et l'ischurie (rétrécissements, hypertrophie de la prostate), par le docteur Cazenave (de Bordeaux).

Les COMPTES RENDUS du même bulletin contiennent, en outre, plusieurs observations intéressantes, entre autres celle de M. Chaboux sur un cas d'*enfoncement sans fracture du frontal* pendant un accouchement brusque, suivie de mort par hémorrhagie intra-crânienne; un exemple d'*ulcération tuberculeuse de la langue*, et un autre de *greffes épidermiques, cutanées*, autoplastiques, par le docteur Poncet : l'ablation d'un *séquestre comprenant toute la diaphyse du tibia*, par le docteur Valette ; une observation de M. Diday, ayant trait au *bubon d'emblée*, etc., etc.

3° Une brochure de M. Truchot : *De la lithine dans les eaux de Royat.*

4° Le premier numéro d'une nouvelle publication intitulée : *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*. Ce mémoire contient, entre autres, un mémoire de M. de Saint-Germain sur l'amygdalotomie. — Une observation de polype fibreux naso-pharyngien, incision du voile du palais, emploi du galvano-cautère. — Une observation de pneumatocèle du crâne.

M. VOISIN offre à la société un exemplaire de son travail *sur l'usage du bromure du potassium* et dépose sur le bureau trois brochures envoyées par M. Guichard de Choisity à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant. Ces brochures sont : 1° La pupille considérée comme esthésiomètre; 2° De l'inflammation et de la circulation par M. le professeur Schiff, traduction de M. Guichard; 3° sa thèse inaugurale pour le doctorat. Ces différents travaux sont renvoyés à une commission composée de MM. Gillebert Dhercourt père, Blondeau et Voisin, rapporteur.

VOTE

MM. G. BERGERON et LEBLOND, candidats au titre de membre titulaire, et M. GIMBERT (de Cannes) candidat au titre de membre correspondant, sont nommés membres de la Société de médecine de Paris à l'unanimité des membres présents.

M. LE PRÉSIDENT, après avoir consulté la société, décide qu'une lettre de convocation sera envoyée aux membres de la commission chargée d'examiner la lettre de M. le docteur Worms reçue dans la dernière séance.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. DE BEAUVAIS. J'ai écouté avec intérêt la communication de M. Camuset. Dernièrement j'ai eu à administrer le chloroforme à un enfant pour une exploration chirurgicale faite par M. Bouvier, malgré la prudence que nous avons mise à pratiquer l'anesthésie, l'enfant a été sidéré, et ce n'est qu'avec une grande difficulté que nous avons pu le ranimer; j'en conclus qu'on ne saurait apporter trop d'attention à l'emploi de l'anesthésie même chez les enfants.

M. GILLETTE. Je partage entièrement l'opinion de M. de Beauvais. Tout récemment dans sa thèse inaugurale, M. A. Bergeron affirme que le chloroforme, chez les enfants, est pour ainsi dire inoffensif, et que cette innocuité vient de ce que ignorant le danger, ils ne ressentent aucune émotion morale. Cette opinion ne me pas devoir être acceptée sans réserve. D'autre part, je regrette que M. Camuset n'ait pas, dans le cas dont il nous a entretenu, attaché plus d'importance à l'examen des pupilles. MM. Budin et Coyne ont avancé que la pupille, dilatée tout d'abord, se contracte ensuite sous l'influence anesthésique. Ils ont ajouté que cette atrésie fait, au contraire, place à une nouvelle dilatation quand un accident (vomissement, suffocation) est sur le point de se produire, c'est-à-dire lorsque la chloroformisation ne marche pas d'une façon régulière. C'est toujours un bon signe à consulter.

M. DE RANSE. On dit généralement que dans les accidents qui

résultent de l'anesthésie chloroformique la cessation des mouvements du cœur précède toujours la suspension de la respiration. Cette règle souffre des exceptions. En voici une preuve. Dans le cours d'une chloroformisation que nécessitait l'ablation d'une tumeur au sein, pratiquée il y a quelques jours par M. Ferdut et par moi, je vis une première fois, le pouls restant normal et la face non altérée, la respiration diminuer sensiblement; je cessai l'inhalation, tout rentra dans l'ordre; à la seconde tentative, le même phénomène eut lieu; je cessai derechef l'administration du chloroforme. Au troisième essai, les accidents furent plus sérieux; et, je le répète, le pouls restant ferme, régulier et la figure normale, la respiration diminua et cessa rapidement. Ce n'est qu'après les plus grands efforts que nous pûmes rappeler le malade à la vie. Ce matin même, des phénomènes semblables eurent lieu pendant une anesthésie pratiquée par M. Nicaise, qui, plus heureux que nous, obtint cependant à la troisième tentative un sommeil chloroformique normal.

M. GALLARD. A propos du rapport de M. Polaillon, j'ai émis cette proposition à savoir : Lorsque, dans les premiers mois de la grossesse, un œuf est expulsé sans déchirures, il y a probabilité pour un avortement naturel; si l'œuf au contraire est déchiré, il y a lieu de penser à un avortement provoqué. M. Blondeau nous a rapporté un fait contraire à cette opinion. Une jeune femme revenant de voyage avait expulsé naturellement un œuf dont les membranes étaient déchirées. Bien que les circonstances mêmes de cette expulsion (frottement de la serviette, séjour prolongé dans des linges souillés de sang) aient pu elles-mêmes donner lieu à la déchirure de l'œuf, je priai néanmoins M. Blondeau de vouloir bien examiner la pièce avec soin, et voici ce qui fut trouvé : il y avait deux débris de muqueuse utérine déchirée et, à côté, un petit œuf intact. Ainsi, malgré certaines circonstances défavorables, ce fait rentre dans les idées émises plus haut. *(A suivre.)*

VARIÉTÉS

Rapport sur un projet de fusion entre différentes sociétés médicales de Paris (1).

Par M. le docteur de RANSE.

Cependant des objections se sont produites au sein même de votre commission, et l'impartialité m'oblige à ne pas les passer sous silence. J'espère d'ailleurs que la réponse qui y a été faite vous paraîtra satisfaisante, comme elle a paru l'être à ceux-là mêmes de nos collègues qui les ont soulevées.

Le nombre, nous a-t-on dit, n'a pas ou n'aura pas l'heureuse influence que vous espérez. On travaille mieux en petit comité, et les sociétés les moins nombreuses sont souvent celles qui produisent le plus : exemple, la Société de biologie, qui compte un petit nombre de membres et qui n'en est pas moins l'une de nos sociétés les plus actives et les plus florissantes.

Messieurs, cette proposition peut être vraie pour les sociétés qui, à l'exemple de la Société de biologie, comptent dans leur sein plus de savants que de praticiens et restreignent le champ de leurs recherches à un point spécial de la science. Ces sociétés, par la nature même de leurs travaux, sont condamnées à ne se recruter que parmi un petit nombre d'hommes d'étude, et c'est dès lors à la valeur seule et à l'activité de leurs membres qu'elles doivent leur prospérité. Mais on ne saurait conclure de ces sociétés à une société en quelque sorte encyclopédique comme la nôtre, qui embrasse dans son programme toutes les branches de la médecine et en poursuit les applications non moins que le développement purement scientifique. Ici le nombre des hommes compétents, pouvant apporter un contingent utile d'observations personnelles, est autrement considérable, et la société ne peut remplir complétement sa mission que si chaque branche, chaque spécialité même y est suffisamment représentée, pour que toute question puisse être débattue et la solution qui en est proposée sérieusement contrôlée. Vous le voyez, dans une telle société le nombre reprend son importance et, s'il me fallait à mon tour appuyer par un exemple l'opinion que je défends, je citerais celui d'une société dont le programme est des plus vastes et qui, comprenant comme nous l'influence du nombre, ouvre largement ses portes à tout homme honorable ami de la science : je veux parler de la société d'anthropologie, qui ne compte pas moins de 500 membres et qui, dans nos relations scientifiques avec l'étranger, soutient si dignement l'honneur de notre pays.

On nous a fait, messieurs, une seconde objection, qui touche plus directement la Société de médecine de Paris. Cette société, nous a-t-on dit, est prospère : ne l'affaiblira-t-on pas, au lieu de la fortifier, en lui adjoignant deux sociétés dont la vitalité est inférieure à la sienne?

La réponse à cette objection est facile. Il suffit, en effet, de remarquer que, dans la fusion en projet, la Société de médecine de Paris ne perd aucun de ses éléments de prospérité, et que, par contre, elle s'enrichit de tous ceux que présentent les deux autres sociétés. J'ai dit plus haut que bon nombre de nos collègues appartiennent déjà à l'une des deux sociétés, quelques-uns même à toutes les deux; je ne crois faire injure à personne en disant qu'ils sont en général, dans chaque société, les membres les plus actifs. Or cette activité que, dans l'état actuel des choses, ils sont obligés en quelque sorte de dédoubler, ils la concentreront dans une seule société; vous voyez, par conséquent, que la vitalité de celle-ci, loin de baisser, ne peut que croître.

J'arrive, messieurs, à une objection d'un autre ordre, d'un ordre qu'on pourrait appeler sentimental, et qui n'en est pas moins respectable. Les sociétés qu'il s'agit de fusionner ont commencé, à quelques années près, avec le siècle. Les sentiments d'estime et de confraternité qui ont animé leurs fondateurs sont passés dans la tradition, se sont fortifiés avec le temps, et les membres actuels forment une véritable famille, au sein de laquelle ils aiment toujours à se retrouver, où ils ont leurs habitudes, leurs affections, où ils rencontrent parfois de pieux souvenirs, car ils s'y succèdent souvent de père en fils. Ce ne sera donc pas, nous a-t-on dit, sans une peine profonde et peut-être sans une certaine résistance, que plusieurs d'entre eux, surtout parmi les aînés, accueilleront une proposition qui ne tend à rien moins qu'à la disparition de la société à laquelle tant de liens les rattachent.

Je l'ai dit et le répète, messieurs, le sentiment qui a dicté cette objection est des plus respectables, mais les intérêts que nous défendons ne le sont pas moins. D'ailleurs on s'exagère, ou plutôt on interprète mal la portée de la fusion que nous examinons en ce moment. Cette fusion, en effet, n'entraînera nullement la disparition des trois sociétés; elle doit être considérée comme une véritable alliance entre les trois familles qu'elles forment, et dans cette alliance tout membre de chaque famille conservera ses souvenirs, ses habitudes, ses amitiés : seul le cercle de ces amitiés aura été agrandi. Si quelque autre membre jouit d'une situation particulière, elle sera respectée. Par exemple, M. Larrey a le titre de président honoraire de la Société d'émulation : vous serez tous, sans nul doute, d'accord pour conserver à notre éminent confrère ce titre, en l'étendant à la société qui sortira de la fusion. Le nom des trois sociétés ne disparaîtra pas davantage; le nom collectif que vous aurez adopté devra être, en effet, suivi en sous-titre de celui de chaque société ayant concouru à former la grand famille. Enfin, à ceux que le culte du passé tendrait, malgré tout, à éloigner de nous, on pourrait offrir l'honorariat, et il y a lieu d'espérer qu'ainsi la fusion générale ne s'achètera au prix d'aucune séparation individuelle.

Telles sont, messieurs, les objections auxquelles nous avons eu à répondre et qu'il m'a paru de mon devoir de rapporteur d'examiner devant vous. Je ne crois pas nécessaire d'ajouter de nouveaux développements à ceux qui précèdent, et qui sont déjà bien longs, pour démontrer les avantages de la fusion. J'espère que cette démonstration est faite désormais pour chacun de vous, et je passe immédiatement aux moyens d'exécution.

Sur ce point, je serai très-bref, d'autant plus que votre commission n'a pas reçu de mandat pour rechercher et vous proposer une solution définitive, cette solution étant naturellement subordonnée à votre vote sur la question de principe. Je me bornerai donc à quel-

(1) Fin. — Voir le numéro du 29 mai.

ques indications générales qui suffiront néanmoins pour vous montrer que l'exécution du projet soumis à vos délibérations ne présente pas autant de difficultés qu'on pourrait le penser.

Et d'abord, si l'on examine l'état actuel des trois sociétés, les statuts et les règlements qui les régissent, le nombre de leurs membres, le chiffre du capital social, le montant de la cotisation annuelle, on voit qu'il existe entre elles la plus grande analogie. Il sera donc facile de mettre en harmonie leurs statuts et leurs règlements sans modifier profondément leur constitution présente, et, dans l'apport qu'elles feront de leurs fortunes respectives, aucune n'aura, relativement aux deux autres, à revendiquer de supériorité ni à subir d'infériorité : ce sont là, évidemment, des conditions excellentes pour opérer une fusion.

Les sociétés savantes règlent généralement à la fin de l'année leur situation morale et financière. Il est tout naturel d'attendre cette sorte de liquidation annuelle pour rendre la fusion effective ; c'est donc après le 1er janvier que devra être inaugurée la nouvelle organisation. Mais aussitôt que la fusion aura été adoptée en principe de part et d'autre, il sera bon que les trois sociétés se communiquent réciproquement la liste officielle de leurs membres et ne fassent plus d'élection. Elles nommeront dans leur sein chacune trois délégués qui, réunis aux délégués des deux autres sociétés, formeront une commission ayant pleins pouvoirs pour signer le contrat, et chargée, en outre, de préparer un projet de statuts sur lequel les trois sociétés seront appelées à délibérer, en assemblée générale, dans le courant du mois de novembre ou de décembre. Dès la première séance de janvier, la société nouvelle pourra ainsi inaugurer le cours régulier de ses travaux. Permettez-moi de n'aborder ici aucune question de détail ; ce serait empiéter sur les attributions de la commission dont je viens de parler.

En résumé, messieurs, et comme conclusions de tout ce qui précède, la commission dont je suis l'organe a l'honneur de vous proposer :

1° D'adopter en principe la fusion entre la Société de médecine de Paris, la Société médicale d'émulation et la Société médico-pratique, en réservant pour l'avenir la question de savoir si vous devrez étendre à d'autres sociétés l'application du même principe.

2° De désigner parmi vous trois délégués, qui auront pleins pouvoirs de traiter en votre nom avec les deux autres sociétés, représentées par un nombre égal de membres, et, de concert avec ces derniers, prépareront un projet de statuts sur lequel les trois sociétés, réunies en assemblée générale, seront appelées à délibérer avant le 1er janvier prochain.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation. — Chirurgie et accouchements. Leçon de pathologie d'une heure après vingt-quatre heures de préparation :

Samedi, 29 mai. — M. Terrillon : *Des plaies de la main.* — M. Richelot : *Tumeurs sanguines péri-utérines.*

Mardi, 1er juin. — M. Humbert : *Des ulcères.* — M. Jullien : *Des varices lymphatiques.*

Jeudi, 3 juin. — M. Monod : *Comparaison entre la lithotritie et la taille.* M. de Soyre : *De l'hydrocéphalie dans les cas de dystocie.*

— *Faculté de médecine de Paris.— Conférences pratiques d'histoire naturelle médicale.* — M. Mussat a commencé ses conférences pratiques d'histoire naturelle médicale le vendredi 4 juin, à trois heures, dans le petit amphithéâtre, et les continuera le vendredi de chaque semaine, à la même heure.

— *Faculté de médecine de Paris. — Cours d'histoire naturelle médicale.* — M. Baillon, professeur, fera sa prochaine herborisation le dimanche 6 juin, à Montmorency. — Rendez-vous à la gare du Nord. Départ pour Enghien par le train de huit heures cinquante-cinq minutes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'intoxication saturnine chronique, par le docteur Renaut. Thèse présentée au concours pour l'agrégation. — In-8° avec 9 tracés sphygmographiques. Prix : 4 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Recherches expérimentales sur le rôle physiologique et thérapeutique de la pancréatine, par Th. Dufresne, pharmacien de première classe. — 1 vol. in-18. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.






Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Bouchut adresse une note intitulée : *Nouvelle méthode de traitement du rhumatisme cérébral par l'hydrate de chloral.*

« Le déplacement du rhumatisme articulaire aigu, dit M. Bouchut, et son transport dans les membranes du cerveau, appelé *rhumatisme cérébral ou méningite rhumatismale*, est généralement *fort grave.*

L'anatomie pathologique et l'ophthalmoscopie prouvent que cette complication du rhumatisme articulaire aigu n'est qu'une des formes de la méningite. L'examen des membranes du cerveau revèle une stase veineuse considérable avec une infiltration opaline de la pie-mère causée par de nombreux leucocythes.

L'ophthalmoscope, qui permet de suivre dans le fond de l'œil les développements des altérations de la substance cérébrale et des méninges, fait découvrir une infiltration séreuse de la papille et de la rétine avoisinante, une dilatation des veines rétiniennes, qui représentent des altérations semblables de la pie-mère et du cerveau.

Le rhumatisme du cerveau s'annonce par un délire plus ou moins violent, se terminant par le coma et par une asphyxie, parfois très-rapide, pouvant entraîner la mort en quelques heures.

Dans trois cas de ce genre, la guérison a été obtenue à l'aide de l'hydrate de chloral pris par la bouche à la dose de 3 à 6 grammes en une ou deux fois, coup sur coup, de façon à obtenir un apaisement immédiat de l'agitation offerte par les malades. »

— M. Feltz adresse une nouvelle note *sur le principe toxique du sang putréfié*. Après avoir laissé pendant trois mois du sang en contact avec l'air, M. Feltz a vu les spirilles, les vibrions, les bactéries disparaître peu à peu, et bientôt il ne restait plus dans le liquide que des débris de bâtonnets et des grains immobiles. Ce sang modifié fut injecté dans la veine crurale de six chiens. Tous ces animaux perdirent l'appétit, eurent des vomissements, des selles sanguinolentes. Quatre d'entre eux succombèrent du dixième au douzième jour; les deux autres se rétablirent. A l'autopsie, on trouve dans le sang des bactéries et des cocobactéries. M. Feltz pense que ces organismes proviennent des germes que le liquide injecté contenait et qui se seraient développés dès qu'ils auraient trouvé un milieu favorable.

Pour confirmer cette manière de voir, M. Feltz a exposé le même sang dont il s'était servi à l'action du soleil, et lorsqu'il a été réduit à une consistance pâteuse, il l'a desséché et réduit en poudre. Cette poussière mélangée à 2 ou 3 grammes d'eau distilée a été injectée dans la veine crurale de trois chiens. Après le quatrième jour ces animaux présentèrent les mêmes symptômes que M. Feltz avait constatés chez les six autres chiens et deux d'entre eux succombèrent du dixième au douzième jour. Le sang examiné immédiatement après la mort renfermait des bactéries et des cocobactéries.

M. Feltz conclut de ces faits que le sang ayant passé par toutes les périodes de la putréfaction jusqu'à sa dessiccation en plein air, détermine toujours, au bout d'un certain temps d'incubation, les accidents de la septicemie, et que, par conséquent, on doit admettre qu'il reste dans les matières inoculées des germes qui, introduits dans le sang normal, y développent le travail septique dont les infiniment petits sont l'indice le plus certain.

Dr E. Fournié.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. E. Guibout.

Classification des maladies de la peau d'après leurs lésions anatomiques.

Leçon recueillie par M. Muzelier, interne du service.

Messieurs,

Dans la précédente leçon, nous avons étudié les maladies de la peau au point de vue de leur diagnostic et des difficultés dont le diagnostic est entouré. Je me propose aujourd'hui de vous exposer la généalogie des dermatoses, en d'autres termes de vous montrer comment ces affections ressortent d'un certain nombre de lésions anatomiques qu'il nous faut connaître sous peine de nous perdre dans une confusion sans issue. Ces lésions anatomiques, les anciens dermatologistes, tels que Willan, Bateman, Biett, Alibert, leur avaient donné le nom de *lésions élémentaires*. Eh bien, nous verrons toutes les affections cutanées sortir par groupes de ces lésions. Nous les verrons s'en détacher comme on voit les branches d'un arbre sortir du tronc qui les supporte. Nous allons donc prendre une vue d'ensemble des maladies de la peau, en les envisageant au point de vue de leur généalogie.

Or cette vue d'ensemble, s'appliquera d'abord aux lé-

sions primitives, réunies en un seul tableau sous nos yeux. Elle nous montrera ensuite comment chacune de ces lésions peut subir diverses modifications dans sa forme, sa manière d'être, son développement et sa durée pour donner naissance aux divers affections qui en émanent.

Quelles sont donc ces lésions primitives ?

Elles sont au nombre de huit : 1° les *vésicules ;* 2° les *bulles ;* 3° les *pustules ;* 4° les *papules ;* 5° les *tubercules ;* 6° les *squames ;* 7° les *ulcérations ;* 8° les *colorations.* Ajoutons-y les *croûtes* et les *cicatrices* qui sont la conséquence de quelques-unes de ces lésions. Nous aurons la souche de l'arbre généalogique que nous allons étudier dans sa tige et dans ses branches.

Des lésions primitives et de la manière dont elles donnent lieu à la formation des diverses maladies de la peau.

1° La *vésicule.* — La vésicule consiste en un soulèvement épidermique peu considérable, de la grosseur d'un grain de millet à une petite lentille, formée par une sérosité plus ou moins transparente. Elle est *primitive* ou *secondaire.* — *Primitive* si elle s'élève sur une peau saine, comme la vésicule de la gale ; *consécutive* si elle naît, au contraire, sur une surface déjà enflammée, comme dans l'herpès, l'eczéma, la miliaire.

La durée de la vésicule est variable : elle peut être de plusieurs jours, comme cela s'observe pour la gale et l'herpès, ou bien passagère, essentiellement transitoire et fugace, comme dans l'eczéma. Elle se termine soit par la résorption du liquide qu'elle contenait, soit après son ouverture, par la concrétion, sous forme de squames ou de croûtes, de ce liquide.

Dans le premier cas, guérison rapide ; dans le second, persistance de la sécrétion du liquide, formé d'abord dans la vésicule, et qui plus tard se fait aux dépens de l'ulcération superficielle, conséquence de la rupture de cette vésicule. Il est des vésicules qui ne s'ouvrent point, mais dont le contenu se concrète en formant des croûtes, qui tombent à leur tour quand la guérison est accomplie. Il en est ainsi pour la *varicelle.* Dans l'arbre dermatologique, cinq affections reconnaissent la vésicule pour point de départ. Ce sont : 1° l'*eczéma* ; 2° la *gale ;* 3° l'*herpès ;* 4° la *varicelle ;* 5° la *miliaire.* Après avoir étudié les caractères principaux de la vésicule, nous allons voir comment, par les modifications qu'elle subit, elle donne naissance aux différentes affections cutanées dont elle est la lésion primitive.

Si nous voyons, par exemple, sur une surface dermique intacte apparaître des vésicules acuminées, petites, isolées, saillantes, présentant un sillon à leur base, s'accompagnant d'un prurit qui redouble le soir ou à la chaleur du lit, à ces caractères nous reconnaîtrons la vésicule de la gale. Si, au contraire, elles s'élèvent sur un fond érythémateux, si elles sont confluentes, larges, arrondies, durables, remplacées par des croûtes jaunes ou brunâtres, alors nous aurons affaire à l'herpès et à ses diverses formes. D'autres fois nous verrons des vésicules petites, acuminées, confluentes, nées sur une surface érythémateuse plus ou moins vaste, ne présentant qu'une durée éphémère et formant, après dessiccation de leur contenu, des croûtes lamelleuses recouvrant des ulcérations superficielles qui donnent lieu à la même sécrétion : tels seront les caractères de l'*eczéma.* Ou bien les vésicules seront petites, arrondies, de la grosseur d'un grain de millet, éparses sur une surface large et érythémateuse, coïncidant dans leur apparition avec quelques phénomènes généraux : nous aurons alors affaire à la *miliaire,* affection aiguë. Enfin si les vésicules sont larges, isolées, à base érythémateuse, d'une durée de deux ou trois jours, et remplacées par des croûtes persistantes, alors nous pourrons dire que nous sommes en présence de la *varicelle.* Vous le voyez donc, messieurs, la vésicule est bien la lésion primitive des cinq affections que nous venons de passer en revue.

2° La *bulle.* — Élargissons la vésicule par la pensée, agrandissons ses proportions, donnons-lui la grosseur d'une lentille ou la grosseur d'une pomme d'api, et nous aurons la *bulle.* Nous définirons donc la bulle un soulèvement épidermique d'un volume variable, toujours plus considérable que celui de la vésicule, formé par la sécrétion à la surface du derme d'un liquide séreux ou séro-purulent. Tantôt la bulle, en s'ouvrant, laisse après elle une ulcération superficielle recouverte d'une croûtelle amincie et foliacée qui ne donne lieu, après sa chute, à aucune cicatrice appréciable. Tantôt, au contraire, le liquide renfermé dans la bulle se concrète en formant des croûtes épaisses, noires, persistantes, d'une durée très-longue, au-dessous desquelles existent des ulcérations profondes, qui laissent plus tard après elles des cicatrices indélébiles. Dans le premier cas, la bulle constitue le *pemphigus,* dans le second elle constitue le *rupia* : ce sont là les deux affections qui reconnaissent la bulle comme lésion primitive.

3° La *pustule.* — Reportons-nous maintenant à la description de la vésicule, mais supposons cette vésicule remplie par du pus et élevée sur une surface enflammée, et nous aurons la *pustule.* Nous dirons donc que la pustule est un soulèvement épidermique formé par du pus. La durée de la pustule est variable : tantôt on la voit s'ouvrir et disparaître au bout d'un temps très-court, parfois quelques heures seulement, comme dans l'*impétigo,* tantôt on la voit durer plusieurs jours, comme dans l'*ecthyma.* Il en est de même pour la forme et la disposition que les pustules peuvent affecter. C'est ainsi qu'elles se montrent petites, acuminées, confluentes dans l'*impétigo,* larges, au contraire, et éloignées les unes des autres dans l'*ecthyma.* Le pus qu'elles renferment se concrète et forme des croûtes de coloration et de persistance variables, qui laissent parfois après elles des cicatrices indélébiles, comme dans la variole ou l'acné boutonneuse, tandis que, dans d'autres cas, elles disparaissent sans laisser aucune trace de leur évolution. Telle est l'histoire de la pustule, étudiée dans ses caractères principaux.

Voyons maintenant comment, par une série de modifications imprimées à sa manière d'être, à son volume, à sa durée, elle va donner naissance aux affections dont elle est la lésion primitive.

Les affections cutanées dans lesquelles nous aurons à étudier la pustule comme lésion primitive sont ou nombre de six. Ce sont : la *variole,* la *varioloïde,* l'*impétigo,* l'*ecthyma,* l'*acné pustuleuse,* le *sycosis.* La maladie présente-t-elle, au milieu d'un cortége de phénomènes généraux plus ou moins graves, tels que céphalalgie, fièvre, rachialgie, une éruption caractérisée par des pustules plus ou moins confluentes, à sommet ombiliqué, nées sur des élevures papuleuses, s'ouvrant à un certain moment de leur évolution pour laisser échapper un contenu purulent qui formera des croûtes noirâtres, à la place desquelles on verra se produire parfois des cicatrices indélébiles, alors nous reconnaîtrons la *variole.*

Ces mêmes caractères se retrouveront dans la varioloïde avec un peu moins de gravité, toutefois, dans les manifestations générales ou locales. Les pustules sont-elles isolées, volumineuses, larges à leur base, entourées d'un cercle inflammatoire, renfermant un pus grisâtre qui se concrète en donnant lieu à la formation de croûtes noirâtres, ces pustules mettent-elles un, deux ou trois jours à parcourir leur évolution, à ces caractères nous re-

connaîtrons l'*ecthyma*. Si, au contraire, elles sont petites, acuminées, confluentes, d'une durée à peine appréciable tant elle est courte, si elles sont développées sur une surface érythémateuse, et si elles présentent un contenu jaunâtre qui ne tarde pas à se déverser au dehors en formant des croûtes, jaunâtres aussi, dont l'apparence rappelle celle du miel, alors nous dirons que l'ensemble de ces caractères constitue le genre *impetigo*. Enfin, si elles émergent sur le fonds érythémateux chronique de la couperose, si elles affectent elles-mêmes une forme chronique, et qu'elles se produisent au sommet d'une induration tuberculeuse, à ces caractères nous reconnaîtrons la *pustule acnéique*, Et, de même pour les pustules du sycosis, nous reconnaîtrons leur véritable nature lorsque nous les verrons s'élever sur les tubercules sycosiques ou mentagreux, ou bien former une agglomération profonde et confluente divisée en autant de petits foyers différents qu'il y a de follicules pilifères.

4° La *papule*. — La *papule* est une tuméfaction plus ou moins volumineuse de la couche superficielle du derme : elle a son siége dans le corps papillaire et se présente soit sous forme discrète, soit sous forme confluente. La durée des papules est variable, indéfinie en quelque sorte dans les affections chroniques dépourvues de caractère inflammatoire, elle peut être beaucoup plus courte, de huit à quinze jours dans les affections à marche aiguë. Lorsqu'elles s'affaissent, elles laissent souvent après elles une tache pigmentaire du derme qui peut aussi s'épaissir et s'indurer au niveau de la place qu'elles occupaient, lorsque leur durée a été longue. La peau revêt alors une teinte bistrée noirâtre qui lui donne l'aspect d'une peau de pachyderme. Les affections qui reconnaissent la papule pour point de départ sont au nombre de trois : le *strophulus*, le *lichen*, le *prurigo*. Le strophulus est le plus souvent une maladie de l'enfance. Les papules y sont roses, saillantes, élevées sur un fond légèrement érythémateux, elle s'accompagnent de cuisson et de démangeaison, en un mot elles présentent quelque chose d'inflammatoire qui justifie l'expression populaire de *feux de dents* appliquée à cette maladie. On observe quelquefois le strophulus chez l'adulte, notamment chez les femmes à l'époque menstruelle. Les papules du *lichen aigu* sont acuminées et confluentes, elles siégent sur une surface enflammée, et de préférence sur les points où la peau est fine et humide, comme aux plis articulaires. Celles du *lichen chronique* offrent les mêmes caractères extérieurs, mais dégagés de tout élément inflammatoire.

Le prurigo affecte, au contraire, les régions où la peau se distingue par son épaisseur et sa sécheresse : les papules sont isolées, larges de base, elles présentent à leur sommet un petit caillot noir résultant d'une extravasation sanguine provoquée par le grattage. Tels sont les caractères que présente la papule dans les affections que nous venons de passer en revue.

(*A suivre.*)

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES.

M. DE SAINT-GERMAIN

Périostite phlegmoneuse. — Résection du péroné.

Messieurs,

Nous allons opérer à l'issue de la leçon une enfant de quatre ans, atteinte d'une nécrose du péroné. Le début de l'affection a été assez obscur et le diagnostic difficile et longtemps incertain. Vous allez en juger par son histoire :

Cette enfant est entrée le 4 août 1874 ; elle est couchée au n° 29 de la salle Sainte-Pauline. Le médecin qui nous l'adressait avait cru à une fracture par diastasis du péroné. Malgré des recherches minutieuses, nous n'avons pu constater l'existence de cette fracture. Il existait un gonflement assez considérable à la partie moyenne et à la face externe de la jambe droite : gonflement mal limité, avec tension de la peau et douleur vive à la pression; cette douleur s'étendait suivant toute la longueur du péroné et n'avait de maximum d'intensité en aucun point. La fièvre était assez vive, et les symptômes généraux étaient ceux d'un état gastrique. La constitution de l'enfant nous parut assez mauvaise : en effet, elle est très-blonde, sa peau est pâle, transparente, le bord des paupières rouge et tuméfié; enfin, tous les attributs d'un tempérament lymphatique, mais pas de manifestations scrofuleuses. Nous pensâmes à un phlegmon diffus, dont le point de départ restait obscur. On nous dit bien que l'enfant était tombée deux ou trois jours auparavant; mais, comme il n'existait aucune trace de contusion, nous n'avons pu faire la part de cet accident.

Nous fîmes deux larges incisions profondes qui donnèrent issue à du pus mêlé de sang et de débris de tissu cellulaire. Le doigt introduit dans la plaie nous fit constater un décollement assez étendu des muscles, mais pas de dénudation osseuse. Un drain fut passé dans la plaie, et des injections détersives furent faites pendant plusieurs jours.

L'empâtement et les autres signes inflammatoires disparurent lentement. Le recollement des parties ne se faisait pas, pourtant la suppuration avait diminué ; le drain fut retiré, et un pansement ouaté compressif fut appliqué sur la jambe. A ce moment, l'état général était assez satisfaisant, la fièvre était tombée, l'appétit et le sommeil étaient bons. On continua la compression pendant près de trois semaines, et comme il ne restait plus que deux petites plaies, nous crûmes pouvoir la remplacer par un pansement simple (glycérine, alcool et eau ââ P. E.).

Deux jours après, des phénomènes gastriques se présentèrent de nouveau : l'enfant eut un frisson, des vomissements, de la fièvre, de l'insomnie, et le matin, à la visite, on constata une angioleucite réticulée parfaitement caractérisée.

En quelques jours les plaies devinrent fongueuses, et de petits abcès fistuleux se formèrent le long du péroné. On put alors arriver sur l'os dénudé et constater que sa surface était devenue rugueuse et irrégulière; le choc du stylet produisait le bruit sec de la nécrose; mais il était impossible de mobiliser les séquestres. Nous fîmes alors une opération analogue à l'ignipuncture de M. Richet; des cautères actuels furent introduits jusqu'à l'os et éteints dans les plaies.

Après la chute des escarres, les plaies restèrent blafardes et sans tendance à la cicatrisation.

Nous attendîmes encore l'élimination spontanée des séquestres, mais notre espoir fut trompé, et nous nous décidâmes à une opération réglée.

Messieurs, nous avons suivi pas à pas l'évolution de la maladie : nous avons eu au début des signes de phlegmon diffus; aujourd'hui nous avons affaire à une nécrose très-nette du péroné. Cherchons maintenant à saisir l'enchaînement des phénomènes observés, afin de porter un diagnostic raisonné: nous écartons, bien entendu, toute idée de fracture.

Avons-nous eu affaire à une nécrose d'emblée donnant lieu à un phlegmon au moment de l'élimination du séquestre? Non évidemment, la marche a été tout à fait opposée. L'enfant a été prise, à la suite d'une chute, de phénomènes généraux inflammatoires; un phlegmon profond s'est déclaré à la jambe droite; or, à ce moment-là, nous n'avons pas constaté de dé-

nudation osseuse, ce qui aurait eu lieu infailliblement si l'os avait été le point de départ de la maladie. Nous croyons, au contraire, que l'inflammation s'est étendue par contiguïté du périoste à l'os, et que la lésion osseuse est la suite du phlegmon; c'est du reste le cas le plus ordinaire. Mais ce fait ne rentre-t-il pas dans une des variétés de la périostite phlegmoneuse diffuse des auteurs?

C'est là une maladie qui affecte surtout les os longs; qui est spéciale à l'enfance ou à l'adolescence; elle débute le plus souvent sans cause connue. Une constitution lymphatique ou une hygiène insuffisante paraissent être les causes prédisposantes habituelles. Jusqu'ici il n'y a rien qui ne puisse s'appliquer à notre cas.

Maintenant nous savons que les auteurs ont décrit deux variétés de cette affection, en se basant à la fois sur la gravité relative des symptômes locaux, et surtout sur l'état général, inflammatoire dans certains cas, et typhoïde dans les autres.

Avons-nous eu affaire à la variété typhoïde? Je ne le crois pas; car si notre petite malade a présenté quelques symptômes généraux graves, frisson, fièvre, vomissements, elle n'a jamais eu la dépression des forces, le délire, la diarrhée et l'amaigrissement qui caractérisent la forme typhoïde. Nous n'avons pas eu cette période médicale sur laquelle ont insisté les auteurs et, en particulier, M. Gosselin.

Dans les phénomènes locaux, nous ne trouvons pas non plus la gravité que l'on rapporte à la forme typhoïde. Les articulations de notre malade sont restées intactes, la douleur a été vive, mais n'a jamais présenté ce caractère térébrant qui fait dire aux malades qu'on leur brise les membres.

Le début insidieux, les phénomènes locaux et généraux purement inflammatoires nous autorisent à porter le diagnostic : périostite phlegmoneuse diffuse inflammatoire.

Quel sera notre pronostic?

Dans les cas graves, la nécrose s'étend à tout le corps de l'os, et quelquefois les épiphyses se disjoignent, ce qui a valu à la maladie le nom d'ostéite juxta-épiphysaire. Si l'on n'intervient pas vigoureusement, le malade succombe épuisé par une suppuration interminable. Chez notre malade, le péroné seul est atteint, et les articulations voisines sont indemnes. Quelle est au juste l'étendue de la nécrose? C'est ce qu'il nous est impossible de préciser. Si nous n'intervenons pas, il nous faudra attendre fort longtemps l'élimination des séquestres, en admettant qu'elle se fasse spontanément. Vous avez vu qu'une première tentative destinée à provoquer cette élimination a été infructueuse. De plus nous laissons notre malade exposée à tous les accidents qu'entraîne une suppuration prolongée, et pour lesquels sa constitution est un terrain favorable. Pratiquerons-nous la résection sous-périostée préconisée par Giraldès, Holmes, etc.? Nous ne voulons point prendre de détermination à l'avance. Nous allons appliquer d'abord la bande d'Esmarck; puis nous ferons une incision réunissant toutes les fistules et pénétrant jusqu'à l'os. Le péroné une fois mis à nu, nous ruginerons seulement les points malades si la plus grande partie de l'os est sain. Si, au contraire, nous le trouvons malade dans toute son étendue, nous l'enlèverons complétement. Je ne crois pas que nous ayons de grandes difficultés opératoires à vaincre. Après l'opération le membre sera placé dans une gouttière plâtrée préparée à l'avance et pansé à l'eau alcoolisée.

Nota. — L'état local et général de la malade, aujourd'hui 27 novembre, est aussi satisfaisant que possible.

VARICES TRAUMATIQUES DES PAROIS ABDOMINALES

Par M. le docteur DE BEAUVAIS.

Les varices abdominales, dont l'origine reconnaît une cause traumatique sont rares, relativement aux varices qui sont l'expression symptomatique des affections pelvi-abdominales, maladie du foie, hydropisie enkystée de l'ovaire, polypes utérins, anévrysmes de l'aorte descendante, tumeurs scrofuleuses, cancéreuses, qui compriment les veines cave et iliaque, comme Baillie et J. Cloquet en ont cité des exemples. A ce titre spécial, j'ai cru digne de l'intérêt de la Société de médecine de Paris la communication des observations suivantes :

Un homme âgé de quarante-sept ans, terrassier, entre à l'infirmerie de Mazas, dans le cours du mois de mai 1874. Quelques jours auparavant, il a, dans une rixe, reçu à bout portant, dans l'œil droit, un coup de pistolet, qui n'était, fort heureusement, que chargé à poudre. Il en est résulté, outre un épanchement considérable dans l'épaisseur des paupières et du tissu sous-conjonctival, une plaie linéaire de la cornée qui guérit assez facilement au bout de six semaines, par un traitement approprié. Mais le malade continue à se plaindre de faiblesse, malgré son apparente vigueur, d'étourdissements et de fréquents vertiges. Un examen complet du malade nous révèle une hypertrophie du cœur, des varices superficielles très-considérables de la paroi abdominale et une déformation de la hanche gauche, déformation que cet homme attribue à un grave accident, survenu en 1859, il y a quinze ans.

Voici, du reste, l'historique aussi exact que possible de ses antécédents.

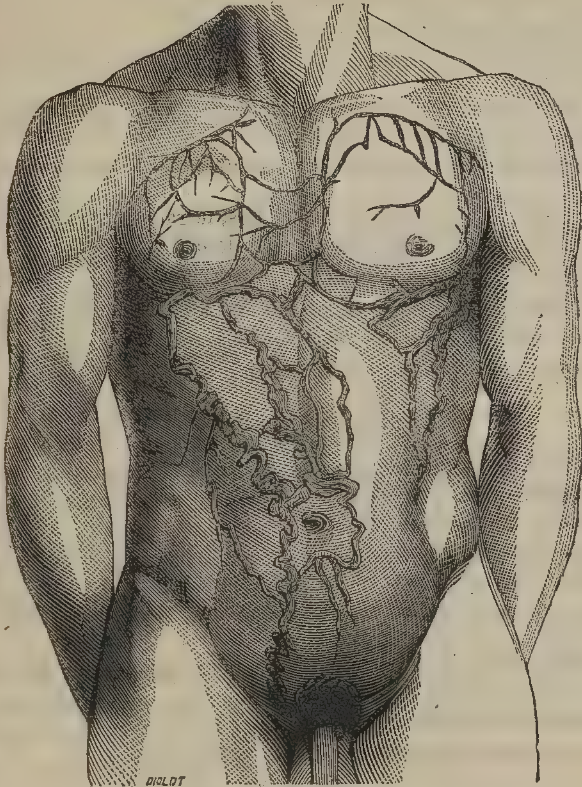
Cet homme, d'une taille au-dessus de la moyenne, large d'épaules, le cou développé, au visage très-coloré, semble, de prime abord, devoir jouir d'une force peu commune. Il est Belge d'origine; à l'âge de quatre ans, il tomba dans le feu. La région externe du bras gauche fut brûlée. On y constate encore des cicatrices adhérentes au coude. Ce bras est resté plus faible que le droit. Notre malade vient en France vers l'âge de vingt-quatre ans. Employé comme ouvrier dans une fabrique, il eut le malheur de perdre le médius tout entier, et la dernière phalange de l'index de la main gauche, saisie dans un engrenage. Sa robuste constitution triompha aisément de cet accident redoutable.

Enfin, en 1859, il travaillait comme terrassier dans une gare de chemin de fer. Il fut violemment tamponné par un vagon lourdement chargé, pour ainsi dire roulé entre ce vagon et une masse d'énormes pierres. De là, il fut transporté plus mort que vif à son domicile. Il fut obligé de garder le lit plus de deux mois, pour guérir, dit-il, de ses terribles contusions. Il ne peut nous renseigner plus exactement sur la nature des lésions produites par ce cruel accident. Il ajoute seulement que, depuis cet événement, il est resté beaucoup plus faible qu'auparavant. Quinze ou vingt mois après, les forces diminuant toujours, H... se sentit un jour, au milieu de son travail, pris d'étourdissements et de douleur précordiale violente. On fut alors obligé de le transporter chez lui, refroidi, la face cyanosée et les veines du cou fortement turgescentes. Il fut plus de trois ans sans pouvoir se remettre au travail. Il était alors fréquemment exposé à des accidents d'asphyxie imminente; la cyanose devenait manifeste, la suffocation extrême; et les veines superficielles des régions cervicale et abdominale devenaient apparentes, très-grosses même. Peu de temps après, selon son récit que nous sommes obligé de reproduire, de véritables varices abdominales énormes apparurent. Il prétend qu'il était facile de constater, en même temps, des varices cervicales. Au bout de quelques années, les varices qui, jusque-là, avaient suivi une période d'accroissement progressif, commencèrent à diminuer graduellement de volume, les varices cervicales surtout, dont on ne trouve plus trace aujourd'hui. Les accidents asphyxiques devinrent moins fréquents; et, les forces reparaissant peu à peu, cet homme reprit son travail qu'interrompit tout à coup l'accident cité au début de l'observation.

Ces renseignements connus et établis, examinons avec soin et les varices et l'état du bassin.

Varices abdominales. — Nous n'avons rien à dire des varices cervicales qui, jadis, très-volumineuses, au dire du malade, ont tota-

lement disparu aujourd'hui. Il n'en est pas de même des varices abdominales qui ont, il est vrai, diminué de volume, mais qui sont encore très-visibles et présentent des dispositions anatomiques remarquables (1).



Ce qui frappe l'œil, au premier abord, c'est une varice superficielle, sous-cutanée, volumineuse, unique, décrivant de nombreuses sinuosités; et qui, partant de la droite du pubis, s'élève sur la paroi abdominale, presque directement jusqu'à l'ombilic, où elle se bifurque :

1° La varice externe la plus développée, qui a le calibre d'une grosse plume d'oie, se dirige de bas en haut et de dedans en dehors, jusqu'au niveau de l'aisselle, où elle disparaît progressivement;

2° La varice interne, moins volumineuse, se dirige en ligne presque droite jusqu'au-dessous du mamelon droit, où on la voit se perdre. Cette varice offre à son origine un paquet variqueux de la grosseur d'un œuf de poule, une espèce de varicomphale; d'autre part, à sa terminaison, elle envoie :

1° Vers la région médiane du sternum, des anastomoses nombreuses, mais petites, avec les varices du côté gauche;

2° Des anastomoses qui, peu visibles aujourd'hui, ont évidemment relié les varices abdominales aux varices cervicales maintenant disparues.

Du côté gauche, en bas, les varices formées par les veines sous-cutanées abdominales sont beaucoup plus petites, et leur trajet est rectiligne. Au niveau du sternum et au-dessous du mamelon gauche, on peut constater l'état anévrysmatique des capillaires veineux anastomosés avec ceux du côté opposé. La coloration rouge noirâtre de la peau trahit leur présence. On aperçoit dans l'aisselle une veine variqueuse aussi volumineuse et presque aussi sinueuse que celle du côté droit.

Aux bras et aux jambes, on trouve bien les veines superficielles un peu saillantes; mais leur trajet est régulier et n'indique pas de développement variqueux.

Au niveau de la symphise pubienne, les poils qui ont, à gauche, conservé leur coloration sont, à droite, depuis plusieurs années, devenus tout à fait blancs, et forment un groupe, au niveau de la terminaison de la varice, dont la coloration tranche complétement avec celle des poils voisins.

(1) Ce dessin est dû à l'obligeance de M. Reve, pharmacien de Mazas.

J'ai examiné avec le plus grand soin le cœur et les gros vaisseaux qui en naissent; je n'ai rien trouvé dans ceux-ci.

Le cœur est évidemment atteint d'hypertrophie concentrique. Les battements sont sourds, profonds, mais réguliers sans intermittence.

On ne constate aucune altération des valvules, aucun bruit de souffle. Le malade prétend qu'à chaque pulsation artérielle, c'est-à-dire à chaque systole ventriculaire, il éprouve une secousse générale, qu'il compare à un battement.

Les poumons sont à l'état normal. Le foie et les viscères abdominaux ne présentent rien à noter.

Du côté du bassin, on est frappé d'une déformation évidemment traumatique accidentelle de l'os iliaque gauche. La hanche gauche est plus basse que la droite. On constate facilement un enfoncement partiel du corps de l'os iliaque gauche et une déviation de la partie médiane correspondante de la crête. Pour nous, ce sont là des signes manifestes de la fracture de l'ilium à sa partie moyenne, dont la cause remonte à 1859, lorsque cet homme a été tamponné par un vagon chargé de pierres.

En présence de cet examen complet du malade, il nous semble logique et rationnel d'attribuer ce désordre dans le système veineux général, ce développement extraordinaire de circulation collatérale au trouble apporté dans la circulation de la veine cave inférieure par l'ébranlement causé dans tout le bassin, à la suite de l'accident du tamponnement par le vagon. Trouble apporté par une oblitération de la veine cave inférieure, au niveau de sa division en veines iliaques primitives.

La circulation veineuse gênée, arrêtée dans son cours ascensionnel, s'est rétablie, grâce au concours des épigastriques et des veines sous-cutanées abdominales.

C'est là, pour nous, la cause évidente et l'origine réelle de ces varices abdominales considérables, qui ont servi par leurs anastomoses nombreuses avec les veines mammaires internes et les axillaires, à verser dans la veine cave supérieure le sang des membres inférieurs. L'absence de lésions sur le trajet de la veine cave supérieure, d'altérations de l'aorte et des orifices du cœur, la persistance actuelle des varices abdominales me permettent de conclure que c'est bien de *bas en haut* qu'a marché la circulation réparatrice collatérale, et non de *haut en bas* comme dans les oblitérations de la veine cave supérieure par des tumeurs intra-thoraciques.

Nous pouvons rapprocher de ce fait le cas remarquable cité par le professeur Cruveilhier dans son *Anatomie pathologique* et représentée dans la seizième livraison, planche 6.

B..., âgé de quarante-huit ans, ancien militaire, entré à l'hôpital Saint-Antoine pour une maladie qui offrait tous les signes rationnels et sensibles d'un squirrhe au pylore, présenta sous les téguments de l'abdomen une dilatation veineuse bien digne de fixer l'attention.

Sous la peau rampaient en zigzag de grosses veines semblables à de grosses sangsues, contournées sur elles-mêmes à la manière des circonvolutions cérébrales. Cette disposition s'étendait depuis le pubis et les arcades fémorales jusqu'à l'ombilic, où existait un renflement du volume d'une orange de moyenne grosseur, surmonté d'une sorte d'appendice, représentant assez bien une hernie ombilicale : de ce renflement partaient deux veines un peu moins flexueuses et moins volumineuses que les précédentes. Ces veines pouvaient être suivies jusqu'à l'appendice xyphoïde, où elles se perdaient en devenant profondes. La tumeur formée par cette réunion de veines dilatées représentait la tête de Méduse, dont parle M. A. Séverin; sa teinte était violacée, sa consistance molle; elle s'affaissait par la compression et n'avait jamais fait éprouver aucune douleur. Lorsqu'on faisait tousser le malade, on voyait la tumeur de l'ombilic (cirsomphale ou varicomphale) éprouver une dilatation notable. Le stéthoscope appliqué sur la tumeur faisait entendre un bruissement léger.

Voici les renseignements qui ont été recueillis sur le développement curieux de cette tumeur.

En 1813, B..... fut fait prisonnier par les Hongrois, qui, pour venger la mort d'un camarade qu'il venait de tuer, lui donnèrent *des coups de crosses de fusil dans le ventre*, et le laissèrent pour mort. Transporté dans un hôpital, il ressentit longtemps des douleurs à l'abdomen, et sortit assez bien portant au bout de six mois

de séjour. Ce ne fut qu'en 1814, après sa rentrée en France, qu'il s'aperçut, pour la première fois, en promenant sa main sur le ventre, de l'existence de *veines bleuâtres très-volumineuses, mais molles et indolentes*. Il attribua leur formation à la fatigue du long voyage qu'il venait de faire, 500 lieues à pied. En 1818 il fut obligé, pour gagner sa vie, de tourner une manivelle pendant toute la journée, genre d'occupations très-fatigant, et sous l'influence desquelles *les veines dilatées s'accrurent beaucoup*. Un médecin consulté lui ayant dit de ne rien faire, mais de changer d'état, il entra dans une maison de roulage pour faire des courses. Depuis 1828, il paraît que les varices sont demeurées stationnaires. En 1829, se manifestent les premiers accidents du côté de l'estomac. Le malade mourut le 14 janvier 1833, avec tous les symptômes du squirrhe au pylore.

A l'autopsie, on trouve un rétrécissement très-considérable, mais non cancéreux du pylore. Les veines iliaques et pelviennes, la veine cave ascendante sont dans l'état normal. Les veines des extrémités inférieures ne sont ni dilatées ni variqueuses. Le foie est très-petit, mais sain. Le canal veineux du tronc de la veine-porte est complétement oblitéré.

Les veines sous-cutanées abdominales étaient placées entre la peau et une lame fibreuse qui les sépare de la gaine du muscle droit, le *fascia superficialis* de l'abdomen.

Les veines du côté droit ne communiquent pas avec celles du côté gauche; elles communiquent avec les veines épigastriques, à travers les muscles droits. Il y avait en même temps *large communication de ces veines sous-cutanées abdominales si développées avec la veine-porte, par l'intermédiaire de la veine ombilicale*, qui avait conservé le calibre qu'elle présente chez le fœtus. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 5 juin 1875. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADE

Atrophie musculaire progressive causée par un traumatisme du plexus brachial. — M. PONCET présente un malade dont l'histoire offre un grand intérêt au point de vue des résultats ultimes des blessures de guerre. C'est un homme de trente ans qui, en 1870, reçoit un coup de feu au-dessous de la clavicule droite; la balle, après avoir traversé la poitrine, est sortie à travers le scapulum, à 1 centimètre au-dessous de l'épine de cet os. Cet homme tombe aussitôt en rejetant du sang par la bouche et perd connaissance; quand on le relève, on trouve sa main contractée sur son fusil, et il a fallu un certain effort pour l'en séparer.

En regardant ce malade de profil et en comparant l'orifice d'entrée et le trou de sortie de la balle, on voit que le projectile a suivi une ligne horizontale, mais oblique de dedans en dehors. Il est hors de doute qu'il a traversé le poumon sans toucher la sous-clavière, sans couper le plexus brachial, mais en le contusionnant. Cet homme, en effet, a présenté une paralysie complète du bras droit, consécutive à la contusion et non à la section du plexus brachial, et, ce qui le prouve, c'est qu'aujourd'hui cette paralysie n'existe plus, et qu'il jouit de tous les mouvements. Il y a seulement de la paralysie des extenseurs. Ce fut quelques mois après le coup de feu que disparut la paralysie du bras droit, et en ce moment on constate un commencement d'atrophie des muscles de ce membre.

En 1872, il rentre au Val-de-Grâce, présentant la même affection du côté gauche. Les muscles analogues de ce côté sont pris également d'atrophie, la sensibilité est de même conservée; en un mot, les altérations sont absolument semblables des deux côtés. Aujourd'hui cet homme est dans l'impossibilité de se servir des membres supérieurs. Il présente tous les caractères d'une atrophie musculaire progressive, atrophie musculaire ayant pour origine un coup de feu du côté gauche et ayant passé du côté droit. Ce fait, selon M. Poncet, ne peut s'expliquer que de la façon suivante : Contusion du plexus brachial ayant déterminé une atrophie des paires nerveuses, puis consécutivement une dégénérescence des cornes antérieures, le passage de cette lésion du côté gauche et sa descente le long de la moelle, car l'atrophie commence à porter sur les muscles fessiers.

M. PAUL BERT demande à M. Poncet si, chez cet homme, il y a eu continuité dans les phénomènes observés, c'est-à-dire si l'atrophie a succédé immédiatement à la paralysie.

M. PONCET répond affirmativement.

M. DUMONTPALLIER demande s'il n'y a pas eu de phénomènes trophiques.

M. PONCET répond négativement et ajoute que cet homme n'est ni alcoolique ni syphilitique.

M. OLLIVIER fait observer qu'il a été signalé plusieurs faits de traumatismes d'un côté du corps ayant donné lieu consécutivement à des troubles du côté opposé. Il a rapporté l'observation d'un jeune garçon atteint d'une mammite traumatique du côté gauche et ayant présenté dix jours après la même affection du côté droit. Il a aussi observé un malade ayant présenté, à la suite d'une hémorrhagie cérébrale, une rétraction de l'aponévrose palmaire du côté opposé et qui, un an après, fut atteint de la même lésion de l'autre côté.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Hémorrhagies méningées consécutives à une affection cardiaque. — M. DAVENNE présente des pièces anatomiques qu'il a recueillies, à l'hospice de Bicêtre, dans le service de M. Ollivier. Il s'agit d'un homme de soixante ans, qui succomba à une hémorrhagie méningée. On trouva, à l'autopsie, plusieurs foyers d'hémorrhagies méningées et, du côté du cœur, des lésions d'insuffisance et de rétrécissement des valvules.

M. OLLIVIER ajoute que les hémorragies qui se sont produites dans les poumons et dans les méninges, chez cet homme, ont été certainement le résultat d'une gêne extrême de la circulation causée par un rétrécissement mitral et une insuffisance aortique.

COMMUNICATIONS

Altérations du sang produites expérimentalement. — M. TARCHANOF a entrepris une série d'expériences sur des oreilles de lapin. Il sectionne le grand sympathique et constate dans le sang des veines de l'oreille du côté correspondant une notable diminution des globules blancs, diminution qui, suivant M. Tarchanof, est causée par l'évaporation qui se fait à la surface de la plaie. Le sang est, en effet, plus dilué lorsqu'on a coupé le grand sympathique.

M. Tarchanof a voulu voir aussi l'influence des obstacles mécaniques sur les veines, et a fait une ligature en masse, mais ne comprenant pas l'artère. Dans les premières heures consécutives on remarque une grande diminution des globules blancs; mais cette diminution ne persiste pas et, dès le second jour, on constate, au contraire, de l'augmentation. Ces faits peuvent s'expliquer de la façon suivante : dans les premières heures il se fait un accollement des globules blancs aux parois des vaisseaux.

M. Tarchanof a provoqué aussi des inflammations sur des oreilles de lapin et il a constaté une augmentation des globules blancs dans l'oreille enflammée. Mais cette augmentation des globules blancs sous l'influence de l'inflammation diffère de celle qu'on observe dans la simple stase sanguine, en ce qu'elle se produit dans toute l'économie au lieu de rester locale, comme cela a lieu dans la simple stase. On peut en conclure que, dans l'oreille enflammée, il se fait un processus de néoformation des globules sanguins.

Développement de l'ovaire. — M. DE CYNETY a étudié le développement de l'ovaire chez le fœtus. On a cru pendant longtemps que les vésicules de Graaf ne se développaient qu'à partir de l'époque de la puberté, puis on a reconnu que les ovules étaient presque complétement développées chez les enfants. M. de Cynety a étudié le développement de l'ovaire à partir du troisième mois de la vie intra-utérine. Suivant lui, la division des parties constituantes de l'ovaire en substance corticale et en substance médullaire n'a pas de raison d'être. En effet on ne trouve chez le fœtus que ce qui formera la substance corticale. C'est vers le cinquième mois que l'on commence à voir des amas de cellules. Au moment de la naissance on trouve un développement exagéré des vésicules de Graaf. C'est là ce que

certains auteurs ont désigné sous le nom d'ovaires kystiques. Au dixième jour après la naissance, les ovaires sont plus développés que chez une enfant de six ans. On sait qu'il en est de même de la mamelle.

Lenteur des pulsations cardiaques, syncopes. — M. MALASSEY communique une observation analogue à celle qu'a présentée M. Cornil dans la dernière séance (voy. *Gaz. des Hôp.*, p. 509, numéro du 3 juin 1875). Il existe entre ces deux observations plusieurs points de contact très-frappants. Dans les deux cas, le pouls tombait à 40 pulsations, les malades étaient pris d'accès de suffocation, puis de syncopes pendant lesquelles le pouls s'arrêtait complétement.

M. LÉPINE a observé, dans le service de M. Charcot, quelques cas analogues, entre autres celui d'une femme dont le pouls tombait au-dessous de 40, qui était atteinte d'accès épileptoïques, et à l'autopsie de laquelle d'ailleurs on trouva le cœur parfaitement sain. M. Lépine pense qn'il y aurait un grand intérêt à rapprocher ces faits dans un travail d'ensemble. (*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

111. Martin. Quelques considérations sur les plaies des membranes séreuses et sur leur mode de cicatrisation.
112. Bureau. Essai sur l'hémophilie.
113. Vuillemin. Essai sur l'arthrite mono-articulaire et la polyarthrite vertébrales.
114. Hiard. Essai sur l'anévrysme artérioso-veineux par coup de feu.
115. Carrière. Quelques mots d'hygiène militaire.
116. Charriez. De la piqûre du serpent de la Martinique.
117. Chevalier. Étude sur la pathogénie du rhumatisme dans le cours de la blennorrhagie.
118. Carel. Esquisse des récents travaux sur l'anatomie normale et pathologique du bulbe rachidien.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Alfred Liégard, décédé à Caen, dans sa soixante-quinzième année.

— Le *Mobacher* annonce la mort d'un chimiste musulman très-distingué, Si Abdallah ben Mohammed, décédé à Alger, le 11 mai dernier, à l'âge de trente-deux ans.

Si Abdallah ben Mohammed s'était proposé pour mission d'initier aux sciences physiques et particulièrement à la chimie les indigènes algériens; pour cela il avait dû inventer une série de termes arabes.

— *Prix à décerner en* 1876. — La société protectrice de l'enfance de Lyon met au concours la question suivante :

« Conseils aux mères et aux nourrices sur la manière de nourrir et d'élever les enfants. »

La société décernera une médaille d'or, dans la séance de janvier ou février 1876, à l'auteur du meilleur mémoire inédit sur ce sujet.

Les mémoires écrits en français devront être adressés *franco*, avant le 1er décembre prochain, à M. le docteur Fonteret, secrétaire général de la société, place des Célestins, 7, à Lyon (Rhône).

Ils porteront, en tête, une épigraphe qui sera répétée sous un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le scorbut s'est terminée d'une façon brillante. M. Leroy de Méricourt, dans ses discours très-éloquents et très-applaudis, M. Villemin, dans ses habiles et élégantes dissertations et dans sa réplique finales, ont déployé des qualités très-remarquables comme argumentateurs ayant à critiquer les opinions d'autrui.

Chacun, du reste, a fait certaines concessions qui l'ont rapproché de son adversaire.

M. Villemin a presque abandonné l'idée d'une transmission facile du scorbut par un principe contagieux.

M. Leroy de Méricourt a paru attacher beaucoup moins d'importance à l'usage des végétaux frais, pourvu que l'alimentation fût réparatrice et suffisante.

La question, ainsi circonscrite dans des limites plus étroites, offre encore certains points douteux. Mais n'en est-il pas toujours de même en médecine ?

On ne peut plus contester aujourd'hui que l'influence du régime alimentaire soit considérable et capitale. Les Anglais n'ont plus de scorbut dans leur marine militaire, grâce à l'emploi du *lime juice*. On a fait disparaître cette affection des bagnes en nourrissant mieux les forçats. Il semble amplement démontré que la période de préparation pour le scorbut est déjà une période de misère physiologique.

Seulement on peut se demander, avec M. Villemin, pourquoi cette misère physiologique n'est pas toujours la conséquence des mêmes circonstances données, et pourquoi elle n'a pas toujours pour résultat l'apparition du scorbut.

En effet, d'une part, on a vu des équipages conserver la meilleure santé sans *lime juice*, sans vivres frais, au milieu de l'humidité et des conditions des moins hygiéniques, et, d'une autre part, on voit tous les jours des individus, chez lesquels la nutrition est entravée, arriver au dernier degré de débilité et d'aglobulie, sans présenter aucun symptôme scorbutique.

Tout n'est donc pas encore bien net dans l'étiologie du scorbut, pas plus, du reste, que dans celle de la plupart des maladies aiguës ou chroniques, et c'est pourquoi M. Villemin a pu songer à faire intervenir une inconnue, qu'il a nommée miasme.

Mais du moment où le mot *miasme* serait pris purement et simplement dans le sens d'*inconnue*, il serait dépourvu de toute valeur aux yeux des praticiens. A quoi bon créer une entité aussi complexe? une apparence de classement sans détermination précise? une limite sans fixité?

Il est certainement utile de soulever les plus difficiles problèmes devant ceux qui pourraient avoir quelque tendance à rester dans l'ornière et à se payer de mots; mais il faut se garder alors de leur tracer soi-même une nouvelle ornière et de leur fournir en payement de nouveaux mots.

M. Villemin a eu l'honneur d'appeler l'attention sur des difficultés existantes; mais en se servant d'expressions qu'il ne pouvait pas définir pour exposer une théorie propre, il paraissait plus explicite qu'il ne l'était réellement, et il donnait vraiment trop beau jeu à M. Leroy de Méricourt, en lui permettant de transformer la défensive en offensive.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. E. GUIBOUT.

Classification des maladies de la peau d'après leurs lésions anatomiques (1).

Leçon recueillie par M. MUZELIER, interne du service.

5° Le *tubercule*. — Nous arrivons à l'étude du tubercule qui n'est au fond que l'exagération de la papule, de même que la bulle n'est que l'exagération de la vésicule. Au lieu de cette hypertrophie partielle de la couche la plus superficielle du derme, du volume d'un grain de millet, qui constitue la papule, nous voyons dans le tubercule une véritable petite tumeur implantée profondément dans le derme, formant une saillie plus ou moins considérable, d'une durée variable, se terminant souvent par ulcération, disparaissant d'autrefois par une sorte de travail d'intussusception qui entraîne la résorption des éléments qui le constituent. Ce tubercule laisse après lui tantôt une cicatrice indélébile, tantôt, au contraire, l'absence la plus complète de traces de son existence.

Parmi les affections qui se rattachent au tubercule, citons d'abord la *mentagre* ou sycosis, maladie des follicules pileux, dans laquelle des tubercules plus ou moins confluents, présentant du pus à leur partie centrale, constituent la lésion primitive. Nous retrouvons le tubercule comme manifestation cutanée d'un certain nombre de diathèses, telles que : la *syphilis*, la *scrofule*, le *cancer*. Dans la syphilis, le tubercule est dépouillé d'épiderme, lisse à sa surface, d'une couleur caractéris-

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 juin.

tique qui rappelle celle de la viande fumée ou du jambon cru; dans la scrofule il offre une coloration violacée particulière, il présente une tendance caractéristique à l'ulcération, il affecte enfin une fixité de siége inconnue à la syphilis.

Les tubercules du cancer présentent des caractères tout différents : ils sont volumineux, durs, rocheux, à surface irrégulièrement saillante, ils se développent sur une peau indurée et à leur surface se produisent des ulcérations creuses, irrégulières, ichoreuses, à bords durs et tranchants.

6° Les *squames.* — On désigne sous le nom de squames ou d'écailles des productions épidermiques qui sont le résultat d'une maladie du derme, lequel, n'ayant plus son état normal, produit une sécrétion épidermique vicieuse. Les squames varient quant à leur forme et à leur abondance. Tantôt elles constituent des couches épaisses, imbriquées sur elles-mêmes, tantôt elles sont pulvérulentes et furfuracées, tantôt enfin elles ressemblent à une feuille mince, à une pelure d'oignon, on les dit alors *foliacées.* D'autre fois elles ont la consistance et le piquant de la corne. Elles sont dites alors *cornées.* Quelle que soit du reste leur manière d'être, elles ne représentent toujours qu'un épiderme malade. Telles sont les véritables squames, celles que nous pouvons appeler les squames primitives. Mais, à côté de celles-là, il en est d'autres dans lesquelles nous trouvons à la fois l'élément solide ou épidermique et un élément liquide concrété et retenu sous forme de croûtes au milieu de la trame épidermique. Cette deuxième espèce de squames est la conséquence d'une secrétion humide, elle n'est donc point primitive, essentielle comme la première. Aussi nous l'appellerons consécutive ou secondaire. Quatre affections différentes reconnaissent la squame primitive comme lésion élémentaire : le *psoriasis*, le *pityriasis*, l'*herpétide exfoliatrice* et l'*icthyose.* Nous trouvons la squame consécutive ou secondaire comme lésion caractéristique de la forme de l'eczéma dite squameuse et du pemphigus après l'ouverture de ses bulles.

7° Les *ulcérations.* — Occupons-nous maintenant des ulcérations, de celles, bien entendu, qui occupent seulement l'épaisseur de la peau. Les ulcérations sont des solutions de continuité intéressant une plus ou moins grande partie de l'épaisseur du derme et ne présentant pas de tendance à la cicatrisation. Elles peuvent être de nature *herpétique*, et alors elles sont superficielles, sans profondeur, leurs bords sont taillés en biseau, non décollés, enfin le travail de réparation s'y fait sans laisser de cicatrice. Telle est l'ulcération de la *dartre.* S'agit-il de la *syphilis*, nous verrons, au contraire, une ulcération profonde, nettement circonscrite, à bords taillés à pic, avec un fond grisâtre, nous verrons enfin une cicatrice indélébile succéder au travail de réparation. Enfin si les bords sont déchiquetés et décollés, de façon à masquer un fond plus étendu que la surface apparente de l'ulcère, si la peau offre une coloration violacée à l'entour, et si une cicatrice déprimée indélébile succède à l'ulcération, à ces caractères nous aurons reconnu la scrofule. Des caractères différents nous feront reconnaître l'ulcération du cancroïde. Dans ce cas, les bords de l'ulcération sont saillants, indurés, comme cartilagineux et renversés en dehors.

8° Les *colorations.* — Il nous reste à étudier la huitième des lésions élémentaires que nous avons admis, nous voulons parler des colorations. Les *colorations* sont de plusieurs sortes. Les unes de nature congestive, inflammatoire, d'une couleur rose ou violacée plus ou moins vive, sont désignées sous le nom d'*exanthèmes.* Les autres sont appelées taches *hématiques*, parce qu'elles sont le résultat d'une extravasation sanguine. D'autres enfin reconnaissent pour cause une altération dans la sécrétion pigmentaire de la peau, ce sont les colorations *pigmentaires.*

Les exanthèmes sont caractérisés par une teinte rouge plus ou moins vive, disparaissant sous la pression du doigt, pour reparaître immédiatement après, s'accompagnant d'une sensation de chaleur, de cuisson, de tension ou de brûlure. Leur marche est aiguë, leur durée varie de deux jours à un ou deux septenaires. Nous verrons cependant que, dans certains cas et notamment dans une forme particulière de l'acné, ils peuvent persister indéfiniment. Considérés au point de vue de la lésion primitive, les exanthèmes donnent lieu à neuf affections cutanées : la *roséole*, la *rougeole*, la *scarlatine*, l'*érythème*, l'*érysipèle*, l'*urticaire*, les *taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde*, la *tache coupérosique* de *l'acné rosacée* et *l'érythème de la scrofule.*

Ainsi voyons-nous apparaître sur toute la surface du corps des taches rosées, déchiquetées sur leurs bords, précédées et accompagnées de phénomènes généraux, de coryza, de larmoiement; à ces signes nous reconnaîtrons la *rougeole*, dont la *roséole* n'est qu'une atténuation.

L'exanthème se manifeste-t-il sous forme de larges taches violacées, est-il précédé et accompagné d'accidents généraux avec localisation constante vers le pharynx et l'isthme du gosier, nous aurons affaire à la *scarlatine.* Si nous voyons, au contraire, se produire des élevures rosées, à rebords saillants, d'une durée éphémère, avec un centre déprimé et blanchâtre, et une sensation vive de prurit qui cesse avec la disparition brusque des élevures, pour reparaître avec elles, nous reconnaîtrons alors l'exanthème de l'*urticaire.* L'*érythème* se développera sur des surfaces plus ou moins étendues sous forme de taches rosées affectant les aspects les plus divers et habituellement sans troubles généraux bien prononcés. Enfin l'*exanthème* constituera l'érysipèle si, après avoir été constamment précédé d'accidents généraux plus ou moins graves, il se montre sous forme de plaques violacées, nettement limitées sur leurs bords, dont la circonférence est festonnée et forme une saillie appréciable au toucher.

Dans une deuxième variété, les colorations de la peau résultent, avons-nous dit, d'une extravasation sanguine : tel est le purpura avec ses taches violacées, ne disparaissant point sous la pression du doigt.

Quant aux colorations qui résultent d'une hypersécrétion du pigment cutané; elles constituent le lentigo et les taches pigmentaires.

Nous en avons fini, messieurs, avec l'étude de lésions primitives et des affections auxquelles elles donnent lieu; j'ai maintenant à vous parler des croûtes et des cicatrices, qui résultent souvent de l'existence de ces lésions, et qui nous offrent, elles aussi, les plus précieux caractères au point de vue du diagnostic. La croûte est formée par la concrétion d'un liquide séreux, purulent ou sanieux, qui donne à la croûte diverses colorations. Nous trouvons les croûtes dans les dartres, dans la syphilis et dans la scrofule. Dans les dartres, elles ont une coloration et une épaisseur variables : ainsi elles sont jaunes, épaisses, dans l'impétigo, sèches et noirâtres dans l'ecthyma, humides, minces, lamelleuses dans l'eczéma. Les affections herpétiques n'offrent donc pas dans leurs croûtes de caractères particuliers à l'aide desquels on puisse reconnaître leur nature.

Il n'en est pas de même dans la syphilis et dans la scrofule; ces deux diathèses impriment aux croûtes, auxquelles elles donnent lieu, une uniformité d'aspect invariable. Ainsi la croûte

de la syphilis est d'un vert brunâtre, analogue au bronze florentin : elle est sèche, dure, épaisse, très-saillante, quelquefois pointue et longtemps persistante. Dans la scrofule, les croûtes sont moins épaisses, moins dures, aplaties, formées de couches alternatives grises et noirâtres affectant une disposition lamellaire et stratifiée.

Les *cicatrices*. — Parmi les diathèses dont l'influence se fait sentir si souvent dans l'évolution des maladies cutanées, il n'y a que l'*herpétisme*, qui ne laisse jamais de cicatrices. Les ulcérations de nature herpétique guérissent sans laisser de traces. La syphilis et la scrofule possèdent, au contraire, le triste privilége de produire des cicatrices, qui restent comme l'empreinte ineffaçable de la diathèse qui les a engendrées, et dont les caractères sont tels qu'ils nous permettent de faire avec certitude le diagnostic rétrospectif et posthume de la lésion dont elles sont le vestige indélébile. S'agit-il d'une cicatrice d'origine syphilitique, alors la peau est amincie, lisse, blanchâtre, gaufrée comme la cicatrice de la vaccine, sans adhérences avec les parties profondes; s'agit-il, au contraire de la scrofule, la cicatrice est plissée, rugueuse, réticulée, offrant une série de dépressions et de saillies, et de plus, elle adhère aux tissus sous-jacents, avec lesquels elle fait corps et dont elle ne peut être séparée.

Tels sont les caractères invariables des cicatrices. Vous voyez, messieurs, combien ces caractères vous sont indispensables à connaître. N'est-ce point, en effet, d'après l'aspect, la forme, la couleur et l'étendue d'une cicatrice ou d'une croûte, seuls vestiges survivants d'accidents diathésiques guéris, que vous serez obligés de faire quelquefois votre diagnostic. Vous trouverez dans votre vie sociale, aussi bien que dans votre vie médicale, des cas dans lesquels vous aurez à prendre les résolutions les plus importantes, d'après le seul jugement que vous aurez porté sur le caractère d'une cicatrice ou d'une croûte. Pénétrez-vous donc, messieurs, de la nécessité qu'il y a pour vous de connaître ces caractères, dont la notion exacte vous permettra de vous prononcer avec certitude dans des cas difficiles et de rendre ainsi à vos malades les plus précieux services.

CLINIQUE LARYNGOSPIQUE.

Contribution à l'étude des tumeurs intra-laryngiennes

Par le docteur Édouard Fournié
médecin à l'institut des Sourds-Muets.

Bien que le maniement du laryngoscope devienne tous les jours d'une application familière aux praticiens, il reste encore bien des points à élucider et à préciser en ce qui concerne le diagnostic et la cure de certaines affections laryngiennes.

Rien n'est plus facile que de diagnostiquer du premier coup la présence d'une tumeur dans la cavité laryngienne, et c'est déjà un grand progrès sur un passé encore peu éloigné. Mais ce résultat précieux ne saurait suffire dans la pratique. Quelle est la nature de la tumeur? Faut-il l'extirper par les voies naturelles ou par une voie artificielle? Dans le cas d'extirpation par les voies naturelles quel procédé faut-il adopter? Quelles précautions faut-il prendre? Telles sont les questions qui s'imposent au praticien en présence d'une tumeur laryngienne et à la solution desquelles nous nous proposons d'apporter un nouveau tribut en publiant les trois observations qui suivent.

PREMIÈRE OBSERVATION. — *Sarcome papillaire.*

Au mois de juin 1874, M. D... (de Montreuil-sur-mer) nous était adressé par son médecin pour examiner la cavité laryngienne. Ce malade, âgé de soixante ans, présentait une difficulté excessive de la respiration, et il lui avait fallu une énergie peu commune pour entreprendre, dans ces conditions, un assez long voyage. L'examen laryngoscopique, très-facile d'ailleurs, nous dévoila la présence d'une tumeur, qui occupait toute la cavité laryngienne. Cette tumeur, dont nous ne voyions que l'épanouissement supérieur, paraissait être implantée sur le côté droit du larynx, car la fente très-étroite, à travers laquelle l'air pouvait encore passer, était située sur le côté gauche, entre la tumeur et la paroi laryngienne. Les cartilages aryténoïdes étaient écartés par la pression excentrique de la tumeur.

La difficulté de la respiration était si grande que notre première impulsion fut d'extirper aussitôt le corps étranger. Cependant cette détermination dut céder le pas à une conduite plus prudente. Il est impossible, à distance et sans le secours de la palpation, de se rendre bien compte de la nature d'une tumeur, et nous pouvions être en présence d'un tissu riche en vaisseaux sanguins, capable de donner lieu à une hémorrhagie compromettante. Cette crainte était d'autant plus fondée qu'à plusieurs reprises le malade avait expectoré du sang provenant évidemment de la tumeur.

Avant de nous décider à extirper la tumeur par les voies naturelles, nous voulûmes avoir l'avis de M. le professeur Richet. La consultation eut lieu dès le lendemain, et il fut décidé que je tenterais, séance tenante, l'extirpation par la bouche, sauf à recourir à la laryngotomie, si cette méthode présentait de trop grandes difficultés.

Dans ces sortes d'opérations, l'*éclairage mobile* que nous avons toujours préconisé, c'est-à-dire celui qui consiste à éclairer le larynx par un miroir réflecteur placé sur le front, est le seul convenable. Lui seul permet, en effet, d'éclairer continuellement le larynx, malgré les mouvements du malade. Une lampe carcel ordinaire nous fournissait les rayons lumineux.

Le malade étant assis devant nous, une forte pince recourbée, dont les mors sont sillonnés de dentelures, fut introduite dans le larynx, et, du premier coup, la tumeur fut saisie. Une traction de moyenne intensité suffit pour arracher, non toute la tumeur, mais seulement la portion qui était comprise entre les mors de la pince. Cette portion de tumeur était d'une consistance molle, se laissant déchirer facilement avec les doigts; sa couleur était d'un blanc grisâtre quelque peu translucide; elle avait, en un mot, toute l'apparence d'un sarcome papillaire. Ce premier diagnostic a été ultérieurement confirmé par l'examen histologique.

Ces sortes de tumeurs sont relativement peu fréquentes dans la cavité laryngienne, car c'est la quinzième que nous avons observée, dans l'espace de douze ans, sur un grand nombre de malades. L'expérience nous a appris qu'elles sont peu riches en vaisseaux sanguins et que si l'on s'applique à ne les enlever que par portions, par des opérations journalières, on n'a aucun accident à redouter. C'est la ligne de conduite que nous suivîmes avec M. D...

Tous les jours nous enlevâmes un peu de la tumeur, et après la cinquième opération, il n'en restait plus trace. C'est alors que nous reconnûmes que son véritable point d'implantation était situé dans le ventricule droit du larynx et sur tout le pourtour du ligament thyro-aryténoïdien qui limite en haut cette cavité. La voix était revenue; la respiration était parfaite; le malade retourna chez lui.

Mais, deux mois après, M. D... réclamait de nouveau nos

soins pour des accidents analogues à ceux qui avaient nécessité la première opération. La tumeur, en effet, s'était développée de nouveau et occupait toute la cavité laryngienne. L'extirpation complète se fit sans difficulté comme la première fois, et le malade repartit débarrassé de l'obstacle mécanique qui gênait la respiration et abolissait la voix.

Préoccupé de la récidive probable de la tumeur et de la nécessité où allait se trouver le malade de revenir périodiquement à Paris, je me demandai s'il n'y avait pas autre chose à faire que de se borner à pratiquer l'extirpation du corps étranger par les voies naturelles. La laryngotomie ne donnerait-elle pas des résultats plus définitifs? L'application d'une canule à demeure dans la trachée ne serait-elle pas le meilleur moyen de donner au malade toute sécurité?

Nous ne nous arrêtâmes pas à l'idée de pratiquer la laryngotomie qui ne pouvait, au point de vue de la récidive, nous donner des résultats plus formels que l'extirpation par la bouche. Quant à l'application de la canule dans la trachée, elle présentait sans doute quelques avantages; mais nous dûmes y renoncer en songeant : 1° que la canule n'empêcherait pas la récidive; 2° que la présence d'un corps en suppuration à l'extrémité des voies aériennes pourrait déterminer peu à peu des accidents d'un autre genre dans la cavité pulmonaire et emporter le malade bien que l'accès de l'air fût assuré.

Après avoir mûrement pesé toutes ces considérations, nous optâmes pour l'extirpation par les voies naturelles toutes les fois que la gêne de la respiration l'exigerait. Cette détermination assurait en quelque sorte la vie du malade, mais à une condition un peu onéreuse. Pour obvier à cet inconvénient, nous conseillâmes au malade de se faire accompagner par son médecin, dans le but de montrer à ce dernier le manuel opératoire et de mettre ainsi, dans l'avenir, un sauveur à demeure à côté de lui. Ce qui fut fait.

Au mois d'octobre 1874, M. le docteur Desplanques accompagnait M. D... et, en sa présence, nous enlevions une portion de la tumeur, lui laissant le soin d'enlever le reste sous notre direction. Ces premières tentatives ne pouvaient pas réussir, et elles n'aboutirent pas en effet. Mais elles pouvaient donner des résultats plus heureux dans la suite. Malheureusement les occupations trop nombreuses d'un médecin de campagne ne permettent pas toujours une assiduité suffisante à la poursuite d'un but de cette nature, et les quelques essais peu satisfaisants qu'il fit découragèrent notre honorable confrère.

Il fallait en prendre son parti. Petit rentier, sans enfants, M. D... se détermina à faire le voyage de Paris, toutes les fois que cela serait nécessaire, comptant sur notre discrétion pour ne pas tarir les sources de son indépendance sous prétexte de conserver celles de la vie.

Depuis le mois d'octobre nous avons opéré le malade trois fois. Ces opérations sont devenues de plus en plus faciles, à ce point qu'une seule séance a suffi dernièrement pour extirper entièrement la tumeur. Nous avons remarqué, d'ailleurs, que le point d'implantation, ou plutôt la surface de bourgeonnement se rétrécit de plus en plus, de telle sorte qu'il nous est permis d'espérer une cure complète en persévérant dans notre conduite. Ce succès, imprévu dès le début, serait digne d'être noté s'il se réalisait. Dans tous les cas, pouvions-nous faire mieux et plus sagement? Nous ne le pensons pas.

DEUXIÈME OBSERVATION. — *Sarcome papillaire.* (Mars 1875.)

Le sujet de cette observation est un habitant de la Haute-Saône, court, replet, constitution apoplectique et âgé de soixante ans. Depuis deux ans il est aphone, et la difficulté de la respiration a augmenté d'une façon inquiétante, assez inquiétante pour décider le malade à venir à Paris. L'examen laryngoscopique, un peu difficile, nous dévoile la présence d'une tumeur qui obstrue complétement la cavité larygienne jusqu'à son orifice supérieur. Vers le centre de cette tumeur on aperçoit une fente à travers laquelle l'air passe avec peine. Le malade, à plusieurs reprises, avait craché du sang.

Impossible, d'ailleurs, de diagnostiquer la nature de cette tumeur, vu son éloignement et la difficulté de l'examen. Encore cette fois, avant de nous déterminer à agir, nous voulûmes avoir l'avis de l'éminent professeur. M. Richet opta pour l'extirpation par les voies naturelles, et, en sa présence, nous introduisîmes aussitôt les pinces recourbées. Comme dans l'observation précédente, la partie seule de la tumeur qui était comprise entre les mors de la pince céda à une traction légère. L'examen macroscopique de ce morceau ne laissait pas de doute sur la nature de la tumeur : c'était bien un sarcome papillaire comme le précédent. L'examen microscopique vint d'ailleurs confirmer ce diagnostic. Le malade se trouvant soulagé par cette extirpation partielle, et, nous-même rassuré, par le diagnostic, nous décidâmes que l'opération serait terminée en plusieurs temps.

Nous agissons toujours ainsi quand cela est possible, et pour plusieurs motifs : 1° l'introduction de la pince est plus facile quand le malade n'est pas fatigué par plusieurs introductions successives; 2° le sang qui s'écoule toujours en petite quantité masque les parties qu'il faut enlever, et l'on ne voit pas suffisamment bien ce que l'on fait si l'on persiste à vouloir tout enlever du même coup. Nous nous sommes toujours bien trouvé de l'extirpation en plusieurs fois, et nous ne craignons pas de conseiller ce *modus faciendi.*

Lorsque les jours suivants nous eûmes débarrassé la cavité laryngienne, il nous fût permis de constater que notre tumeur était formée par deux moitiés qui prenaient chacune naissance dans un ventricule du larynx, l'une à droite, l'autre à gauche.

Ces deux moitiés adhéraient au ligament thyro-arythénoïdien supérieur de leur côté, puis venaient à la rencontre l'une de l'autre sur la ligne médiane, ne laissant entre elles qu'une légère fente à travers laquelle l'air ne pouvait passer que difficilement. Ces particularités de structure ont rendu l'opération un peu plus laborieuse; mais, en définitive, le résultat a été le même puisque le malade rentrait chez lui quelque jours après, respirant et parlant bien.

La récidive est encore probable; mais comment la prévenir? Il faut savoir se contenter de ce que l'on peut et considérer que la plupart de ces malades, jusqu'à ces derniers temps, étaient voués à une mort certaine.

L'analyse histologique nous a montré que les deux tumeurs que nous avons extirpées étaient constituées par du tissu embryonnaire à cellules arrondies et pourvues de noyaux, présentant, en quelques endroits, une certaine quantité de fibres de tissu conjonctif de nouvelle formation. Ce tissu était assez analogue à celui des bourgeons charnus, mais moins riche que celui de ces derniers en vaisseaux sanguins. (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 juin 1875. — Présidence de M. GOSSELIN.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remercîment de M. le docteur Fouquet (de Van-

nes), qui a obtenu récemment une médaille d'or de l'Académie. — 2° Une lettre de M. le docteur Dujardin sur l'emploi de la glace dans le vagin pour combattre certaines métrorrhagies rebelles et des fluxions utérines chroniques. — 3° Une note de M. le docteur Mattei, intitulée : *Des enfants qui naissent avec des dents.* — 4° Une lettre de M. le docteur Caron, relative à l'hygiène de l'enfance. — 5° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Mougin (de Vitry-le-François) relatif à un nouveau procédé de castration (accepté). — 6° Un pli cacheté adressé par M. Ossian G. Edwars, ayant trait à un nouvel instrument pour la curabilité des plaies atones.

PRÉSENTATIONS

M. DEPAUL dépose sur le bureau une brochure intitulée : *Comptes rendus de la clinique obstétricale de Milan,* dirigée par le professeur Dominico Chiara.

M. BOULEY présente, de la part du docteur Salvatore, vétérinaire à Alexandrie, une brochure sur l'hygiène et la thérapeutique des maladies des animaux domestiques.

RAPPORT

M. TARDIEU, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Fauvel et Charcot, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Proust, intitulé : *De la maladie des poumons ou pneumoconiose anthracosique des mouleurs en cuivre et en fonte.*

« Le travail de M. Proust, dit M. le rapporteur, peut, en résumé, donner lieu à des déductions des trois ordres distinctes et également intéressantes :

1° Au point de vue de l'hygiène professionnelle ;

2° Au point de vue de la physiologie et de l'anatomie pathologique ;

3° Au point de vue de la nosologie.

1° La réforme qui a été introduite dans le travail des mouleurs en cuivre rendra de moins en moins fréquente l'observation de l'anthracose chez ces ouvriers. Mais comme il n'en a pas été de même chez les fondeurs en fonte, qui se servent encore du poussier de charbon, il y aurait à conseiller dans cette industrie, non pas la substitution de la fécule à la poussière de charbon, comme le propose M. Proust, mais l'emploi de tel autre procédé qu'il importe de rechercher.

2° La possibilité de l'introduction directe de la poussière de charbon dans les voies aériennes est démontrée.

M. Proust a non moins nettement établi et déterminé d'une façon beaucoup plus précise qu'on ne l'avait fait avant lui l'anatomie pathologique de l'anthracosie pulmonaire, et il a établi que la pénétration des molécules charbonneuses dans le parenchyme pulmonaire, se fait seulement dans les alvéoles. De là elle traverse les cellules d'épithélium qui tapissent les alvéoles et la membrane mince qui leur sert de soutien ; elle s'accumule successivement dans le tissu conjonctif inter-alvéolaire et donne lieu plus tard à une hyperplasie conjonctive. La matière noire, en s'accumulant, forme des noyaux de plus en plus volumineux. Ces noyaux se creusent eux-mêmes des cavités et produisent ainsi de véritables cavernes remplies d'une bouillie noirâtre.

4° La conclusion nosologique déduite par M. Proust n'a pas moins d'importance. Les faits qu'il a observés permettent, en effet, d'admettre en dehors de la phthisie tuberculeuse une phthisie d'une nature particulière qui mérite le nom de phthisie charbonneuse.

Pour éviter de confondre ces faits avec la tuberculose, M. Proust propose de donner à la maladie un nom spécial et de la dénommer avec Zenker : *pneumo-coniose anthracosique.*

Il y aurait ainsi la pneumo-coniose anthracosique des mouleurs en cuivre et en fonte et celle des houilleurs ; dans ces deux cas, la cause est la même. La poussière exhalée est semblable. La profession *seule* diffère.

Il existe un certain nombre d'altérations qui sont produites par l'inhalation de poussières diverses. Toutes ces affections rentrent dans un même cadre général.

M. Proust ne s'est occupé dans le travail qu'il a communiqué à l'Académie que d'un seul chapitre de cette importante question, qu'il complétera en faisant connaître successivement toutes les variétés de pneumo-coniose.

Ce travail, remarquable à tous égards, méritait d'être signalé à l'attention de l'Académie, et la commission propose : 1° de renvoyer le mémoire de M. Proust au comité de publication ; 2° de le joindre honorablement aux titres déjà présentés par l'auteur à l'appui de sa candidature à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale (adopté).

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE SCORBUT

M. LEROY DE MÉRICOURT s'attache d'abord à établir qu'il n'a pas, comme le lui reproche M. Villemin, « prestement exécuté les personnes » et passé sous silence les faits contraires à sa théorie.

Lind est souvent ondoyant et divers, on peut lui emprunter des arguments pour et contre les deux théories en présence. Mais il n'est pas exact que Cook et Lapeyrousse ont négligé de s'approvisionner de vivres et légumes frais, comme le croit M. Villemin d'après Lind. Les relations de ces deux voyageurs prouvent le contraire, et Lapeyrousse a très-nettement attribué l'absence du scorbut sur ses navires à une bonne alimentation et une sage hygiène. Quant à Fodéré et Dutrouleau, ils n'avaient jamais eu à traiter le scorbut ; ils en parlaient d'après d'autres auteurs. Aussi faut-il attribuer fort peu de valeur à la théorie de Dutrouleau relativement à l'influence prépondérante de l'humidité. Les assertions de MM. Frilley, Gueit, Duprada, Hubrault, sont en opposition avec celles d'autres médecins, militaires ou de marine, qui ont une plus grande autorité et ont assisté, en même temps qu'eux, aux mêmes épidémies.

Quant à M. Dechange, son travail est tout à fait contraire à la thèse de M. Villemin, car ce distingué médecin belge combat l'idée d'un principe miasmatique dans cette maladie. « L'humidité, dit-il, est la cause essentielle du scorbut, le manque de végétaux ne vient qu'en seconde ligne. » C'est pour soutenir cette théorie, bien différente de celle du miasme, que, dans la phrase citée par M. Villemin, il a parlé d'un navire dans lequel le scorbut se serait développé à Alger, malgré l'usage d'aliments frais ; mais il ne donne aucun détail sur ce fait, qui paraît douteux. Quoique M. Dechange mette l'alimentation en seconde ligne, il lui attribue lui-même la plus grande importance, comme on peut le voir par tout l'ensemble de son travail.

Ainsi les autorités même que M. Villemin invoquait se retournent contre lui quand on les examine d'un peu près.

Et il serait facile de lui en opposer bien d'autres, très-récentes, par exemple celle de son collègue au Val-de-Grâce, M. Colin, qui nie l'intervention d'un miasme ou l'influence de l'encombrement dans la production du scorbut.

Les causes des épidémies de Boulogne, des camps du Nord, de Paris, en 1855, etc., ne sont pas bien nettes. M. l'inspecteur Maillot reconnaît que la ration des soldats des camps était défectueuse, *insuffisante en présence des circonstances débilitantes qu'ils avaient subies.* On pourrait donc encore ici invoquer comme étiologie la *misère physiologique* dépendant en partie de l'alimentation.

Il en est de même, et plus certainement, dans les bagnes, où le scorbut a disparu sous l'influence d'une meilleure alimentation. C'est à Brest qu'on commença à donner aux forçats une soupe à la viande chaque semaine, puis on appliqua la même mesure à Toulon, et les épidémies cessèrent. Jamais, du reste, on n'a constaté la moindre influence contagieuse dans les bagnes, et jamais on n'y a vu la maladie se transmettre aux soldats, infirmiers, employés, en contact avec les forçats, mais ne partageant pas leur régime.

Un élève de M. Villemin, M. Benech, vient de décrire une épidémie qui s'est développée à Chechill, chez des condamnés en cellule, dont le régime était des plus mauvais et qui se trouvaient également dans des conditions avérées de *misère physiologique*. Il n'est pas nécessaire de recourir ici à la théorie miasmatique.

Cette théorie est également inapplicable à un fait récent, celui du navire *la Loise,* sur lequel le scorbut, qui s'était développé avant une relâche à l'île Saint-Hélène, a été complétement arrêté par l'usage d'aliments frais dont on s'était approvisionné dans cette île, bien que les malades de l'équipage n'eussent pas été débarqués.

On a dit que le *lime juice* était souvent inefficace contre le scor-

but, mais c'est qu'il est souvent mal employé : il faut le donner avant l'apparition des premiers symptômes, ainsi que le prescrivent les *nouvelles instructions* du conseil supérieur de santé de la marine, datées du 22 avril 1874.

Il n'y a pas lieu de discuter l'hypothèse qui interprète l'action du suc de citron par les sels de potasse qu'il contient. Cette théorie de Garro est insoutenable, car la potasse ne manque pas dans la ration du marin. C'est en qualité de suc de légumes frais que le lime juice agit, et il possède une influence si bien constatée que les marins du *Tegethoff*, en abandonnant ce navire, pris depuis deux ans dans les glaces, ont motivé cet abandon surtout par l'épuisement de toute leur provision de lime juice, qui leur avait permis jusqu'alors de résister au scorbut (quatre marins seulement en avaient été affectés pendant ce séjour de deux ans dans les glaces du pôle).

Il est certain, du reste, que l'humidité, le manque d'air, etc., comme toutes les autres conditions antihygiéniques influent sur le scorbut. C'est ainsi qu'on peut expliquer comment cette maladie règne plutôt dans les batteries basses et dans le côté de ces batteries sur lequel le navire se couche le plus souvent, c'est-à-dire à babord, quand il s'agit d'aller sur un navire à voiles, de France en Nouvelle-Calédonie. C'est ce qui est arrivé, par exemple, sur l'*Iphygénie*, dont M. Villemin a parlé.

Les renseignements reçus du Limousin me font douter de l'existence du scorbut dans cette province. Il s'agit, paraît-il, de cachexie palustre.

Le scorbut n'est ni infectieux, ni contagieux ; il n'a pas une période d'*incubation* proprement dite, mais il a une longue période de *préparation*. il faut en moyenne un voyage d'au moins deux mois pour que des gens valides puissent en éprouver les symptômes ; mais, s'ils sont déjà débilités avant le départ, ils n'ont nullement besoin d'un aussi long séjour en mer. Dire que le scorbut n'est ni infectieux, ni contagieux, ni spécifique, c'est dire en même temps qu'il n'a pas de médicament spécifique. M. Villemin s'est donc trompé en attribuant à son adversaire l'idée que les *légumes frais* jouaient le rôle de spécifique par rapport au scorbut.

Il ne s'agit ici ni de miasme tellurique ni de miasme pélagique. On n'est pas en droit de se demander si les côtes de la Baltique ou de la mer du Nord n'en seraient pas le lieu d'origine. Comparer la cale du navire à un *marais flottant*, et en même temps faire jouer un rôle considérable à l'encombrement, n'est-ce pas avancer à la fois deux hypothèses contradictoires ?

Cette discussion est importante, car selon qu'on adoptera ou qu'on repoussera l'opinion avancée par M. Villemin, la conduite à tenir envers les scorbutiques sera tout autre.

En effet, si le scorbut était considéré comme contagieux à un degré quelconque, il serait utile de pratiquer l'isolement : ce serait un devoir, car on ne devrait pas exposer une garnison, une ville, un pays entier à l'invasion d'une maladie épidémique. Si, au contraire, on considère le scorbut comme une affection non miasmatique, comparable à l'anémie ou à la chlorose, etc., on pourra introduire et soigner les malades dans les salles des hôpitaux, en se préoccupant seulement de relever leurs forces, de les rétablir, de les traiter comme des malades ordinaires : ils pourront être disséminés sans précautions quarantainaires.

Cette dernière opinion est celle de la plupart des médecins, et les arguments invoqués par M. Villemin ne paraissent pas devoir l'ébranler.

M. VILLEMIN. Quand on parle pour se défendre, on le fait naturellement avec plus de vivacité que quand on attaque. Certaines expressions, telles que le mot *exécuté*, ont paru offenser M. Leroy de Méricourt. M. Villemin en serait désolé, il s'en excuse et les retire. Quant au fond de la discussion, le mode d'argumentation de M. Leroy de Méricourt, dans ses deux discours, est toujours le même. Il objecte les opinions, les explications, les théories des auteurs auxquels M. Villemin n'avait emprunté que des faits. Or les faits valent par eux-mêmes ; peu importe qu'ils soient compris de telle ou telle manière par celui qui les donne.

Est-ce, en réalité, le seul régime qui cause le scorbut ? Là est toute la question. Et encore faut-il s'entendre sur le genre de régime que l'on veut présenter comme antiscorbutique.

A cet égard, M. Leroy de Méricourt a varié un peu pendant le cours de la discussion. Il ne parlait d'abord que des légumes frais, aujourd'hui il range également parmi les antiscorbutiques la viande fraîche. Y admet-il également le pain frais ? Alors il devient plus commode de lui répondre, car les soldats ne manquent jamais de pain frais ni de viande fraîche. A ce compte, ils ne devraient jamais être atteints du scorbut. Le régime des soldats est à peu près toujours identique. Celui des prisons, celui des bagnes le sont toujours. Le scorbut devrait donc toujours régner ou ne régner jamais dans les prisons, dans les casernes ou dans les bagnes s'il tenait au régime. M. Villemin n'a, du reste, jamais nié l'action du régime comme cause prédisposante. La misère physiologique accroît la *vulnérabilité* pour presque toutes les maladies, y compris la pneumonie même.

Mais l'influence du régime est très-secondaire. Autrement, on n'aurait pas vu le scorbut affecter les soldats de la garde impériale, parfaitement nourris, pendant l'épidémie de 1855.

Les animaux mêmes devraient contracter le scorbut s'il ne s'agissait que d'une alimentation végétale fraîche. En effet, les chevaux étaient organisés pour se nourrir de végétaux frais, et on les nourrit avec du foin qui ne contient plus aucun suc ; or ils ne sont pas scorbutiques.

Il faut donc chercher la vraie cause du scorbut en dehors du simple régime. En se servant des termes : *miasmes*, *miasmatiques* et *infectieux*, M. Villemin n'a jamais eu la prétention de présenter une interprétation claire. La question des miasmes n'est pas une question simple. On en est encore aux hypothèses. On cherche à savoir ce que cache cette inconnue. On l'étudie. M. Villemin lui-même en fait un des objets de ses recherches, mais il n'est encore arrivé à rien de bien satisfaisant. Il n'en sait pas davantage sur ce sujet que tout le monde. Il a donc voulu seulement exprimer ce fait que le scorbut n'a pas seulement pour étiologie celle des causes banales, régime, humidité, etc. L'avenir apprendra s'il n'a pas eu raison d'y voir une maladie mieux déterminée, plus spécifique, plus rapprochée du groupe des maladies infectieuses qu'on ne le pensait.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 juin 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine et un mémoire de M. le docteur Delmas sur le *Traitement par l'hydrothérapie des paraplégies hypérémiques et ischémiques.*

M. VERNEUIL dépose, de la part de M. le docteur Corradi, de Pavie, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger, un travail sur les *Opérations d'autoplastie pratiquées en Italie.*

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

M. DESPRÈS présente quelques observations sur la lecture faite par M. Notta, dans la dernière séance, sur le traitement des contusions du périnée avec déchirure de l'urèthre. M. Desprès croit qu'il y a toujours infiltration d'urine, même deux heures seulement après l'accident. L'incision profonde du périnée est alors la règle suivie par tous les chirurgiens. Quant à placer d'emblée une sonde à demeure dans ces foyers enflammés, il craint que cette pratique ne cause des accidents redoutables.

M. TILLAUX. Dans les observations que M. Notta a citées, il n'a pas trouvé d'urine infiltrée dans le périnée au moment où il l'a incisé, plusieurs heures après la contusion. Quant au but de sa communication, M. Notta ne s'est proposé que de bien établir une pratique usuelle, il est vrai, mais pas assez bien définie par les auteurs, à savoir qu'il est préférable, dans ces cas, d'inciser le périnée de bonne heure, plutôt que de ponctionner la vessie.

RAPPORT

M. GUÉNIOT, au nom d'une commission dont il faisait partie avec MM. Blot et de Saint-Germain, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Boissary (de Sarlat) sur le céphalotribe et ses abus.

M. Boissary a relevé plusieurs exemples d'emploi intempestif de la céphalotripsie dans des cas où le forceps aurait suffi si l'application en avait été faite correctement. Appelé plusieurs fois par des confrères pour terminer des accouchements difficiles, il a pu amener avec le forceps des enfants que ceux-ci n'avaient pu extraire, même après leur avoir fait subir la perforation du crâne. Le remède à ces graves erreurs n'est que dans une instruction plus solide des médecins, et dans un enseignement plus complet de l'art des accouchements et de la manière d'appliquer le forceps. Un écueil à éviter dans ces relations confraternelles, c'est la crainte de blesser l'amour-propre d'un confrère. C'est un devoir pour un accoucheur appelé dans ces cas de toujours constater par lui-même l'état de la mère et celui de l'enfant, sans s'en rapporter au diagnostic du confrère qui l'a fait appeler.

M. le rapporteur propose d'adresser des remercîments à l'auteur, de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre correspondant, et de déposer provisoirement son travail aux archives, en attendant sa publication prochaine dans un recueil de médecine.

Ces conclusions sont adoptées. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 26 mai 1875, ont été désignés pour former le conseil supérieur de la protection des enfants du premier âge, institué par l'article 3 de la loi du 23 décembre 1874 :

MM. Desjardins, sous-secrétaire d'État au ministère de l'intérieur; le comte de Melun, Mettetal, Th. Roussel, députés à l'Assemblée nationale; de Ségur, Durangel, conseillers d'État; Bucquet, inspecteur général des établissements de bienfaisance; le professeur Béclard (désigné par l'Académie de médecine); Thélier, délégué de la Société de charité maternelle, le président de la Société des crèches, et le président de la Société protectrice de l'enfance de Paris.

— *Hôpitaux de Paris. — Concours pour deux places de médecins.* — Sont admis à subir les deux dernières épreuves : MM. Dieulafoy, Gougenheim, Grancher, Hallopeau, Huchard, Liouville, Renaut, Rück. — La question donnée pour la composition écrite était : *De la cirrhose du foie.*

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 12 juin 1875, nº 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très précises.

1º Lecture des rapports de MM. Mercier sur le travail de M. Boulomié (goutte). — 2º Note de M. Gery sur le traitement du rhumatisme. — 3º Du tubercule de la choroïde, par le docteur Dubrisay (à l'appui de sa candidature).

— *Cours de géologie.* — M. Hébert, professeur, fera samedi 12 et dimanche 13 juin 1875, une excursion géologique à Épernay et Damery. — Rendez-vous à la gare de l'Est pour prendre samedi matin le train de six heures trois quarts.

S'inscrire à la Sorbonne. — Cabinet de géologie.

— *Botanique rurale.* — M. Chatin, professeur, membre de l'Académie des sciences, fera sa prochaine herborisation publique, dimanche 20 juin, à Montfort-l'Amaury.

Rendez-vous à la gare Montparnasse (ligne de Granville), à six heures et demie, pour prendre à sept heures le train à la destination de Montfort-l'Amaury.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les vomissements chez les phthisiques

Ce qu'on appelait autrefois la *médecine du symptôme* est d'une application fréquente soit dans les maladies aiguës, soit dans les maladies chroniques.

Dans les premières, il n'est pas rare qu'un phénomène secondaire devienne par lui-même le principal danger et que l'affection fondamentale ait une tendance naturelle à disparaître au bout d'un certain temps. On ne distingue pas toujours alors entre le traitement de l'entité morbide et celui de cette conséquence, plus ou moins éloignée, qui menaçait surtout l'existence du malade. C'est ainsi que l'on représente la trachéotomie comme un mode de traitement pour le croup, la thoracentèse pour la pleurésie. Et cependant la diphthérie et l'inflammation de la plèvre ne sont pas directement atteintes parce qu'on empêche le malade d'être étouffé par leurs produits. Mais qu'importe, après tout, la part qu'en bonne justice il faudrait laisser à la nature dans l'honneur de la guérison, quand on a sauvé le malade?

La médecine du symptôme n'a malheureusement pas une telle portée dans la plupart des maladies chroniques. On y recourt, en général, non plus pour sauver, mais pour soulager. Car, alors même qu'il est sans illusion sur un dénouement inévitable, le médecin est encore appelé à intervenir s'il peut épargner une douleur au malheureux patient, ou prolonger de quelques jours son existence.

Par exemple, dans la phthisie, les vomissements sont une complication très-pénible pour le malade, et qui contribue à le jeter plus rapidement dans le marasme. On lui rend un réel service quand on parvient à les écarter, et l'on y arrive quelquefois en s'attaquant uniquement à ce symptôme, sans rien essayer pour empêcher l'évolution des tubercules. Je viens d'en voir un remarquable exemple à la Charité, dans le service de M. Woillez, salle Saint-Vincent, n° 25.

Une femme âgée de quarante-neuf ans, atteinte depuis longtemps de phthisie pulmonaire, vomissait depuis plusieurs mois à peu près tout ce qu'elle prenait. La déglutition provoquait la toux, et les aliments étaient rejetés.

M. Woillez, suivant une méthode qu'il a préconisée et qu'il applique déjà depuis plusieurs années, ordonna de badigeonner chaque jour le fond de la gorge, le voile du palais, les amygdales et le pharynx, avec une solution de bromure de potassium dans partie égale d'eau distillée.

L'action attendue fut très-prompte. Dès le lendemain du premier badigeonnage, les efforts de vomissements avaient cessé de se produire. La nutrition se faisant bien, et l'appétit ne manquant pas, c'est une grande amélioration dans l'état de cette malade.

Les résultats de cette médication ne sont pas toujours aussi favorables; mais les inconvénients en sont à peu près nuls, et il est bon d'en essayer dans les cas semblables.

Ce n'est pas, du reste, à propos de malades tuberculeux que M. Woillez eut recours pour la première fois, contre des vomissements, à des applications locales de bromure de potassium. Il s'agissait d'abord d'une jeune fille atteinte de névrose et qui rendait tout de suite, comme par régurgitation, ce qu'on lui faisait avaler. Y avait-il là quelque action réflexe? C'était probable. En pareil cas, on pouvait songer à atténuer la sensibilité réflexe du pharynx par un moyen qui réussit souvent quand il s'agit de faire supporter à cet organe l'application du laryngoscope. La solution dont se servit alors M. Woillez était plus étendue que celle qu'il emploie à présent. Il faisait dissoudre une partie de bromure de potassium dans deux parties d'eau. L'effet obtenu chez cette jeune fille fut d'autant plus encourageant qu'avant le bromure de potassium on avait déjà essayé inutilement les médications les plus diverses.

Depuis lors, le même moyen a été mis également en usage chez un certain nombre de phthisiques. Chez quelques-uns, comme chez la vieille femme dont nous avons parlé plus haut, le succès a été complet; chez quelques autres, on n'a obtenu qu'une amélioration plus ou moins accusée; chez d'autres enfin, les vomissements sont restés rebelles.

On serait bien embarrassé pour prévoir ou pour expliquer ces différences individuelles. Elles ne paraissent pas dépendre de la gravité des lésions tuberculeuses, de leur étendue, de leur siége. Du reste, quels sont donc les phénomènes nerveux, les affections nerveuses de nature réflexe dont on sache le dernier mot?

Or il paraît extrêmement probable que, du moins dans un certain nombre de cas, les vomisssements chez les phithisiques sont un phénomène purement réflexe. Quelquefois, sans doute, ils peuvent tenir à des altérations nerveuses dues au voisinage de tumeurs tuberculeuses. Dans l'adénopathie bronchique, par exemple, les lésions du pneumogastrique sont assez fréquentes, ainsi que M. Barety l'a établi dans son excel-

lente thèse (1). Ces lésions, suivant leur degré, peuvent évidemment modifier le fonctionnement de la partie pharyngo-stomacale du tube digestif, comme celui de l'appareil respiratoire et de la glotte. M. Gueneau de Mussy a rapporté quelques observations de malades devenus aphones par ce mécanisme. Le peumogastrique ou le nerf récurrent se trouvait comprimé et, par suite, paralysé au milieu de tumeurs formées par le développement anormal de ganglions bronchiques.

Ces faits étaient représentés, avec raison, par le clinicien distingué de l'Hôtel-Dieu comme absolument parallèles à ceux de toux coqueluchale résultant d'une adénopathie bronchique.

En effet, si un nerf fortement comprimé ou profondément altéré cesse d'agir, quand, au contraire, il est simplement excité ou irrité dans son trajet, il agit trop. Alors il n'a plus besoin qu'une excitation périphérique lui parvienne pour déterminer des actions semblables aux actions réflexes. Dans l'action réflexe, proprement dite, le couple nerveux est parcouru en son entier par un courant ininterrompu. Ce courant part de la terminaison d'un nerf sensitif pour aboutir à la terminaison d'un nerf moteur, après avoir passé par les cellules d'un centre nerveux. Le nerf moteur est alors, pour ainsi dire, passif. Il ne fait que transmettre une action venue de l'extérieur. Le nerf sensitif, le centre nerveux traversé, ne sont eux-mêmes, en pareil cas, que de purs et simples agents de transmission, qui n'ajoutent rien à ce qu'ils reçoivent. La mise en œuvre a lieu en dehors de leur circuit. Mais qu'une excitation directe parte sur un point de ce circuit, sur le nerf sensitif, sur le centre nerveux ou sur le nerf moteur, et le résultat final sera le même que dans le cas d'une excitation sur l'extrémité du nerf sensitif. Le trajet parcouru aura été plus court, le point de départ étant plus rapproché de l'appareil musculaire qui entre en mouvement; mais ceci ne peut rien changer à la nature du phénomène en ce qui touche le mouvement déterminé.

C'est pourquoi il est fréquemment si difficile de reconnaître jusqu'à quel point tel ou tel mode de fonctionnement se rattache à un état pathologique du système nerveux, les excitations des surfaces dans lesquelles vont se distribuer les nerfs sensitifs ayant des résultats semblables à ceux d'irritations qui portent sur les nerfs.

Toux coqueluchale indépendante de l'adénopathie bronchique et de la coqueluche.

Que l'adénopathie bronchique puisse produire dans certains cas une toux coqueluchale ou quinteuse, la chose a été mise tout à fait hors de doute, spécialement par les recherches de M. Guéneau de Mussy. Les deux malades de son service, dont nous avons déjà parlé la semaine dernière présentent, l'un et l'autre, des quintes extrêmement pénibles allant jusqu'à la suffocation.

Mais il serait besoin de preuves plus directes pour lui faire « attribuer les coqueluches chroniques qui peuvent durer deux ou trois ans, avec le caractère distinctif de la toux, etc. »

M. Guéneau de Mussy, dans ses leçons cliniques, a dubitablement émis cette hypothèse. M. Barété l'a reproduite, en citant son auteur, sans nouvel argument pour ou contre. Ainsi la question est à l'étude, *adhuc sub judice lis est.*

En attendant qu'elle soit élucidée par une série d'observations directes, il peut être utile d'en éclairer certains alentours par des faits connexes.

(1) *De l'adénopathie trachéo-bronchique en général, et en particulier dans la scrofule et dans la phthisie pulmonaire, précédée de l'étude topographique des ganglions trachéo-bronchiques*, par M. le docteur Baréty, lauréat de la Faculté de médecine, etc. — Paris, 1875, A. Delahaye.

En dehors de la coqueluche proprement dite et de l'adénopathie bronchique, certains individus, probablement par suite d'une sensibilité spéciale de la glotte, peuvent présenter pendant quelques jours ou pendant quelques semaines, à l'occasion d'une simple laryngite catarrhale, des quintes de toux absolument semblables, par tous leurs caractères, aux quintes coqueluchales.

J'ai vu notamment ce fait se produire, à diverses reprises, à plusieurs années de distance, dès le début de rhumes ordinaires, chez une personne, chez laquelle je suis parvenu quelquefois à arrêter des accès de ce genre par un moyen dont je parlerai bientôt.

Ces accès étaient effrayants. Ils représentaient, à s'y méprendre, le tableau que Trousseau a si vivement tracé de la coqueluche dans ses leçons cliniques.

Ce qui les provoquait et les entretenait, c'était, comme dans la coqueluche, une sensation persistante de chatouillement, de picotement, de démangeaison dans le larynx. Cette sensation, loin de se calmer, s'accroissait par la toux. Les lèvres de la glotte se resserraient de plus en plus; les inspirations étaient pénibles, prolongées, sifflantes; elles ne survenaient qu'à longs intervalles et quand la poitrine s'était vidée de tout l'air qu'elle contenait par une série de convulsions expiratrices qui produisaient une toux pressée, d'un son rauque. Les veines du cou et de la face se gonflaient, les paupières se tuméfiaient, les yeux se remplissaient de larmes, il existait bientôt des vertiges, des bourdonnements dans les oreilles, un sentiment d'angoisse et de malaise inexprimable se traduisait par tous les gestes; et cela durait plusieurs minutes, qui paraissaient des siècles. Un grand accablement succédait à l'accès.

Voici comment j'expliquai ces accès :

Le chatouillement du début n'a rien d'anormal. En effet, il est naturel que cette sensation soit éveillée par l'inflammation catarrhale sur la muqueuse du larynx, aussi bien que sur la muqueuse des fosses nasales : sur cette dernière, elle produit l'éternuement; dans le larynx, elle produit la toux: également par une action réflexe. Aussi, quand un rhume débute par la muqueuse nasale, pour descendre progressivement jusque dans les bronches, voit-on survenir successivement des éternuements, puis du mal de gorge pharyngien, puis une toux sèche laryngienne, etc. Ici, l'ordre de succession était bien le même, la toux ne commençait qu'à la suite du mal de gorge et après les éternuements. Mais cette toux n'avait pas le caractère habituel. Pourquoi donc s'accompagnait-elle de cette contraction violente des cordes vocales, de ce véritable spasme glottique? Pourquoi se prolongeait-elle en accès si violents, si épouvantables?

Je pensai qu'il se faisait là une sorte de cercle vicieux pour ainsi dire.

L'irritation des cordes vocales avait d'abord provoqué la toux; la toux augmentait cette irritation, par les vibrations excessives des cordes vocales. La sensation de picotement, de démangeaison allait donc en augmentant, au lieu de s'apaiser, et, de même que chez certains enfants atteints de coqueluche, l'accès durait jusqu'au moment où l'arrêt de la respiration avait déjà pour résultat un commencement d'asphyxie. Les mouvements réflexes dont le point de départ est à la surface de la peau ou des muqueuses tendent à s'apaiser quand le sang s'est chargé d'acide carbonique. Ainsi, l'on pourrait expliquer par l'anasthésie asphyxique, la cessation d'un spasme qui s'accroissait sans cesse en même temps que la sensation parallèle.

S'il en était ainsi, peut-être, en évitant les vibrations trop énergiques des cordes vocales, pourrait-on empêcher l'accès. En effet, la muqueuse glottique se trouverait alors dans les mêmes conditions que la muqueuse nasale au début d'un catarrhe. Les chatouillements, les picotements y seraient fugaces ou trop peu marqués, pour entretenir, malgré tous les efforts, un spasme permanent de la glotte et une série indéfinie de convulsions expiratrices.

Je recommandai, au moment où la démangeaison allait contraindre à tousser de fermer la bouche et, pour plus de sécurité, de couvrir les lèvres avec la paume de la main, appuyée fortement et rapprochée de l'orifice nasal.

Les détours que la colonne d'air doit faire à travers les fosses nasales en partie fermées, modifient singulièrement les caractères de la toux.

Le premier effet d'une expiration convulsive étant d'augmenter momentanément la pression de l'air dans la cavité pharyngienne, les lèvres de la glotte vibrent moins fortement que lorsqu'il existe au-dessus d'elles une communication très-large et très-directe avec l'air libre.

En ayant soin surtout de faire une série très-rapprochée de mouvements respiratoires, alternativement inspiratifs et expiratifs, on est étonné de la facilité relative avec laquelle on évite la toux et la contraction spasmodique de la glotte.

Le résultat répondit pleinement à mon attente. Il faut une certaine volonté pour fermer violemment la bouche quand on a envie de tousser, et pour diminuer en même temps l'abord de l'air par le nez. On se sent un désir ardent de faire une profonde inspiration, avec la bouche bien ouverte, et de faire vibrer en toussant les cordes vocales. Mais quand on résiste à ce désir, la démangeaison ne s'accroissant pas, le besoin de tousser s'apaise et l'on en est quitte en quelques secondes.

Je ne parle pas, bien entendu, de la coqueluche proprement dite ni de l'adénopathie bronchique, mais seulement des accès que je viens de décrire, les ayant souvent observés.

Dr Victor Revillout.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES TUMEURS INTRA-LARYNGIENNES (1)

Par le docteur Édouard Fournié
médecin à l'institut des Sourds-Muets.

Troisième observation. — *Fibrôme de provenance syphilitique.*

Le malade dont il s'agit ici est âgé de trente-huit ans, d'une constitution athlétique et d'un tempérament nervoso-bilieux. Dix ans auparavant il avait été atteint d'un chancre induré suivi de roséole, d'ecthyma, de plaques muqueuses à la gorge et au larynx, et, tout cela, malgré le traitement le mieux institué par les praticiens les plus autorisés. Il y a quatre ans, M. le docteur Burguet (de Bordeaux) nous montra pour la première fois ce malade, atteint en ce moment d'aphonie. Des granulations inflammatoires, développées sans doute sur des plaques muqueuses des rubans vocaux, étaient la cause de ce trouble. Quelques cautérisations, secondées par un traitement antisyphilitique, firent disparaître les granulations et l'aphonie.

Quelque temps après les mêmes accidents se présentaient; mais, cette fois, avec plus d'intensité et avec une résistance absolue à toute espèce de traitement. M. le docteur Burguet, qui manie très-bien le laryngoscope, diagnostiqua la présence de végétations charnues, volumineuses, au-dessus des rubans vocaux. Ces végétations ayant résisté aux cautérisations et à divers essais d'extirpation, notre honorable confrère nous adressa de nouveau le malade dans le courant de juillet 1874.

Voici quel était son état à cette époque : aphonie complète ; léger trouble de la respiration surtout pendant l'ascension des escaliers. D'ailleurs aucun signe organique ou fonctionnel de syphilis, nulle part ailleurs que dans le larynx.

L'examen de la cavité laryngienne nous permit de constater la présence d'une tumeur arrondie ne remplissant pas entièrement le godet susglottique, mais s'élevant au niveau de la partie saillante de l'épiglotte ; ses dimensions en ce moment étaient celles d'une noisette de moyenne grosseur. En provoquant de grands mouvements d'inspiration, nous pouvions entrevoir au-dessous de cette tumeur une autre production de forme cylindrique, terminée en bec de plume et occupant l'intervalle qui sépare les deux rubans vocaux.

Bien que le traitement iodo-mercuriel eût été institué à plusieurs reprises par M. le docteur Burguet, et de la façon la plus irréprochable, nous crûmes devoir administrer l'iodure de potassium jusqu'à la dose progressive de 4 grammes par jour. Pendant ce temps nous cherchions à saisir la tumeur avec nos pinces, et nous n'y parvenions que difficilement, vu l'indocilité rare du malade. Cependant, après quelques jours d'essai, nous étions plus heureux, et, après avoir saisi confortablement la tumeur, nous exercions sur elle les tractions les plus énergiques. Inutiles efforts! la tumeur résistait, et c'est à peine si nous ramenions quelques épluchures épithéliales adhérentes aux dentelures de la pince.

Mais ces tentatives eurent un résultat précieux. Nous pûmes constater ainsi que la tumeur était dure et assez élastique pour rester aplatie pendant quelques instants sous l'influence de la pression de la pince, et à la faveur de cet aplatissement nous nous assurâmes que la tumeur s'insérait dans l'angle rentrant du cartilage thyroïde depuis les rubans vocaux jusqu'à la base de l'épiglotte.

Vu la solidité et l'étendue de cette adhérence, nous ne pouvions pas espérer réussir dans l'extirpation par les voies naturelles, et nous proposâmes la laryngotomie. Le malade s'étant formellement refusé à subir cette opération et nous permettant de tout tenter en dehors d'elle, voici le plan que nous adoptâmes, et qui fut suivi jusqu'au bout :

Nous devions, aussi souvent que possible, saisir la tumeur avec des pinces fortement dentelées, la pétrir en quelque sorte entre les mors, et, par des tractions sérieuses, la détacher progressivement de haut en bas, de la base de l'épiglotte jusqu'aux rubans vocaux, la pédiculiser enfin jusqu'au point où nous pourrions facilement et sans danger l'extirper d'un seul coup.

Ce plan nous paraissait réalisable, logique, d'une exécution facile, mais nous ne pouvions pas nous douter du temps que nous prendrait sa réalisation. Nous commençâmes au mois d'octobre 1874 ; l'introduction de la pince ne fut pas toujours ni aussi heureuse ni aussi fréquente que nous l'aurions voulu, vu l'indocilité du malade et les temps de repos assez fréquents. Ce ne fut qu'au mois de mars 1875 que, suffisamment pédiculisée, la tumeur fut enlevée. Ce corps charnu présentait la forme d'un cône tronqué dont la petite extrémité touchait l'insertion antérieure des rubans vocaux, tandis que l'extrémité renflée venait se montrer à l'orifice supérieur du larynx ; sa longueur était de 3 centimètres et son plus grand diamètre de 2 centimètres. Tandis que, sur la plus grande partie de son étendue cette tumeur présentait un aspect *rugeux* et,

(1) Fin. — Voir le numéro du 10 juin.

chagriné, on voyait sur un de ses côtés un large ruban, étendu de haut en bas, et parfaitement *lisse*. Cette surface lisse et bien cicatrisée, sauf en bas, représentait la partie adhérente de la tumeur que nous avions peu à peu séparée des tissus sains par des déchirures successives.

Mais notre tâche n'était pas finie. Au-dessous de la tumeur que nous venions d'enlever se trouvait un autre corps charnu cylindrique et implanté, d'une part, dans l'angle d'insertion antérieure des rubans vocaux, d'autre part sur le bord inférieur du ventricule gauche du larynx. Ce corps masquait toute la partie antérieure du ruban vocal gauche. Plusieurs séances furent consacrées à l'extirpation de cette excroissance, et dès lors nous pouvions reconnaître l'état de la cavité larygienne dans toute son étendue. Le ruban vocal droit était intact; mais le ruban vocal gauche avait perdu sa blancheur nacrée et ne représentait plus qu'un petit cordon charnu uniformément rouge et impropre à fournir des vibrations sonores convenables. Dans ces conditions, le malade, bien que débarrassé de sa tumeur, ne pouvait fournir que des sons rauques. Cet état était-il susceptible d'être modifié?

La réponse à cette question était subordonnée au diagnostic anatomique et ce dernier à l'analyse histologique. Il fallait examiner la tumeur au microscope et déterminer ensuite la génèse des modifications anatomiques qui étaient survenues dans le ruban vocal.

Après avoir durci la tumeur dans l'acide chromique, nous avons pratiqué une coupe très-mince que nous avons traitée par le carmin et l'acide acétique. La structure anatomique de cette coupe était évidemment fibreuse; elle était composée de fibres connectives entre-croisées, au milieu desquelles on rencontrait des cellules plasmatiques munies de prolongements. L'absence de cytoblastions et de nodules à cellules centrales atrophiées et granuleuses éloignait de notre esprit l'idée que cette tumeur pût être une *gomme*. C'était bien réellement un *fibrôme de provenance syphilitique*.

Mais existe-t-il des fibrômes syphilitiques ou plutôt les fibrômes ainsi désignés ont-ils un caractère spécial qui les distingue des autres? Jusqu'à présent on n'a pas découvert ce caractère. C'est pourquoi nous désignons ces productions en disant *fibrôme de provenance syphilitique*, donnant à entendre par là que le fibrôme, espèce pathologique distincte, s'est développé à l'occasion d'un processus irritatif de nature syphilitique. Voici, d'ailleurs, comment nous comprenons cette genèse.

La muqueuse du larynx est très-souvent le siége de manifestations syphilitiques, soit sous forme érythémateuse, soit sous forme ulcéreuse. Ces manifestations guérissent d'ordinaire très-facilement sous l'influence du traitement spécifique avec ou sans cautérisations. Mais si une irritation locale permanente, la fumée du tabac, par exemple (c'était le cas de notre malade), empêche la guérison de ces manifestations, de véritables bourgeons charnus se développent à la surface des ulcérations, les éléments conjonctifs de la muqueuse sont le siége d'un travail hyperplasique, et nous avons ainsi toutes les conditions favorables à la production d'une tumeur fibreuse. L'irritation n'a pas besoin d'être de nature syphilitique pour produire des effets semblables. Aussi nous nous gardons bien de désigner sous le nom de *fibrômes syphilitiques*, comme on le fait généralement, les tumeurs qui se développent sous l'influence irritative de la syphilis.

Nous insistons sur ce point parce que ces néoformations sont rebelles au traitement spécifique et qu'elles peuvent persister alors même que toute influence syphilitique a été éloignée de l'organisme. Le seul traitement qui leur soit applicable, c'est l'extirpation.

Les fibrômes de provenance syphilitique se distinguent ainsi des *gommes*, non-seulement au point de vue histologique, mais encore au point de vue de leur sensibilité au traitement. Les gommes disparaissent le plus souvent sous l'influence du traitement antisyphilitique, les fibrômes jamais.

Ces considérations nous permettent de formuler un pronostic raisonné sur l'état fonctionnel du larynx de notre malade. Il est certain qu'à la longue il pourra recouvrer l'intégrité des sons de la voix, car le processus irritatif qui a amené la transformation charnue d'un ruban vocal pourra suivre une marche rétrograde et ramener les parties à leur état normal.

Mais ce résultat ne pourra être obtenu qu'à certaines conditions : 1° que le malade cessera d'entretenir l'irritation par la fumée du tabac; 2° qu'il n'abusera pas de la parole; 3° que, par des moyens topiques appropriés, il calmera peu à peu et modifiera les parties enflammées.

A ces conditions, le ruban vocal transformé pathologiquement reprendra ses fonctions dans l'espace de quelques mois. Malheureusement le malade n'a jamais cessé d'abuser de la fumée du tabac, malgré l'insistance de nos conseils.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 juin 1875 (1). — Présidence de M. Le Fort.

SCRUTIN

La société procède au vote pour la nomination d'une commission chargée de dresser la liste des candidats au titre de membre titulaire.

Sont nommés : MM. Marjolin, Terrier et Panas.

COMMUNICATION

Sur deux points de pratique des hernies étranglées. — M. Rigaud donne lecture d'une note sur deux points importants du manuel préparatoire des hernies étranglées. La longue pratique du professeur de Nancy l'a amené à cette opinion qu'il n'y a pas deux cas absolument semblables et que, chaque fait particulier différant des autres, il n'est pas possible de poser des règles invariables pour cette opération. Il est important, au contraire, puisque c'est une opération d'urgence, que chaque médecin peut être appelé à pratiquer, d'en simplifier les règles. Les données anatomiques sont moins utiles que ne l'ont dit les auteurs. Vouloir diviser les téguments couche par couche est une vue de l'esprit qui n'a rien de pratique; c'est une règle établie par les anatomistes, mais non par les opérateurs.

Les couches qu'ils indiquent sont souvent modifiées par la présence plus ou moins ancienne de la tumeur, tantôt elles sont dédoublées ou épaissies, tantôt elles sont amincies ou détruites. Il n'y a qu'une seule indication opératoire à formuler, arriver avec sécurité sur le viscère. C'est dans le voisinage de l'intestin, et là seulement, que la prudence est indispensable. Dans ce but, voici le procédé mis en usage par M. Rigaud : il croit préférable de ne pas se servir du chloroforme. Le premier temps seul est fort douloureux, mais l'avantage qu'aurait alors son emploi est contre-balancé par les inconvénients d'un réveil imprévu ou des mouvements involontaires. Les malades, d'ailleurs, sont maintenus par l'espoir d'un prompt soulagement et par la crainte d'augmenter les dangers d'une opération dont ils savent que dépend leur salut. C'est au moment de la rentrée des viscères herniés que le relâchement complet serait nécessaire; mais l'action du chloroforme est alors épuisée, et le chirurgien, peu ou mal secondé, ne peut plus s'en occuper. Dès

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 10 juin.

qu'un certain nombre de couches a été divisé, et que l'on juge que l'intestin n'est pas éloigné, il faut abandonner les pinces et les remplacer par le pouce et l'index bien séchés et enduits de poudre d'amidon. On essaye alors de faire un léger pli à la surface de la tumeur; si l'on sent au-dessous de ce pli une tumeur globuleuse, ce n'est pas l'intestin que l'on tient, et l'on doit, sans hésiter, inciser sur ce point. On recommence la même manœuvre, et, si l'on sent au-dessous du nouveau pli qu'ont fait les doigts une cavité au lieu d'une tumeur globuleuse, on est bien probablement sur l'intestin. On débride alors. Quelquefois le relâchement obtenu par suite du débridement permettra de former de nouveau un pli à la surface. On l'incisera de la même manière, et lorsqu'on sera sûr de ne pouvoir en former d'autre, on aura aussi la certitude d'être sur l'intestin.

Le deuxième point de pratique sur lequel insiste M. Rigaud est le suivant : Lorsqu'on est arrivé sur l'intestin, on peut le reconnaître certainement en le touchant intentionnellement avec le bistouri; il s'en échappe une nappe de sang relativement considérable, venant de la couche musculaire. Cette légère blessure est sans danger; mais on ne doit jamais aller plus loin quand l'écoulement du sang prend cet aspect caractéristique.

DISCUSSION

M. DESPRÈS. Si l'on a fait des tentatives immodérées de réduction, il s'est produit une hémorrhagie dans toutes les couches. C'est le seul cas où il soit difficile de trouver l'intestin. L'intestin ne ressemble à rien autre. M. Maisonneuve conseille de continuer toujours d'ouvrir tant qu'on n'est pas sûr d'être sur l'intestin.

M. DUBRUEIL. M. Maisonneuve formule ainsi ce précepte : Tant que vous avez des doutes, vous n'êtes pas sur l'intestin.

M. RIGAUD. L'objet de cette note est précisément de lever ces doutes, dans les cas où l'on pourrait être embarrassé.

La séance est levée.

Séance du 9 juin 1875. — Présidence de M. LE FORT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. TILLAUX offre à la société, le premier fascicule d'un *Traité d'anatomie topographique, avec applications à la chirurgie.*

M. VERNEUIL dépose, de la part de M. Corradi, de Pavie, un *Traité de la chirurgie en Italie depuis la fin du siècle dernier jusqu'au moment présent.*

LECTURE

De l'emploi de la force mécanique dans les accouchements. — M. GUÉNIOT donne lecture de la première partie d'un mémoire sur cette question qui divise les accoucheurs. Les uns sont partisans déclarés de l'emploi des machines, les autres le rejettent absolument. Entre les deux opinions se placent ceux qui, sans admettre exclusivement l'une ou l'autre méthode, veulent qu'on prenne à chacune d'elles ce qu'elle a de bon. M. Guéniot se range de l'avis de ces derniers. Il n'aborde aujourd'hui ce sujet qu'au point de vue théorique et ne traitera que cette question : De ce qu'en chirurgie ordinaire on tire assez souvent un avantage réel de l'usage des machines, est-on fondé à déduire qu'en chirurgie obstétricale il en soit de même?

Dès l'antiquité les machines ont été en usage pour la chirurgie. Hippocrate, Celse, les ont employées pour la réduction des fractures ou des luxations. Ambroise Paré, les deux Fabricius, J. L. Petit en étaient partisans. Au dix-septième siècle, elles sont bannies comme dangereuses par l'Académie royale de chirurgie. Boyer partageait encore cette erreur. Mais bientôt l'opinion des anciens reprend faveur; on s'applique seulement à rendre les machines moins dangereuses. Personne ne nie aujourd'hui leur utilité dans certains cas. Mais, en chirurgie, leur usage est restreint aux affections des os. On se propose tantôt de vaincre les contractions musculaires qui s'opposent à la réduction d'une fracture ou d'une luxation, tantôt de faire céder des brides fibreuses, ou de rompre un cal vicieux, etc. M. Guéniot fait ici abstraction des machines permanentes, comme les bandages herniaires, les corsets, les compresseurs, qui ne sont pas destinés à développer une force supérieure à celle du chirurgien, mais seulement à rendre cette force continue. Celles dont il parle ici et qu'il appelle machines de renfort, ont pour but de produire une force supérieure à celle d'un homme, et plus susceptible d'être réglée. En pratique obstétricale, on n'a jamais pour objet de vaincre une résistance musculaire ni de rompre des adhérences fibreuses. L'opérateur cherche, au contraire, à favoriser les efforts musculaires de la mère. Ce qu'il veut obtenir, c'est l'élargissement lent des diamètres du bassin ou la diminution de ceux de la tête, organes qu'il faut ménager le plus possible en raison de leur importance et de l'aptitude inflammatoire des organes intra-pelviens chez la femme. Les conditions d'intervention ne sont donc plus les mêmes qu'en chirurgie ordinaire, le but est aussi différent. En obstétrique, des tractions manuelles énergiques et prolongées ont amené souvent des résultats inattendus. Mais ces tractions vigoureuses, qui nécessitent quelquefois la force de deux hommes, fatiguent vite l'opérateur, dont les efforts deviennent inégaux. Dans ce cas une machine peut être utile, à la condition qu'elle sera simple et qu'on pourra graduer la force qu'elle déploiera. En principe elle a sa raison d'être, son emploi est logique et légitime.

Mais faut-il faire des tractions forcées ? Lorsqu'il faut lutter contre un rétrécissement pelvien tel que la céphalotripsie semble être la seule ressource, on doit tenter ce moyen si l'on a chance de sauver l'enfant sans faire courir trop de risques à la mère, mais dans ce cas seulement. Ces idées ne sont pas reçues en Angleterre, où l'on sacrifie le fœtus avec un incroyable abandon. Il résulte d'une statistique de Tiller Schmitt que sur 1,000 céphalotripsies, 440 seulement ont été faites pour des rétrécissements pelviens; les autres pour des difficultés qu'on résout en France par des moyens plus doux.

Il faut proscrire les appareils quand la main peut suffire. Tous ceux qui ont été présentés à la Société de chirurgie depuis quelques mois ont pour but de faire l'accouchement depuis le commencement de travail jusqu'à l'expulsion de l'enfant. C'est un abus. Dans les accouchements les plus difficiles, il n'est en général nécessaire de faire des tractions énergiques que pendant quatre ou cinq minutes, et la main est toujours suffisante et moins dangereuse.

Les rétrécissements du bassin, le développement exagéré de la tête sont les seuls cas qui légitiment l'emploi des machines, mais jamais les difficultés causées par les parties molles.

DISCUSSION

M. BLOT se déclare adversaire de l'emploi de la force, et tous ceux qui ont une certaine pratique obstétricale sont d'accord sur ce sujet. Toutes les machines, quelque ingénieuses qu'elle soient, sont dues à des médecins jeunes, qui n'ont pas de connaissances cliniques suffisantes. Plus tard, lorsqu'ils ont acquis la pratique qui leur manque, ils s'empressent de les abandonner. Il n'y a absolument de cas où la force soit nécessaire que ceux où il y a disproportion énorme de volume entre la capacité du bassin et le fœtus qui doit le traverser. Mais la force de la main armée d'un bon forceps qui n'a d'autre but que de régulariser l'emploi de cette force, suffit à tous les cas puisqu'elle seule peut produire l'enfoncement du crâne du fœtus. Le forceps classique, de taille moyenne, peut suffire à tous les cas. Tous les autres appareils sont aveugles et dangereux et compromettent à la fois l'enfant et la mère. Si, dans des cas tout à fait exceptionnels, la main ne suffit pas, il vaut mieux, comme les Anglais, sacrifier le fœtus, car après les violents efforts qu'il a nécessités, il est mort le plus souvent, et n'est plus qu'un corps étranger qu'il faut extraire le plus doucement possible. Ce qu'il importe avant tout, c'est d'établir le diagnostic, de raisonner et d'être adroit.

M. GUÉNIOT. Il est des cas où, le diagnostic étant bien établi, le raisonnement démontre que la seule ressource est de perforer le crâne on d'employer une force exagérée. Mais la force musculaire n'est pas toujours suffisante, et, si un opérateur est assez bien doué

sous ce rapport pour pouvoir, avec la main, produire l'enfoncement du crâne, les efforts qu'il fait sont aveugles. Alors, exceptionnellement, une machine bien réglée semble préférable en théorie. Les observations publiées à l'appui de leur mémoire par les inventeurs d'appareils manquent de détails suffisamment précis pour permettre encore d'aborder ce sujet au point de vue pratique.

M. BLOT. Nos maîtres n'inventaient pas d'instruments parce qu'ils étaient cliniciens.

M. GUÉNIOT. Il y a cependant des instruments d'une utilité incontestables et dont l'usage est tout moderne, l'emploi de la moufle, par exemple, pour la réduction des luxations. Malgaigne reprochait encore à Boyer d'atteler quinze hommes à un membre luxé pour le remettre en place. Il ne faut pas décourager les expérimentateurs jeunes, car plus tard ils s'en tiendront à ce qu'ils auront acquis et ne chercheront plus rien.

M. LE FORT est partisan de l'emploi des forces mécaniques bien réglées toutes les fois qu'elles sont applicables. Dans les luxations récentes, par exemple, pour vaincre la résistance musculaire, on ne peut nier l'utilité des tractions continues, avec le caoutchouc. Elles sont préférables au chloroforme puisqu'elles produisent comme lui le relâchement musculaire sans en avoir les dangers.

M. BLOT. Une machine, même ornée d'un dynamomètre, ne sera jamais en chirurgie un objet de précision, car si l'on sait par ce moyen quelle est la force produite, on ne sait jamais à quel degré du dynamomètre il faut s'arrêter. Avec la main on sent si une résistance est vaincue, ou si elle va l'être, ou si elle ne cédera pas.

M. LE FORT. Lorsque, pour une luxation on employait plusieurs aides, on ne savait jamais quelle force on déployait aussi exactement qu'avec le dynamomètre.

M. GUÉNIOT. Le chiffre précis de la [force à employer dans une opération obstétricale ne sera jamais connu, car il dépend de la constitution individuelle. Mais on sait qu'on n'expose pas la femme en faisant subir à l'enfant des tractions de 40 à 60 kilogrammes. On ne se rend pas compte, il est vrai, avec une machine, des sensations que donne la main, mais lorsqu'on est obligé de faire de tels efforts et lorsqu'on est fatigué, on ne sent plus et l'on ne sait plus ce qu'on fait avec la main.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. DESPRÈS présente un œil qu'il a dû extirper pour un glaucome, treize mois après que M. Panas avait tenté de le guérir par l'iridectomie et l'ablation du cristallin. Malgré cette opération, le soulagement n'a été que momentané, et les douleurs intolérables n'ont pu être calmées que par l'ablation totale de l'œil.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 avril 1875 (1). — Présidence de M. GALLARD.

LECTURE

M. ONIMUS lit l'observation suivante :

Symptômes anormaux dans un cas d'ataxie locomotrice. — Nous signalons l'observation suivante d'ataxie locomotrice à cause des phénomènes curieux de douleurs lancinantes, du début brusque de la maladie, à un âge où il est très-rare de rencontrer ces symptômes, et enfin à cause de la paralysie momentanée qui a accompagné les crises douloureuses.

Mme D..., âgée de trente-huit ans, ne connaît dans sa famille aucune affection nerveuse; son père est mort à quarante-deux ans d'une maladie pulmonaire, sa mère est morte à la fin du siége, à l'âge de cinquante-neuf ans.

A dix-sept ans, habitant Bordeaux, elle est prise tout d'un coup, le soir, de douleurs lancinantes, affreuses, dans la jambe droite, et est aussitôt obligée de garder le lit. Les douleurs n'existent que dans la jambe droite pendant quinze jours, et après ce temps elles se font sentir dans les deux jambes. Elles sont des plus vives, sans répit, empêchant la malade de dormir et lui arrachant constamment des cris. Cette crise dure un moins entier, après quoi les douleurs cessent complétement.

En même temps, les jambes se sont enflées, et l'enflure dans la jambe droite a précédé d'un jour l'apparition des douleurs. L'enflure disparaît aussi brusquement vers la fin de la crise. Pendant tout ce temps, les jambes étaient immobiles, roides, les muscles étaient contractées comme tétaniquement.

Jusqu'à l'âge de trente ans, c'est à peine si, de temps en temps, la malade ressent quelques douleurs, mais elle éprouve constamment un sentiment de froid dans les pieds.

A cette époque, elle est reprise tout à coup, vers le soir, d'une nouvelle crise douloureuse qui dure plus de deux mois. Cette fois-ci les douleurs apparaissent d'emblée dans les deux jambes, pas d'enflure, mais fièvre et vomissements presque constants. En même temps, les deux jambes se trouvent presque complétement paralysées, elle ne peut les mouvoir que légèrement lorsqu'elle est couchée, et lorsqu'on veut la lever, elle s'affaise aussitôt, ses jambes plient et ne peuvent en aucune façon la soutenir.

Les douleurs disparaissent tout à coup, et à partir de ce moment les mouvements et la force musculaire reviennent peu à peu.

Mais, à partir de cette crise, la marche devient plus incertaine, les douleurs momentanées plus fréquentes, et il reste un engourdissement assez prononcé des jambes. Titubation dans l'obscurité.

Sept ans plus tard, c'est-à-dire en 1873, il survient des phénomènes de paralysie oculaire ; l'année suivante, elle est prise d'une nouvelle crise douloureuse de trois semaines, sans paralysie, mais avec des symptômes vésicaux, et des douleurs fulgurantes dans les bras.

Ainsi, chez cette malade, l'affection a surtout procédé par crises, et la première, ce qui je crois n'a pas encore été observé, a débuté à l'âge de dix-sept ans. Après chaque crise, il y a eu une aggravation plus ou moins considérable. Un symptôme remarquable est l'enflure des jambes, dans la première crise, ce qui indique évidemment une participation des nerfs vaso-moteurs à cette période de la maladie. Dans la seconde crise, qui n'a lieu que treize ans après, il est curieux de voir survenir une paralysie des mouvements. Cette paralysie est évidemment de nature réflexe, mais elle est très-intéressante, en ce qu'elle nous montre qu'une irritation très-vive et continue des nerfs sensitifs et de la région postérieure de la moelle peut amener l'épuisement des nerfs moteurs et leur perte d'action aussi longtemps que les phénomènes d'irritation persistent.

DISCUSSION

M. DUROZIEZ demande comment on peut expliquer la disparition complet des accidents.

M. ONIMUS. Voici les faits. A dix-sept ans, crises de douleurs, jambes enflées, etc., quelque temps après, disparition complète des accidents, puis crises légères et espacées jusqu'à trente ans, époque à laquelle les douleurs renaissent, la marche devient incertaine : en un mot l'ataxie reparaît.

M. DELASIAUVE. J'aurais voulu connaître la cause de la première attaque. Dans la jeunesse, il y a souvent des refroidissements qui amènent des douleurs et des paralysies passagères ; il est possible que la première attaque n'ait pas été de l'ataxie proprement dite.

M. ONIMUS. Le froid n'a été pour rien dans la première attaque; la jeune fille a eu des douleurs fulgurantes, identiques à celles qu'elle ressent aujourd'hui.

M. BLONDEAU. La marche ordinaire de l'ataxie est une série de crises, de douleurs fulgurantes, cessant et reparaissant. Mais la distance entre deux crises est généralement moins longue.

M. PETER. Le premier symptôme de l'ataxie est *une série de congestions*, amenant à leur suite des douleurs fulgurantes et, à la longue, une modification des tissus.

Ceci est au moins consolant, car il nous est possible d'agir fortement sur ces congestions, et, par là, d'entraver la marche de l'affection. L'ataxie déclarée avec tous ses symptômes n'est, comme l'a dit si bien M. Durand-Fardel, que le cadavre de la maladie.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 juin.

M. LUNIER. Je désire appeler l'attention principalement sur l'âge. La paralysie et l'ataxie sont des maladies nouvelles, et il se passera pour l'ataxie ce qui s'est passé pour la paralysie. Anciennement, la paralysie générale ne débutait presque jamais avant quarante ans; aujourd'hui, on en voit des cas à vingt-cinq ans. Il en sera de même pour l'ataxie. Je partage, du reste, l'avis de M. Peter. L'ataxie commence par des congestions, et c'est sur ces congestions qu'il est possible d'agir. Au commencement de la paralysie générale, on peut instituer un traitement énergique; c'est ainsi qu'on voit des paralysies générales ne se terminer que vingt ou vingt-cinq ans après leur début. Dans la période initiale, on est en droit d'espérer la guérison. Le fait n'est pas encore évident pour tous, mais peu à peu on arrivera à le reconnaître. Ces accidents congestifs peuvent même être traités à la deuxième période. Car, même quand il existait du délire des grandeurs, de la titubation, on a vu les malades vivre longtemps encore. Ces guérisons ne sont peut-être pas complètes, mais enfin l'existence des malades se prolonge. *(A suivre.)*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Excursions scientifiques. — *Botanique.* — M. Bureau fera sa prochaine herborisation le dimanche 13 juin 1875, sur les bords de la Marne.

Le rendez-vous est fixé au pont de Charenton à onze heures précises.

M. Bureau fera également un voyage botanique, à Angers, le 20 juin 1875. Se faire inscrire à la galerie de botanique du Muséum.

— *Géologie.* — M. Daubrée, en son absence M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, fera une excursion géologique, le dimanche 13 juin 1875, à Lagny, Thorigny et Annet.

On se réunira à la gare de l'Est, où l'on prendra, à neuf heures vingt minutes, le train pour Lagny.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des paralysies périphériques, psr le docteur Henri DESPLATS. Thèse présentée pour le concours d'agrégation. — In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Des températures élevées dans les maladies, par le docteur DU CASTEL. Thèse présentée pour le concours d'agrégation. — In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'influence des études physiologiques sur la connaissance des maladies du système nerveux, par le docteur AUDHOUI, médecin des hôpitaux. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude sur l'hyperthrophie générale de la glande mammaire chez la femme, par le docteur Édouard LABARRAQUE, ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices de Paris, etc. — Paris, 1875, 1 vol. in-8° de 138 pages. Prix : 3 francs. — J. B. Baillière et fils.

De la coïncidence des lésions mitrales et aortiques, par le docteur TOURTELOT. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'arthrite tuberculeuse, démonstration de cette affection par inoculation de produits synoviaux. Étude accompagnée d'observations recueillies à l'hôtel-Dieu de Lyon par le docteur J. ROUX, ancien interne des hôpitaux de Lyon. — Paris 1875, 1 vol. in-8° de 49 pages. Prix : 1 fr. 50. — J. B. Baillière et fils.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Vin de Bugeaud toni-nutritif
au quinquina et au cacao.

Les propriétés du **Vin de Bugeaud**, *préparé au vin d'Espagne*, étant celles des toniques radicaux et analeptiques réunis, ce médicament est indiqué dans *l'appauvrissement du sang*, dans *les névroses, les flueurs blanches, la diarrhée chronique, les pertes séminales involontaires, les hémorrhagies passives, les affections scorbutiques, la période de convalescence de toutes les fièvres.*

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

La vogue exceptionnelle acquise par le **Vin de Bugeaud** a éveillé la cupidité de certains industriels. *Les médecins et les malades* devront donc se tenir en garde contre les contrefaçons et les imitations offertes par quelques intermédiaires peu scrupuleux.

Dépôt général : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur, Paris.

Le **Vin de Bugeaud** se trouve dans toutes les principales pharmacies en France et à l'étranger.

Coton iodé du Dr Méhu préparé par
J. THOMAS, *pharmacien de 1re classe, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux, lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.*

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé du Dr Méhu.* C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Prix du flacon : 3 fr. 50. — 48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharmacies.

Liqueur de Baut
AU FER DIALYSÉ.

Souveraine contre la chlorose, l'anémie, etc. Pharm. BAUT, au Havre; 43, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

CHLOROSE, ANÉMIE
PILULES ET SIROP
FAVROT
AU PYROPHOSPHATE DE FER
ET DE MANGANÈSE CITRO-AMMONIACAL
CE SEL NE CONSTIPE PAS

Il fournit les éléments principaux du sang et des os. Son action est héroïque chez les enfants débiles, les convalescents, dans le traitement de l'anémie, de la chlorose, de l'aménorrhée et de la leucorrhée. Solubilité complète. Assimilation facile, saveur agréable.

Prix : 3 fr. Pharmacie FAVROT, 102, rue de Richelieu, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

Alcaloïdes, poisons, et tous médicaments dosés sous forme de **GRANULES** et **DRAGÉES** préparés par
GARNIER-LAMOUREUX et Cie
Plus de 15 ans d'existence ont établi la supériorité de nos produits. *Exiger notre cachet.*
Ph. **VIÉ-GARNIER,** 213, r. St-Honoré, Paris.

VIN ET SIROP IODO-PHOSPHATÉS
de **QUINQUINA FERRUGINEUX**
de **VIÉ-GARNIER.**

VIN MARIANI
à la COCA du PÉROU
Le plus agréable et le plus efficace des toniques.
5 francs la bouteille.
MARIANI, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

ÉPILEPSIE
HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Sirop reconstituant
D'Arséniate de fer soluble
de A. CLERMONT

Licencié ès sciences, ex-interne des hôpitaux de Paris, Pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'Arséniate de fer **soluble** est reconnu d'une absorption, partant d'une efficacité plus régulière et plus sûre que celle de l'arséniate de fer **insoluble.**

Son emploi est naturellement indiqué dans la *chlorose, l'anémie,* la *cachexie paludéenne,* la *phthisie pulmonaire,* les *maladies de la peau,* les *névralgies,* le *diabète,* etc.

Chaque cuillerée à café représente exactement 1 milligramme d'Arséniate de fer **soluble.**

Ph. E. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris ET DANS TOUTES LES PHARMACIES. — Fl. 2 fr. 50.
Vente en gros : E. GRILLON, 27, r. Rambuteau, Paris.

Pilules de Pepsine de Hogg.
La forme pilulaire est à la fois le mode le plus facile et le plus sûr d'administrer la pepsine ; ce précieux médicament est, sous cette forme spéciale, mis à l'abri du contact de l'air et ne peut s'altérer ni perdre de ses propriétés, son efficacité est alors certaine.

Ces pilules sont de trois préparations différentes :
1° *Pilules de Hogg* à la pepsine pure ;
2° *Pilules de Hogg* à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène ;
3° *Pilules de Hogg* à la pepsine unie à l'iodure de fer inaltérable.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.






PEPSINE BOUDAULT
SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, SUCCESSEUR DE BOUDAULT, 24, RUE DES LOMBARDS, A PARIS.

MALADIES DE LA PEAU
LES GRANULES
Et le Sirop d'Hydrocotyle asiatica
DE J. LÉPINE

Pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry sont, d'après le Dr CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : **Eczéma, Psoriasis, Lichen, Prurigo, Dartres,** etc., etc.

Dépôt général à Paris : 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré, et pour la vente en gros : 99, r. d'Aboukir

PRIX MONTYON DE 2,000 FRANCS
VINS DE QUINQUINA TITRÉS DIASTASÉS
D'OSSIAN HENRY
Membre de l'Académie nationale de médecine, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ SIMPLE — VIN DE QUINQUINA TITRÉ IODÉ
VIN DE QUINQUINA TITRÉ FERRUGINEUX

d'après les analyses faites au laboratoire de l'Académie de médecine par le Dr HENRY fils

Ces Vins sont d'une richesse incomparable en principes actifs, d'une composition constante et chimiquement définie, d'une conservation illimitée; goût très-agréable du vin blanc d'Alicante.

E. FOURNIER ET Cie, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

SIROP BARBARIN
au phosphate de chaux (monocalcique)
Paris, 163, r. de Belleville et pharm. **2 fr. 50**

VIANDE CRUE ET ALCOOL
Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO. PHTHISIES, *Anémie,* **Rachitisme,** DIABÈTE, *Diarrhée,* **Cachexies,** *Albuminurie, la* **Convalescence,** *l'épuisement. (Gros), 8, r. Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

KOUMYS-EDWARD
SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

14, rue de Provence, à Paris.
Expéditions en province.

CONTREXÉVILLE
(SOURCE DU PAVILLON)
CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.
ÉTABLISSEMENT OUVERT
DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Nouveau traitement du rhumatisme cérébral ou méningite rhumatismale par l'hydrate de chloral. Trois cas de guérison.

Chacun sait combien est grave ce que les uns appellent la *métastase du rhumatisme sur le cerveau,* et d'autres le *rhumatisme cérébral* ou bien la *méningite rhumatismale.* Je crois donc utile de faire connaître aux médecins trois cas de rhumatisme cérébral que je viens de voir guérir par l'hydrate de chloral, mais avant, je veux dire quelques mots de la question nosologique.

Quand le rhumatisme articulaire disparaît des articulations et produit des symptômes cérébraux de délire, de coma et de paralysie respiratoire, suivis de mort en quelques heures, y a-t-il métastase du principe rhumatismal, ou bien est-ce le rhumatisme articulaire, qui est de sa nature mobile, ambulant, qui atteint le cerveau comme il atteint parfois le péricarde, le cœur, l'endocarde ou la plèvre?

Ceux qui n'admettent pas les métastases, malgré les nombreux exemples que nous en offre l'observation, affirment que le rhumatisme arrivant des articulations sur les méninges et sur le cerveau, n'est pas un déplacement du mal, mais une manifestation nouvelle de la maladie. Ils soutiennent que le rhumatisme est une affection locale du tissu fibro-séreux articulaire qui peut se jeter sur la séreuse du cerveau, comme elle se jette sur les séreuses du cœur ou sur la plèvre, et que ce n'est qu'une des formes du mal. Pour eux, le rhumatisme n'est plus une affection humorale qui se fixe sur les articulations. C'est une inflammation du tissu fibro-séreux articulaire amenant l'épanchement de synovie, parfois la suppuration de la synoviale, et pouvant être limitée aux jointures ou bien s'étendre au cœur ou au cerveau. Ils n'appellent plus métastase le rhumatisme du cœur et ils ne pensent pas qu'il faille en faire davantage pour le rhumatisme du cerveau. Enfin ils soutiennent que le rhumatisme est une maladie locale à manifestations multiples.

Au contraire, les partisans de la métastase rhumatismale affirment que le rhumatisme est une maladie générale, que ce n'est pas seulement une inflammation des jointures, car cette inflammation diffère de l'arthrite traumatique, laquelle est la véritable inflammation articulaire. En effet, l'arthrite traumatique suppure souvent, en abondance, elle est mono-articulaire fixe, et ne quitte pas la jointure qu'elle a occupée au moment de guérison, tandis que le rhumatisme articulaire est mobile, ne suppure pas, quitte une articulation, y revient et peut ainsi parcourir toutes les jointures, ce qui est contraire à l'idée de maladie locale et indique une diathèse. C'est une fluxion séreuse plus qu'une inflammation phlegmoneuse, et de cette fluxion erratique ou mobile résulte la possibilité des déplacements fluxionnaires. Aussi, à l'état aigu, en voyant chez les rhumatisants la maladie articulaire diminuer ou disparaître d'un endroit pour se porter à l'intérieur sur les séreuses du poumon, du cœur ou du cerveau, et à l'état chronique, donner lieu à des affections cutanées d'arthrites ou à des affections muqueuses, oculaires, névralgiques ou autres, l'id[illegible] se présente à tout esprit pour l'interprétation des phénomènes.

La question resterait peut-être encore douteuse, si cette métastase rhumatismale était la seule que l'on connût; mais il y a d'autres faits, de nature différente, qui démontrent l'existence des complications humorales ou métastatiques.

Ainsi, tout le monde admet la métastase blennorrhagique du genou ou de l'épaule, c'est l'arthrite blennorrhagique. Personne ne conteste le transport des oreillons sur le testicule, il y a bien d'autres faits de même nature; donc les métastases existent, et ce que l'on qualifie de métastase rhumatismale n'est pas chose impossible.

Reste à déterminer si les symptômes de rhumatisme cérébral sont des phénomènes métastatiques.

Il est bien évident pour les cliniciens, car je ne parle pas des médecins de laboratoire, il est bien évident que le rhumatisme est une diathèse héréditaire, pouvant parfois apparaître sous l'influence du froid chez des individus non prédisposés, absolument comme la phthisie tuberculeuse et caséeuse, qui est à la fois héréditaire et acquise. Ce fait met hors de doute l'existence de la diathèse rhumatismale et de l'arthritis.

A l'état aigu, le rhumatisme poly-articulaire ne saurait être envisagé comme une maladie locale de cause externe, en raison de ses manifestations multiples. En effet, ces manifestations révèlent un consensus sympathique du tissu fibreux, par lequel un point de ce tissu malade met en d'autres points les parties analogues de ce système anatomique à l'état d'imminence morbide, et la moindre cause occasionnelle y fait éclater le mal. Ainsi se développent les fluxions et les inflammations cardiaques, pulmonaires et méningées.

A l'état chronique, ce sont d'autres manifestations qui, sous

une forme différente, révèlent l'arthritis. Dans le tissu fibro-séreux articulaire, les proliférations conjonctives; dans la peau, des éruptions de nature variée; dans les nerfs, des douleurs névralgiques spéciales; dans l'œil, des lésions iriennes et sclé-roticales graves; dans les muscles, enfin, une susceptibilité au froid, telle qu'un souffle produit des douleurs plus ou moins vives.

Dans cet ensemble, révélé par de longues et nombreuses observations de malades, qui ne voit la preuve d'une diathèse se présentant sous la forme aiguë et chronique, se manifestant par des fluxions séro-articulaires douloureuses et par des fluxions séreuses intérieures disséminées, plus ou moins marquées, éphémères, et à répétition variable. C'est dans ces conditions que le principe morbide apparaît sur un plus ou moins grand nombre de points à la fois, qu'il se déplace ou se fixe, et alors en vertu de cette loi hippocratique : « *De deux altérations semblables développées sur des organes différents, la plus forte enlève l'autre.* » Le rhumatisme occupant le cerveau entraîne des accidents formidables, qui dominent la situation en la rendant très-grave, souvent mortelle.

Ce n'est donc pas sans raison que quelques médecins admettent le rhumatisme comme une diathèse, et la plupart de ses manifestations internes ou externes, aiguës ou chroniques, comme des affections spécifiques ou métastatiques.

Maintenant, en dehors de la pathogénie des affections rhumatismales ou arthritiques internes, dont j'ai voulu dire quelques mots, il y a une question de faits : c'est la nature de la lésion qui caractérise le rhumatisme fixé sur le cerveau. Métastase rhumatismale ou manifestation secondaire de rhumatisme, cette complication est généralement suivie de mort; mais quelle est la lésion qui fait périr les malades?

Ceux qui ont dit : *rhumatisme cérébral*, ont voulu indiquer [illegible] fluxionnaire hyperémique plutôt qu'inflammatoire. Ainsi ont pensé : Vigla, dans un très-bon travail reposant sur cinq observations nouvelles, 1855; H. Bourdon, Cossy, Sandras, Picard et tant d'autres. Au contraire, les médecins qui, à l'exemple de Requin, Gosset, etc., admettent l'existence d'une *méningite* rhumatismale, et je suis du nombre, affirment que s'il n'y a point d'inflammation phlegmoneuse comme dans la méningite simple ou cérébro-spinale, il y a un état inflammatoire superficiel ne produisant qu'une forte hyperémie cérébrale, avec une plus ou moins grande quantité de leucocythes dans les méninges et dans la substance corticale. C'est là ce qui constitue la méningo-encéphalite. Et la preuve qu'il y a bien là une méningo-encéphalite, c'est que, ainsi que je l'ai découvert et figuré dans des chromo-lithographies publiées en 1865, le fond de l'œil présente des lésions caractéristiques de la phlegmasie méningée avec violente hyperémie cérébrale.

Ce fait, qui vient éclairer la nature du rhumatisme cérébral, est considérable et donne au diagnostic une certitude que nul autre moyen ne peut lui donner. C'est un symptôme nouveau à ajouter aux autres, mais il les prime et montre bien tous les avantages que la clinique doit retirer de la *cérébroscopie*.

Ces symptômes ophthalmoscopiques sont l'hyperémie de la papille, assez intense pour en voiler les bords, le rétrécissement de l'artère rétinienne, la couleur foncée de la choroïde, enfin la dilatation excessive des veines de la rétine, leur flexuosité anormale et l'apparition d'un grand nombre de petits vaisseaux papillaires invisibles dans l'état physiologique.

Ces caractères seuls seraient insuffisants pour diagnostiquer quoique ce soit, mais unis aux troubles nerveux du rhumatisme articulaire aigu, ils prouvent que ces troubles ne sont pas seulement fonctionnels et qu'ils résultent d'une lésion capable de gêner la circulation cérébrale, lésion que l'on est droit de considérer comme une méningo-encéphalite spéciale.

Cela étant établi, je vais dire quels sont les traitements qui m'ont le mieux réussi dans le rhumatisme cérébral. L'un est très-rationnel et tout à fait en rapport avec la nature du mal tel que je viens de l'indiquer, l'autre est tout à fait empirique.

Dans un premier cas, chez un fabricant d'armes de Paris, dont le rhumatisme articulaire aigu fut tout à coup accompagné de délire tranquille et d'agitation pour sortir du lit, je crus voir une méningite rhumatismale commençante, diagnostic confirmé par l'ophthalmoscope, et redoutant la fluxion et l'hyperémie cérébrale que chacun admet dans le rhumatisme du cerveau, j'ai imaginé de recourir à la plus énergique révulsion qu'on puisse imaginer. J'ai eu recours à la botte-ventouse de Junod sur les deux membres inférieurs, et après avoir placé les appareils, je fis le vide de telle façon que les cuisses, les jambes et les pieds furent instantanément couverts d'hémorrhagies cutanées confluentes, larges comme de petites lentilles.

Le lendemain, le malade était mieux, et je fis néanmoins une application plus modérée de ces ventouses sur les jambes, douloureuses et œdématiées. Il ne fut pas nécessaire de recommencer, car le malade paraissait bien et, en effet, il guérit.

Dans les autres cas, pendant le rhumatisme aigu, des phénomènes de délire tranquille ou furieux survenant tout à coup et caractérisant une complication cérébrale, j'eus recours à l'*hydrate de chloral*, impérieusement commandé par l'état de fureur d'une des malades. Ces malades guérissent, et dans un troisième cas, observé avec le docteur Coizeau, bien que le délire ne fût pas aussi intense, je conseillai également le chloral. La médication eut encore un plein succès.

Voici ces observations, l'une a été observée dans la clientèle de mon confrère le docteur Joseph; l'autre, dans la clientèle du docteur Coizeau, et la dernière dans celle du docteur Corlieu. (*A suivre.*)

CLINIQUE OPHTHALMOSCOPIQUE. — M. AD. PIÉCHAUD.

Observation de glaucome aigu ayant succédé à un glaucome inflammatoire chronique.

L'étude des affections glaucomateuses doit tenir une large part dans la pathologie oculaire. A elle se rattachent un grand nombre de faits, qu'avant la découverte de l'ophthalmoscope on laissait volontiers dans l'isolement, ne pouvant, à cause de la pénurie des moyens d'investigation, leur donner une signification précise en tant que *symptômes*. De ces faits, les uns peuvent être dans bien des cas rapportés sans hésitation à la cause qui les a engendrés, et dont ils sont pour ainsi dire l'*expression immédiate*, les autres n'ont qu'une valeur relative et ils ne sauraient, comme dans l'observation ci-jointe, fournir de données réelles au diagnostic que par leur succession, leur enchaînement et leur interprétation. C'est ce que je cherche à établir dans le courant de cette observation et dans les réflexions qui viennent après.

§ I.

OBSERVATION. — Mme A..., âgée de soixante-trois ans, demeurant à Ivry-la-Bataille (Eure), voyageait, le 15 septembre 1873, sur la ligne d'Orléans à Louviers, lorsque, entre les stations de Dreux et de Marsilly, elle a été victime d'un accident de chemin de fer.

Pendant que le train allait avec une moyenne vitesse, le wagon qu'elle occupait a déraillé et a été aussitôt renversé sur le flanc. Tous les voyageurs, au nombre de vingt-sept, ont ressenti un choc épouvantable et ont été projetés en masse du côté des portières et des vasistas. Le wagon a été ainsi traîné sur les rails pendant un espace de 100 ou 150 mètres, chaque seconde augmentant le nombre des contusions et des fractures.

Après l'arrêt complet du train et le sauvetage des voyageurs, Mme A..., la seule personne dont j'aie à m'occuper, reçoit les premiers soins du médecin de la compagnie et est transportée chez elle.

Le docteur Soulaître (d'Ivry-la-Bataille), qui l'a examinée à ce moment, a eu l'obligeance de me communiquer les détails qui suivent :

Mme A..., à la suite de son accident, était couverte de contusions, des pieds à la tête, et présentait particulièrement une assez forte ecchymose aux régions temporale et susorbitaire droites. Des douleurs, affectant la forme d'hémicrânies, se sont manifestées aussitôt du côté droit et ont persisté presque sans interruption et avec une égale intensité jusqu'au 2 février 1874, époque à laquelle elles ont redoublé d'énergie et se sont fait sentir dans l'œil du même côté.

Pendant les deux mois de séjour au lit qu'a faits notre malade, les deux yeux avaient présenté une injection assez vive, mais l'inflammation n'avait pas été de nature à inquiéter sérieusement le médecin, lorsque, un peu plus tard, les phénomènes se sont accentués, et à la date précitée, le docteur Soulaître, qui continuait à donner ses soins à la malade, assisté du docteur Baudry (d'Évreux), a vu s'ouvrir une nouvelle phase morbide.

L'œil est devenu plus rouge, l'injection de la conjonctive s'est prononcée à tel point qu'il était impossible de distinguer au travers la sclérotique, et l'inflammation n'a pas tardé à s'accompagner de chémosis et d'un gonflement de la caroncule lacrymale et des paupières.

Pourtant, d'après le témoignage du médecin, il n'y a point eu de complications cornéennes à observer, et je ne sache pas non plus qu'il y en ait eu du côté de l'iris, car cet organe ne présentait, lorsque je l'ai examiné, aucune trace ancienne ou récente d'inflammation.

Les névralgies étaient persistantes, et bien qu'elles n'aient pas cessé un instant, la guérison de l'état local s'est effectuée au bout de quelques jours; seulement un examen attentif de l'œil, fait après la disparition de l'inflammation, a montré l'existence d'une cataracte commençante.

Ici, j'abandonne les notes rapides qui m'ont été fournies par le docteur Soulaître, dans le cours d'une affection dont il était lui-même atteint, et j'arrive à quelques détails complémentaires qui me sont donnés par la malade.

Mme A... me raconte que, depuis le jour de son accident jusqu'au 2 février 1874, elle a été tourmentée de douleurs permanentes, qui s'étendaient de l'arcade sourcilière droite à la nuque, en s'irradiant à la tempe et à presque tout le cuir chevelu, qu'elle n'a pas eu pendant ces quatre mois et demi un seul instant de véritable repos, ni le jour, ni la nuit, que ces douleurs se faisaient sentir toujours avec une égale intensité, mais que cependant elles étaient supportables, la fatigue qui en résultait venant plutôt de leur continuité que de leur acuité.

Au 2 février, ces douleurs deviennent intermittentes et subissent une exacerbation notable. Elles se développent surtout pendant la nuit, et les accès sont si forts que la malade pousse des cris et réveille les personnes de la maison voisine. Ces névralgies ont leur point de départ dans l'œil droit; les affirmations que j'ai obtenues à ce sujet n'ont jamais varié, de sorte qu'il n'est pas resté dans mon esprit le moindre doute par rapport à cette localisation ou à cette origine.

Mme A... arrive à Paris dans les premiers jours de juin, et elle se présente à moi sous les auspices de mon confrère et ami le docteur Barré, qu'elle était venue consulter, et qui me l'adresse aussitôt.

Laissant désormais de côté tous les renseignements antérieurs, j'entre dans le domaine des faits et de l'observation régulière. Voici, en effet, ce que je constate :

Mme A... est de taille moyenne et jouit d'une bonne santé habituelle. Sans être aussi solidement charpentée que les femmes de la campagne qui se livrent aux travaux des champs, elle possède néanmoins une constitution assez forte; mais tout dans sa marche, dans son maintien, dans les crispations de sa face au moindre attouchement, dans les émotions ou les tremblements qui la prennent à tout propos, dans les spasmes ou les défaillances qu'un sentiment vif lui fait éprouver, tout révèle un tempérament éminemment nerveux. Elle n'a jamais eu que des affections bénignes dans le cours de son existence, et sa physionomie ne porte l'empreinte d'aucune altération sérieuse.

Note prise de tous les détails déjà relatés, je constate, par de légères percussions avec l'index qu'il y a un certain degré d'hyperesthésie au cuir chevelu du côté droit, et j'examine les yeux qui sont dans l'état suivant :

Ce qui frappe au premier abord, c'est leur inégalité. L'œil gauche paraît normal; l'œil droit, au contraire, semble un peu enfoncé dans l'orbite, la paupière supérieure est à demi affaissée, il existe un peu de ptosis, et les bords palpébraux sont rouges et humectés. Dans l'angle interne, on découvre une petite excoriation produite par le contact de liquides irritants ou des larmes.

Si je presse avec la pulpe du doigt dans l'angle interne de l'œil, je fais sortir, par le point lacrymal inférieur, une certaine quantité de liquide mélangé à du pus. Ces phénomènes s'accompagnent d'une légère conjonctivite palpébrale.

La conjonctive bulbaire a un aspect rouge uniforme peu intense, mais le caractère de cette injection, qui est fine et déliée, ne ressemble point à celui des conjonctivites superficielles. L'œil est un peu douloureux au toucher, et il n'accuse qu'une faible augmentation de tension. La cornée est saine, l'iris est peu mobile, la pupille se resserrant et se dilatant beaucoup moins que celle du côté opposé, et l'examen le plus minutieux ne fait découvrir aucune trace d'adhérences ou un changement de coloration du diaphragme.

Cette pupille est beaucoup moins nette que la pupille gauche; on pourrait à première vue, et si l'on n'avait pas de terme de comparaison, croire à un défaut de transparence, à une simple altération sénile du cristallin; mais il existe une différence appréciable entre les deux yeux, et l'éclairage latéral démontre l'existence d'une cataracte en voie de formation, marquée par une opacification du centre du cristallin et par des stries régulières et rayonnées, qui se détachent en noir sur le fond de l'œil, si l'on fait l'examen à l'aide du miroir.

L'examen ophthalmoscopique m'a permis de découvrir la papille, dont je n'ai pu déterminer les contours, à cause du trouble des milieux. Toutefois la rétine et les autres membranes m'ont paru entièrement saines, les parties qui se détachaient avec assez de netteté étant, à peu de chose près, identiques d'aspect et de coloration à celles de l'œil gauche.

Je me borne à prescrire à Mme A.... un collyre légèrement astringent, des frictions mercurielles belladonées sur le front et la tempe, avec potion morphinée, des sinapismes aux mollets, et quelques révulsifs sur le tube intestinal. En même temps, j'incise le point lacrymal inférieur, et je pratique, séance tenante, le cathétérisme du canal nasal, où je constate deux rétrécissements assez prononcés. Après huit jours de séances de cathétérisme, Mme A... revient chez elle.

A peine de retour dans son pays, la malade éprouve un grand soulagement. Les névralgies, si rebelles, s'atténuent considérablement; elle a toujours un assez grande difficulté à ouvrir largement son œil; le ptosis persiste; elle n'accuse plus néanmoins de douleurs dans l'œil, et s'il existe encore un peu d'hémicrânie, le point de départ de cette dernière ne saurait être rapporté au globe oculaire.

Malheureusement, ce n'est là qu'un temps d'arrêt dans la marche de la maladie, qui vient d'être marquée par trois périodes distinctes.

Au bout de trois semaines, vers les premiers jours de juillet, la rougeur de l'œil augmente soudainement, des douleurs térébrantes se font sentir dans l'orbite et son voisinage, elles s'étendent à une partie de la face et à toute la moitié du cuir chevelu; elles surviennent par accès, dans la nuit particulièrement.

Plusieurs lettres que je reçois à cette époque me font un tableau désolé de l'état de la pauvre malade, et la dernière est si alarmante,

que je pressens une complication des plus sérieuses, et que je n'hésite pas à rappeler immédiatement Mme A...

Le 11 août, en effet, je vois arriver à ma clinique Mme A..., qui a eu un voyage des plus pénibles, et qui réclame énergiquement un moyen capable de la délivrer de ses névralgies atroces.

L'affection lacrymale a disparu, et l'opacité cristallinienne se prononce; mais l'œil est plus rouge que d'habitude; il est dur au toucher, bien qu'il ne rappelle que de loin la sensation de la *bille de marbre;* en revanche, la pression est extrêmement douloureuse. En outre, il y a quelques phénomènes d'irisations ou des troubles de la vision, phénomènes auxquels je ne saurais attribuer qu'une importance secondaire, à cause de la présence de la cataracte.

Le 12, avec l'aide de M. Nebout et de mon frère, élèves des hôpitaux, je pratique chez Mme A... une large iridectomie antiphlogistique, dont je choisis pour ce motif l'emplacement à la partie supérieure de la cornée. L'opération est tout à fait normale. L'humeur aqueuse s'écoule en grande quantité, et j'empêche sa sortie trop brusque au moyen du couteau lancéolaire, que je préfère dans cette circonstance au couteau étroit de von Graëfe. Il se produit une toute petite hémorrhagie de l'iris, qui a disparu le lendemain, lorsque j'enlève pour la première fois le bandage compressif.

Les douleurs, presque aussitôt après l'opération, ont entièrement disparu. La malade, quand je la revois le soir, n'accuse plus qu'un sentiment de pression dans l'intérieur de l'œil et une très-légère hémicrânie, qui même, après vingt-quatre heures, ne s'est plus fait sentir.

J'ai fait lever Mme A... le troisième jour, j'ai permis quelques aliments solides, et j'ai enlevé définitivement le bandage, la plaie étant tout à fait cicatrisée; le 22 août, aucun symptôme fâcheux ne s'étant déclaré, l'œil étant revenu à l'état normal, j'ai autorisé le retour de la malade dans son pays.

Depuis cette époque, Mme A... n'a pas éprouvé la moindre inquiétude, elle a repris les occupations habituelles de son ménage, et elle n'a eu que quelques migraines légères, auquelles elle était d'ailleurs sujette avant son accident. Le résultat s'est absolument confirmé, et je considère aujourd'hui (mai 1875) la guérison comme radicale. Mme A... est, en effet, venue le mois dernier me faire une visite de remercîments : l'état de son œil et de sa santé générale sont parfaits. Seulement la cataracte de l'œil droit fait quelques progrès, et celle de l'œil gauche devient apparente. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 5 juin 1875 (1). — Présidence de M. Cl. Bernard.

COMMUNICATION

Physiologie du cerveau. — M. LÉPINE rappelle qu'une commission a été nommée par la société pour vérifier les résultats expérimentaux de Fritsch et Hitzig, Ferrier, etc. Quoique n'étant pas officiellement chargé de rapporter les conclusions adoptées par cette commission, il croit pouvoir, dès à présent, déclarer que les faits expérimentaux observés par elle concordent en tous points avec ceux qu'elle était chargée de contrôler. L'interprétation seule pourrait offrir matière à discussion. La commission, en outre, croit avoir trouvé ce fait intéressant que l'excitation de la région excito-motrice est *peut être* douloureuse.

M. Lépine fait connaître ensuite les expériences qu'il a faites, pour la plupart, avec M. Bochefontaine (quelques-unes ont été faites avec M. Tridon), dans le but de rechercher si l'excitation des parties superficielles du cerveau avait quelques effets sur la tension, sur le cœur et sur les sécrétions. Le crâne d'un chien curarisé étant ouvert avec précaution et en évitant autant que possible l'écoulement du sang par l'application d'une serre-fine sur la carotide, M. Lépine électrise avec un courant d'induction *très-faible* le gyrus post frontal, situé comme on sait, en arrière du sillon crucial de Leuret; il observe alors une élévation considérable de tension, de 7 centimètres environ de mercure. Cette élévation est, comme on voit, aussi marquée que celle qui succède à l'excitation du nerf crural. Il est à noter qu'il s'écoule un temps appréciable entre l'application des électrodes et cette élévation de tension. Non-seulement la région du gyrus post frontal, mais celle qui l'environne, une partie du gyrus préfrontal et la partie correspondante du sillon inter-hémisphérique produisent cette élévation de tension.

M. Lépine a pu observer aussi des effets vaso-dilatateurs; une faible élévation de température dans les pattes du côté opposé, par la faradisation de la région motrice de ces pattes; et, en même temps se produit un écoulement sanguin abondant par la plaie du crâne, soit par un effet vaso-dilatateur, soit par suite de l'augmentation de la tension générale.

Une excitation également très-faible de la même région produit une accélération des battements du cœur; avec un courant plus fort, c'est un ralentissement notable qu'on observe, à moins que les pneumogastriques soient coupés. L'excitation de la partie postérieure du cerveau ne modifie pas les battements du cœur. Enfin il y a des régions dont l'excitation a pour effet une augmentation de la sécrétion salivaire.

DISCUSSION

M. PAUL BERT demande à M. Lépine s'il a fait une contre-expérience consistant à séparer avec un couteau très-mousse la portion cérébrale sur laquelle portent ces excitations du reste du cerveau, à la laisser ensuite superposée sur son emplacement primitif, de telle sorte que toute communication physiologique se trouve interrompue, et à voir si l'excitation de cette portion ainsi détachée produit les mêmes effets.

M. LÉPINE répond que l'excitation avec un courant faradique faible n'atteint pas les parties profondes, que d'ailleurs l'excitation mécanique des fibres blanches par une section, donne lieu à une élévation de tension. Il ne s'agit donc pas d'une *diffusion* des courants électriques.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Séance du 12 juin 1875. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Impression produite à la peau par différents liquides chauffés. — M. BLOCH communique les résultats d'expériences montrant que les liquides deviennent brûlants à des températures très-différentes.

Ce travail est le complément d'une étude sur ce sujet publié l'année dernière par lui dans les *Archives de physiologie.*

Il prend pour terme de comparaison le degré thermométrique qui permet l'immersion de la main pendant deux minutes, sans trop grande douleur, et expose le tableau suivant :

Mercure à 48° centigrades. — Eau à 49°. — Solution de tanin à 49°. — Vinaigre à 51°. — Solution de carbonate de soude à 51°. — Alcool à 52°. — Lait à 52°. — Essense de térébenthine à 55°. — Empois d'amidon à 55°. — Glycérine à 57°. — Huile à 60°. — Graisse de bœuf à 65°.

Il explique par l'imbibition plus ou moins facile de l'épiderme la plupart des différences obtenues et surtout celles qui séparent les solutions aqueuses des corps gras.

Pour le mercure, cette hypothèse n'est plus possible.

D'un autre côté, la chaleur spécifique du mercure est inférieure à celle de l'eau, à celle de l'essence de térébenthine; cette raison ne rendrait pas compte non plus du rang qu'occupe le mercure dans le tableau précédent.

Il faut admettre, pour expliquer ce phénomène, soit la conductibilité du mercure, plus grande que celle de tous les autres liquides, soit la pression qu'il exerce, en vertu de sa densité, sur la partie qu'on immerge, pression qui rend le contact plus étroit et la propagation du calorique plus facile.

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 juin.

M. HÉNOCQUE demande si les faits exposés par M. Bloch n'ont pas quelque relation avec l'état sphéroïdal de M. Boutigny.

M. BLOCH croit que l'état sphéroïdal ne peut pas être invoqué comme raison des différences entre les liquides employés, d'abord parce que les températures des bains sont trop basses; ensuite, parce que la durée de l'immersion est trop grande pour que l'état sphéroïdal, s'il existait, pût maintenir ses effets de protection contre la brûlure du tégument.

Ataxie locomotrice, paralysie bulbaire. — M. CUFFER communique l'observation d'une malade du service de M. le docteur Millard à l'hôpital Lariboisière, qui a présenté une *paralysie bulbaire avec hémiatrophie de la langue, survenue dans le cours d'une ataxie locomotrice.*

La sclérose des cordons postérieurs paraît avoir débuté il y a huit ans. Après une rémission de quatre années environ, les symptômes se sont accentués, et la maladie s'est parfaitement caractérisée :

Douleurs en ceinture, douleurs fulgurantes, incoordination des mouvements, sans paralysie ni contractures.

A l'entrée du malade à l'hôpital, on constate tous les signes de l'ataxie locomotrice et, de plus, un commencement d'atrophie des muscles de l'éminence thénard de la main droite. Cette atrophie de la main a débuté, au dire du malade, il y a dix-huit mois, en même temps que se sont montrés des troubles de la vision, de la perversion des fonctions génitales, des crises gastriques très-douloureuses.

Deux mois après, le malade a éprouvé de l'embarras de la parole.

En examinant la langue, on voit qu'elle est manifestement atrophiée du côté droit; le côté atrophié présente la forme de circonvolutions décrite par M. le professeur Charcot dans l'atrophie de la langue. On y constate aussi des contractions fibrillaires très-accusées.

Les mouvements de la langue sont abolis.

Enfin les mouvements de latéralité de la mâchoire sont impossibles, ce qui prouve que le noyau moteur du trijumeau est atteint également.

Les mouvements de la face sont conservés. Pas de troubles de la sensibilité de la langue, ni de la face. Pas de troubles circulatoires, pas de gêne de la respiration.

On voit donc que, chez ce malade, il y a tous les signes de la sclérose des cordons postérieurs. L'irritation a dû gagner la corne antérieure droite de la moelle, d'où l'atrophie de la main droite (fait indiqué par M. Charcot dans certains cas de sclérose des cordons postérieurs), puis remonter vers le bulbe où elle a intéressé le noyau du grand hypoglosse droit et le noyau moteur du trijumeau, d'où hémiatrophie droite de la langue et abolition des mouvements de latéralité de la mâchoire.

On ne trouve, dans les auteurs, aucun cas de ce genre dans le cours de l'ataxie locomotrice.

Nitrite d'amyle. — M. BOURNEVILLE fait une communication sur quelques points de l'action du *nitrite d'amyle* et sur son emploi dans le traitement de l'*épilepsie.*

Le nitrite d'amyle, donné en inhalations aux animaux (lapins, chats), produit au début un ralentissement du pouls et de la respiration ; puis le pouls et la respiration reviennent au chiffre primitif et enfin le dépassent. Toutefois, si la dose est trop forte, la diminution du chiffre des pulsations et des respirations s'accuse de plus en plus, la température baisse de 1 ou 2 degrés, et l'animal succombe. L'inhalation est-elle faite progressivement, avec des intervalles pendant lesquels on laisse l'animal respirer librement, la température descend de 8 ou 9 degrés au-dessous du chiffre primitif ; l'abaissement continue pendant une à deux heures après la cessation du nitrite d'amyle, puis remonte et dépasse de 1 degré ou davantage le chiffre initial. Simultanément, on note une coloration violacée de la muqueuse palpébrale, des lèvres, de la langue, de la muqueuse buccale, les vaisseaux des oreilles se dilatent considérablement ; les oreilles deviennent chaudes, et cette augmentation locale de chaleur persiste assez longtemps. Si, par hasard, l'animal (ou le malade) présente une plaie, sous l'influence du nitrite d'amyle, il survient une hémorrhagie qui s'arrête avec l'inhalation. Les vaisseaux des méninges seraient dilatés (Bride, Kemster). Tous les phénomènes se circonscrivent à la tête et au cou. En raison de cette limitation, on serait porté à croire à une localisation de l'action de cet agent sur certaines régions du système nerveux. Chez les animaux, dès les premières inspirations, on observe une rigidité tétanique, passagère en général, puis quelques secousses tétaniques des pattes. Chez l'homme, ainsi que M. Bourneville l'a observé maintes fois sur lui-même, il y a de la céphalalgie frontale et du vertige, accidents qui d'ordinaire s'effacent vite. Les urines des malades, recueillies pendant vingt-quatre heures, examinées par M. Bourneville et par M. P. Regnard, sauf une fois, n'ont jamais présenté de sucre, contradictoirement à l'opinion de divers auteurs.

Le nitrite d'amyle a été employé dans l'épilepsie par Crichton Browne, S. Weir Mitchell, Philip, Bride, etc. Tous sont d'accord pour reconnaître que l'inhalation de cet agent arrête l'accès ou l'empêche d'éclater dans les cas d'épilepsie avec *aura*. Il n'en est plus de même en ce qui concerne la marche de la maladie. Tandis que les accès seraient très-éloignés, selon les uns; d'après les autres, ils demeureraient aussi fréquents. Dans l'état de mal épileptique, que les recherches de M. Bourneville ont fait connaître, il serait véritablement avantageux.

Le nitrite d'amyle est un bon agent pour arrêter les attaques d'hystéro-épilepsie, qui durent souvent plusieurs heures. Chez sept hystériques ou hystéro-épileptiques du service de M. Charcot, à la Salpêtrière, l'auteur assure que le nitrite d'amyle a toujours jugulé les crises, qui n'ont jamais reparu moins de vingt-quatre heures après l'inhalation. L'inhalation donne lieu aux phénomènes suivants : rougeur d'abord vermillon, puis de plus en plus violacée de la face, des lèvres, de la muqueuse buccale, de la langue, du cou. Si, l'inhalation étant momentanément suspendue, il survient une attaque, la physionomie des malades a quelque chose d'effrayant, la congestion dépendante de l'attaque venant s'ajouter à celle qu'a déterminée le médicament. Lorsque les malades reviennent à elles, la face a une pâleur plombée. Quelques-unes ont des nausées; la plupart ont des modifications de la vue; elles voient une neige jaune, des étincelles des ronds jaunes et verts; d'autres disent que la figure des personnes qui les entourent est jaune et noire. Elles conservent une céphalalgie différente de celles qu'elles éprouvent d'ordinaire après leurs attaques, un peu de stupéfaction, etc. La marche de la maladie ne serait pas modifiée, les attaques resteraient aussi fréquentes.

M. Bourneville insiste ensuite sur la variabilité des doses. Chez quelques malades, une dizaine de gouttes suffisent; chez d'autres, même dès la première inhalation, il en faut une trentaine. Enfin, au fur et à mesure que les inhalations se répètent chez la même malade, il faut augmenter la dose. Le nitrite d'amyle, que des médecins américains mettent à la libre disposition de leurs malades, ne doit être administré, selon M. Bourneville, que par les médecins. Cette précaution lui semble indispensable, bien que, jusqu'ici, on n'ait pas signalé d'accidents.

DISCUSSION

M. RABUTEAU, en préparant du nitrite de potassium, a respiré des vapeurs de nitrite d'amyle et a pu étudier sur lui-même les effets de ces inhalations. Il est rentré chez lui mal à son aise, n'a pu dîner, n'a pu faire son cours le soir, et s'est couché très-souffrant. Il était extrêmement pâle, ne pouvait parvenir à se réchauffer; son pouls était très-ralenti; il fut pris de nausées. Le lendemain il éprouvait une grande fatigue, mais il pouvait reprendre ses occupations. En Angleterre, de très-nombreuses expériences ont été entreprises sur cet agent, expériences d'où il résulte que le nitrate d'amyle modifie l'hémoglobine et exerce une action manifeste sur les globules du sang. On peut classer cette substance parmi celles qui agissent sur les globules. En résumé, le nitrate d'amyle est, non pas un médicament, mais un poison qui doit forcément tomber dans l'oubli.

M. BOURNEVILLE prétend qu'il ne faut pas ainsi exagérer les dangers que peut offrir l'administration de cet agent. C'est un médicament fort employé en Angleterre. Il l'a lui-même expérimenté sur une assez grande échelle pour pouvoir affirmer que ce n'est pas un médicament aussi dangereux que semble le croire M. Rabuteau.

COMMUNICATION

Anatomie comparée. — M. JAUBERT fait une communication sur l'organe de l'olfaction des crustacés.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 juin 1875. — Présidence de M. WOILLEZ.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA TRANSFUSION DU SANG.

M. MOUTARD-MARTIN, à l'occasion de l'observation rapportée dans la dernière séance par M. Féréol, fait remarquer que le plus souvent les anémies par hémorrhagies se terminent par la guérison, sauf de rares exceptions, et que, par conséquent, il ne faut pas accorder une trop grande importance aux succès obtenus, dans ces cas, par la transfusion, puisque très-probablement les malades auraient guéri de même sans l'opération.

M. FÉRÉOL, avant de rentrer dans la discussion, signale une observation qui lui avait échappé et qui a été publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*.

C'est donc un succès de plus à enregistrer.

M. Féréol regrette de voir l'insistance avec laquelle M. Moutard-Martin met en doute l'utilité et l'efficacité de la transfusion dans certains cas, en particulier dans des cas analogues à celui qu'il a rapporté. Non-seulement cette opération est formellement indiquée dans les cas d'anémies par hémorrhagies, mais encore il est important de ne pas attendre trop longtemps avant de la pratiquer et de ne pas laisser les malades s'épuiser sous l'influence de ces hémorrhagies, qui finissent par devenir continuelles, incessantes. Par exemple, M. Féréol se demande si la malade qu'il a vue avec M. Moutard-Martin et qui a succombé malgré la transfusion (voyez *Gazette des Hôpitaux*, 18 mai 1875), n'aurait pas pu être sauvée si l'on avait pratiqué l'opération huit jours plus tôt. Il en est de même du cas rapporté par M. Lorain et dans lequel la malade a été opérée à la dernière extrémité. Quant aux trois cas de M. Raynaud qui ont été présentés également comme des cas d'insuccès, il en est un que M. Féréol n'accepte pas comme un insuccès; c'est celui du malade qui est complétement revenu à lui après l'opération, qui a parlé, et qui a même déclaré se trouver très-fâché qu'on l'eût rappelé de l'autre monde, où il se trouvait si bien, disait-il. Ce malade a succombé à une rupture de la carotide qui s'est reproduite après l'opération, mais la transfusion ne l'avait pas moins complétement ranimé. En résumé, il ressort de ces faits, suivant M. Féréol, que dans les cas d'anémie par hémorrhagies, on peut encore opérer à la dernière extrémité avec quelques chances de succès, mais que dans les cas d'anémie résultant d'affections chroniques, il ne faut pas attendre et il faut opérer avant que le malade soit complétement épuisé. Il est persuadé, quant à lui, que s'il avait attendu plus longtemps pour opérer sa malade, elle aurait infailliblement succombé à une nouvelle hémorrhagie. Voilà sept semaines aujourd'hui que la transfusion a été pratiquée chez elle, et elle n'a pas encore vu le retour de ses règles.

M. MOUTARD-MARTIN dit qu'il faut tout d'abord poser nettement les indications de la transfusion. La première de ces indications est, suivant lui, l'épuisement complet par suite d'hémorrhagies, que ces hémorrhagies soient subites ou qu'elles se produisent successivement. Mais il n'en persiste pas moins dans cette opinion, que la plupart des cas qui ont été donnés comme des succès de la transfusion se seraient peut-être terminés d'eux-mêmes par la guérison.

Il est une autre question sur laquelle M. Moutard-Martin se montre très-réservé, c'est la question de savoir si l'on doit tenter la transfusion dans d'autres cas que dans l'anémie par hémorrhagie, dans certains états morbides constitutionnels, par exemple. Dans des cas d'altérations organiques, il ne le pense pas.

M. FÉRÉOL partage cette dernière opinion, l'indication principale de la transfusion est également pour lui l'hémorrhagie. L'existence d'une lésion organique en est une contre-indication formelle. Mais il pense qu'on peut la tenter dans les cas d'intoxication. M. Maurice Raynaud l'a expérimentée, dans ces cas, sur les animaux, et il résulte de ces expériences qu'une saignée déplétive suivie d'une transfusion est une médication rationnelle de l'intoxication par l'oxyde de carbone, par exemple.

M. BUCQUOY pense, comme ses collègues, qu'il faut tout d'abord poser nettement les indications de la transfusion. Ils sont d'accord sur ces deux points : 1° que l'anémie par hémorrhagie est la première des indications; 2° que l'existence d'une lésion organique ayant amené une anémie constitutionnelle est une contre-indication formelle. Mais entre ces deux états se trouvent des états intermédiaires qui méritent d'être examinés au point de vue de la transfusion. Par exemple, M. Bucquoy a eu parfois l'occasion d'observer des jeunes femmes qui, après un accouchement plus ou moins laborieux, ont, pendant plusieurs mois, des pertes et tombent dans une profonde anémie dont ne peut les tirer aucune des médications habituellement employées en pareil cas qui d'ailleurs ne supportent plus aucune médication, ni même aucune alimentation, sont prises de diarrhée et finissent par succomber, sans présenter aucune lésion organique. M. Bucquoy se demande si, dans ces cas, il ne serait pas indiqué de recourir de temps en temps, à intervalles plus ou moins éloignés, à de légères transfusions pratiquées à plusieurs reprises.

M. FÉRÉOL partage cette opinion d'autant plus que, dans ces anémies devenues chroniques, les conditions sont plus favorables et plus faciles pour pratiquer l'opération. Il se rappelle, entre autres cas, celui d'une jeune fille qui, à treize ans, commença à présenter quelques troubles qu'on attribua à l'établissement prochain des règles, et qui, celles-ci ne se produisant pas, tomba dans un état d'anémie progressive à laquelle elle finit par succomber.

La transfusion aurait peut-être pu sauver cette jeune fille. M. Féréol pense que l'on pourrait sans inconvénient se départir de l'extrême réserve dans laquelle se tiennent les médecins français à l'égard de la transfusion, comparativement aux médecins de certains pays étrangers qui l'appliquent à un trop grand nombre de cas, et que l'on devrait entrer plus franchement dans la voie tracée par M. Béhier.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait observer que, dans les cas d'anémie essentielle, la transfusion ne donne le plus souvent que des résultats tout à fait momentanés, comme le prouve un cas de transfusion pratiquée, il y a quelques années, à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Béhier, et qui a été suivi d'insuccès. M. Beaumetz communiquera prochainement cette observation à la société.

M. FÉRÉOL rappelle que dans ce cas, qui date déjà de plusieurs années, on a reconnu que, par suite d'une fausse manœuvre, il avait été injecté une trop grande quantité de sang, ce qui n'a peut-être pas été tout à fait étranger au résultat funeste qui a suivi presque immédiatement l'opération.

REPRISE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Note critique sur l'expectation dans le rhumatisme articulaire aigu. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ dit que la dernière communication de M. Maurice Raynaud a placé la discussion sur un autre terrain. En effet, il ne s'agit plus seulement du traitement d'une complication grave du rhumatisme, mais bien du traitement du rhumatisme articulaire aigu, en général. De nombreuses oppositions se sont élevées alors, surtout de la part de M. Dumontpallier, qui prétend que l'expectation doit remplacer toute thérapeutique, que le docteur *Six semaines* doit être comme le meilleur médecin quand il s'agit du rhumatisme.

Cette méthode de l'expectation compte aujourd'hui un grand nombre de partisans, surtout depuis les travaux de Fonssagrives, de Gouzée (d'Anvers), de Dewalsche, etc. Ces partisans de l'expectation s'appuient sur trois arguments principaux : 1° l'ignorance de la nature du rhumatisme qui rend impossible toute thérapeutique rationnelle; 2° le rapprochement du rhumatisme et de la goutte au point de vue du danger des médications qui peuvent déterminer des complications graves ou favoriser des rechutes plus fréquentes;

3° l'impuissance des médicaments sur la durée du rhumatisme articulaire aigu.

M. Dujardin-Beaumetz examine ces objections. L'ignorance de la nature de la fièvre intermittente, dit-il, empêche-t-elle l'efficacité du sulfate de quinine dans cette maladie? Quant au rhumatisme articulaire aigu, on a fait dans ces dernières années de notables progrès, en s'adressant aux éléments qui constituent l'accès, c'est-à-dire à l'état fébrile, à l'état nerveux et à l'état congestif, et l'on a trouvé dans le sulfate de quinine, la vératrine, la propylamine et les bains froids, des agents exerçant une action manifeste sur l'état fébrile et sur l'élément nerveux.

En second lieu, il n'a jamais été prouvé qu'aucune médication employée contre le rhumatisme ait donné lieu à de graves complications ou à des rechutes.

Quant à l'influence que peuvent avoir les médicaments sur la durée du rhumatisme, c'est là une question difficile. Nous ne possédons aucune donnée précise, aucune statistique suffisante; il y a longtemps déjà que Legroux signalait cette lacune. Ce regret exprimé par Legroux en 1850, nous pouvons encore l'exprimer en 1875. Il est donc extrêmement difficile de juger la valeur comparative des divers traitements conseillés contre le rhumatisme articulaire aigu.

Toutefois on peut, au point de vue de la durée, distinguer trois groupes de cette maladie : 1° Le rhumatisme articulaire aigu de très-courte durée, de huit jours au plus, dans lequel, après l'évolution dans quelques articulations, on constate une cessation brusque et rapide des phénomènes articulaires sans aucun traitement. 2° Par opposition, le rhumatisme articulaire aigu durant deux mois et même davantage, résistant à toute médication et envahissant à plusieurs reprises toutes les articulations. 3° Enfin, ce que l'on pourrait appeler le rhumatisme articulaire aigu moyen, qui dure de trois à quatre semaines. C'est contre ce dernier que les médications peuvent agir. Mais nous manquons de signes pronostiques, sans quoi la question serait jugée depuis longtemps. Cependant il existe un ensemble de symptômes qui permettent d'émettre au moins certaines présomptions, une température élevée, la persistance des phénomènes après le huitième jour, la marche rapide, la douleur envahissant les petites articulations. Eh bien, dans ces cas, le sulfate de quinine ou la triméthylamine peuvent abréger la durée de la maladie. Il n'est certainement pas impossible de juguler un rhumatisme articulaire aigu, et cela sans aucun danger.

Il faut tenir compte aussi de la douleur et ne pas oublier que lorsque nous ne pouvons pas guérir, notre devoir est de soulager.

Les médications employées contre le rhumatisme articulaire aigu ont été successivement préconisées, abandonnées, puis reprises; il en a été ainsi du sulfate de quinine, du nitrate de potasse, de la propylamine, du cyanure de potassium, de la vératrine, de l'eau froide elle-même. Cela tient à ce que l'on a trop demandé à chacun de ces médicaments. Il n'y a pas de spécifique du rhumatisme articulaire aigu comme le mercure pour la syphilis; chacun de ces médicaments répond à des indications variées, s'adresse à tel ou tel élément du rhumatisme.

En résumé, dit en terminant M. Dujardin-Beaumetz, il ne faut par que l'expectation triomphe; nous sommes en droit d'affirmer que certains médicaments ont une action favorable sur le rhumatisme articulaire aigu.

M. DELASIAUVE dit avoir toujours obtenu de très-bons résultats de l'emploi de la teinture de colchique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Ce médicament lui a toujours paru diminuer sensiblement les pulsations cardiaques.

M. GUYOT craint que M. Dujardin-Beaumetz se fasse illusion quand il croit agir avec autant d'efficacité sur la marche du rhumatisme articulaire aigu. Quant à l'élément douleur, il n'est pas de médecin qui ne le combatte toujours. Tous les partisans de l'expectation ont toujours cherché à calmer la douleur.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Muséum d'histoire naturelle. — M. Claude Bernard ouvrira son cours de physiologie générale, le lundi 21 juin 1875, à onze heures moins un quart, et le continuera le lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Le professeur traitera des phénomènes de la vie en général.

Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée.

Des leçons pratiques auront lieu au laboratoire dans la seconde partie du cours.

— Par suite de l'indisposition de M. de Quatrefages, le cours d'anthropologie est provisoirement suspendu.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. le président de l'Académie a annoncé le retour en France de M. le docteur Tholozan, et la discussion sur le choléra a été mise à l'ordre du jour de la séance prochaine.

Déjà M. Fauvel voulait incidemment prendre l'offensive à l'occasion de deux rapports, récemment publiés par l'administrateur sanitaire de Constantinople et relatifs à deux épidémies de peste développées, l'une vers les bouches de l'Euphrate, l'autre dans la Cyrénaïque.

En effet, les questions sur lesquelles le débat pourra porter sont tout à fait semblables, qu'il s'agisse du choléra ou de la peste.

Dans un cas et dans l'autre, on se demande également comment naissent les épidémies.

Sont-elles toujours *aborigènes*, pour ainsi dire? En d'autres termes, ont-elles besoin que, chaque fois, des germes nouveaux se développent, sous l'influence de causes spéciales, dans certains lieux déterminés qu'on pourrait nommer *leur patrie?* Quand elles se sont assoupies, après s'être propagées plus ou moins loin, leurs germes sont-ils dépourvus de la faculté de se réveiller et de les ranimer en dehors de ces points de première origine?

S'il en était ainsi, une fois bien connu le cantonnement géographique de chaque espèce de germes épidémiques, alors qu'ils voudraient en sortir, on pourrait sans doute espérer étouffer ces germes sur place, ou du moins en circonscrire la propagation dans de très-étroites limites par des mesures et cordons sanitaires.

C'est cet espoir que M. Fauvel, dans la conférence de Constantinople, a su activement mettre en jeu dans l'intérêt des nations orientales. En effet, alors même que l'on démontrerait l'inefficacité complète de toutes les mesures sanitaires, la Turquie, la Perse et l'Égypte, au point de vue de l'hygiène et des mœurs publiques, n'en auraient pas moins profité dans une très-large mesure de l'intervention d'un corps médical international, organisé et reconnu comme autorité administrative. C'est pour elles un grand pas dans les voies du progrès et de la civilisation, et il a fallu pour l'obtenir au nom de l'intérêt commun, les convictions bien arrêtées et la véhémence un peu violente de M. Fauvel. L'intolérance pour les idées d'autrui, le ton autoritaire, cassant et méprisant, sont parfois utiles dans les rapports de politique avec les peuples orientaux. Or il s'agissait plutôt encore de politique que de science dans la conférence de Constantinople. Les représentants diplomatiques des diverses nations auraient été peu aptes à saisir dans toute leur portée les difficultés d'un problème de pure science médicale. Pour les faire agir, il importait de ne laisser dans leur esprit aucun doute. Tel fut le mérite de M. Fauvel et l'on aurait tort de s'étonner que, dans une autre enceinte, pour défendre son œuvre, il ait tendance à prendre encore l'attitude qui lui a servi à l'édifier.

M. Tholozan est à peu près le seul adversaire qui puisse invoquer contre lui une connaissance au moins égale de l'extrême Orient et des conditions au milieu desquelles les épidémies de choléra ou de peste s'y développent.

La lutte promet d'être chaude.

Hier, en parcourant les rapports même sur la peste, dont M. Fauvel voulait se servir pour un engagement d'avant-garde, nous avons été frappé de voir combien de points restent encore nuageux, malgré toute la bonne volonté des rapporteurs et de l'administration sanitaire de Constantinople.

D'abord, il ne faut pas songer à rattacher par quelque importation, ou transmission directe, les deux épidémies de peste qui ont fait leur apparition, à fort peu de temps de distance, l'une en Asie, non loin de l'Inde, vers les embouchures de l'Euphrate, dans la Perse, l'autre en Afrique septentrionale, en plein bassin méditerranéen, dans l'ancienne Cyrénaïque.

Si donc on se refuse à admettre, pour l'une ou pour l'autre, un réveil de germes endormis depuis plusieurs années, reliquat probable des épidémies qui, durant ce siècle, se sont étendues jusque-là et ont en partie dépeuplé ces pays à plusieurs reprises, il faut attribuer à la peste plusieurs lieux d'origine, aussi différents que possible les uns des autres.

Le plateau incliné de la Cyrénaïque est généralement très-sec. Il s'y développe de grandes famines toutes les fois que les pluies ne viennent pas suppléer à l'absence d'irrigation. Lorsque la peste s'y déclara, on venait d'avoir une bonne année: il avait beaucoup plu, et toutes les récoltes étaient très-abondantes; mais les trois années précédentes avaient été sèches et stériles.

Au contraire, la province de l'Irak-Arabi est abondamment arrosée par un système de canaux qui viennent s'aboucher dans l'Euphrate et aboutissent à des marais. Aucune famine n'y précéda la peste; et dans un pays si humide il semble importer peu que l'année soit pluvieuse.

Nous verrons que ces deux rapports soulèvent encore d'autres difficultés.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

Nouveau traitement du rhumatisme cérébral ou méningite rhumatismale par l'hydrate de chloral. Trois cas de guérison (1).

Obs. I. — *Méningite rhumatismale guérie par l'hydrate de chloral.* — Mlle Van de..., âgée de dix-huit ans, malade de rhumatisme articulaire aigu depuis deux mois, avait eu des périodes d'amélioration et de rechute qui faisaient traîner la maladie en longueur. Elle avait reçu les soins du docteur Corlieu. A moitié guérie, elle avait fait le voyage de Boulogne-sur-mer, et là, ayant été reprise de douleurs articulaires plus vives, elle voulut revenir à Paris. On l'y ramena. Elle avait les articulations tibio-tarsiennes extrêmement douloureuses, chaudes, à peine tuméfiées. Le moindre contact la faisait horriblement souffrir, mais ces articulations étaient les seules qui fussent douloureuses. Toutes les autres jointures étaient libres. Au cœur existait, à la pointe de l'organe et en dehors du mamelon, un faible bruit de souffle et la fièvre était assez vive.

Elle était ainsi, lorsque la vue se troubla, l'oreille s'endurcit et elle commença à délirer. C'était au milieu du jour, le mardi 2 juillet, à trois heures. Peu à peu, le délire augmenta. Il fut calme mêlé d'assoupissement jusqu'au jour, mais vers sept heures, le délire devint bruyant, mêlé d'hallucinations religieuses et de paroles mystiques. Dès qu'on lui touchait le pied douloureux, elle poussait des cris terribles entendus dans la maison entière et des personnes occupant les maisons qui font face de l'autre côté de la rue. Le moindre contact des pieds engendrait de nouveaux hurlements et une recrudescence de délire furieux. En criant à tue-tête, elle demandait la mort et voyait le ciel, où elle espérait entrer. Elle ordonnait les préparatifs de son ensevelissement virginal, et comme la mort ne venait pas assez vite à son gré, elle demandait qu'on lui ouvrît la fenêtre pour s'envoler ou un couteau pour se percer le cœur. C'était une scène épouvantable.

Dans cette situation, je prescrivis *six grammes d'hydrate de chloral* en deux doses. L'une fut donnée à dix heures du soir, et l'autre le lendemain à neuf heures. Chacune produisit un peu de calme et de sommeil, mais dès que l'action était épuisée, le délire bruyant recommençait. Toutefois, il ne fut pas aussi violent que la veille.

Peau très-chaude. Pouls 120.

Le 3 juillet, le délire persista à un moindre degré, et les douleurs du pied diminuèrent.

Je fis prendre l'*hydrate de chloral à six grammes*, en deux fois.

La nuit fut presque tranquille, mais encore délirante.

Trois grammes d'hydrate de chloral.

On continua quatre jours de suite, et au cinquième, l'enfant était guérie.

J'ai revu la malade un mois après, et il ne restait plus aucun trouble fonctionnel de l'intelligence. Elle conservait de l'endocardite et se plaignait seulement de douleurs vagues dans les pieds, ce qui m'engagea à lui conseiller les bains de Néris.

Obs. II. — *Méningite rhumatismale. Guérison par l'hydrate de chloral.* — En 1873, un jeune homme atteint de rhumatisme articulaire aigu généralisé très-intense, fut tout à coup pris de délire et les douleurs diminuèrent notablement. Le délire fut très-violent, et le docteur Josèphe lui administra 3 grammes d'hydrate de chloral. Comme il y eut aussitôt amélioration, l'hydrate de chloral fut continué, et au bout de quatre jours, le malade était guéri de cette complication cérébrale.

Obs. III. — *Méningite rhumatismale. Chloral. Guérison.* — M. C..., artiste, demeurant rue Lafayette, avait un rhumatisme articulaire aigu généralisé depuis huit jours, lorsqu'il fut pris de violent délire. Son médecin, le docteur Coizeau, me fit demander. Nous le trouvâmes encore endolori sur la plupart des articulations, qui étaient douloureuses à la pression et enveloppées de ouate. Il avait 120 pulsations, une chaleur assez forte et un faible bruit de souffle au cœur. Il reconnaissait sa famille, mais délirait parfois violemment, voulait sortir de son lit et se mettait en colère lorsqu'on voulait l'y retenir. Par moments, il y avait des scènes de violence fort pénibles, car on était obligé de lutter contre lui pour le maintenir en repos.

Ces accidents duraient depuis vingt-quatre heures et avaient déjà été combattus par l'hydrate de chloral, 2 grammes. Je me contentai d'affirmer la nécessité de cette médication à dose un peu plus forte. On donna grammes de chloral, et deux jours, après les accidents nerveux avaient disparu. Il resta encore quelques douleurs articulaires pendant plusieurs jours, puis le malade entra en convalescence et guérit complétement.

Depuis l'introduction de l'hydrate de chloral dans la thérapeutique française par Demarquay et par moi (*De l'hydrate de chloral*, 1869), il est peu de maladies nerveuses ou spasmodiques dans lesquelles on ne l'ait employé. On en fait un véritable abus. Mais en dehors des applications inutiles ou dangereuses, il y a des cas que j'ai bien déterminés dans mon mémoire, et dans lesquels son action est vraiment merveilleuse. Ces cas sont l'asthme pulmonaire, la chorée aiguë violente, l'éclampsie albuminurique, puerpérale ou autre, la parturition, et chez les enfants, l'arrachement des dents et l'ouverture des abcès, car alors le chloral a des effets anesthésiques qu'il n'a pas au même degré chez l'adulte.

A ces cas, je pense qu'il faut joindre le rhumatisme cérébral ou méningite rhumatismale, une des plus graves complications du rhumatisme, car dans bien des cas cette complication occasionne la mort d'une façon presque foudroyante. Les cliniciens savent combien est parfois rapide la marche de ces accidents, qui tuent en quelques heures. Avec Oulmont j'ai vu mourir à minuit un jeune homme rhumatisant aigu, qu'il avait quitté à sept heures du soir, n'ayant pas eu de complication cardiaque, et qui n'offrait encore rien de spécial ni d'alarmant. Dans les mêmes conditions, une autre jeune femme, que j'ai connue et que son médecin, très-connu et très-expérimenté, avait laissé vers six heures, plein d'espérance dans la guérison, mourait dans la nuit. Enfin, récemment, j'ai vu périr une jeune fille qui n'avait qu'un rhumatisme subaigu avec complication de cardite, et après l'avoir laissé plein d'angoisse et d'appréhension, dans un léger subdélirium.

Je pense qu'il faut distinguer dans ces cas, deux formes de méningite rhumatismale, l'une avec délire plus ou moins violent, pouvant aller jusqu'à l'apparence de la manie aiguë, ce serait le *rhumatisme cérébral maniaque*, et l'autre, avec subdélirium, angoisse respiratoire et paralysie pulmonaire ou cardiaque dû à une lésion avoisinant l'origine des nerfs pneumogastriques. C'est la forme asphyxiante. Plus tard, des autopsies en nombre suffisant pourront peut-être faire connaître la différence anatomique de ces deux formes cliniques, et montrer une méningite de la convexité dans un cas de méningite de la base et de la protubérance dans l'autre, mais actuellement toute affirmation à cet égard serait prématurée. Si l'on veut laisser à la médecine la dignité qu'elle a conquise par les découvertes modernes, il faut se garder d'y introduire des hypothèses et savoir attendre que l'étude directe des questions indécises y apportent la lumière dont elles ont besoin.

Il est important de tenir compte de ces deux formes, relativement à l'efficacité du traitement par les grandes bottes ventouses de Junod ou par l'hydrate de chloral. D'après ce que j'ai vu, le chloral serait impérieusement commandé dans la forme délirante et maniaque, et c'est là où il m'a réussi. L'observation première en est la preuve. Ne fallait-il pas, avant tout, calmer l'agitation et les cris effroyables de cette jeune fille, qu'on entendait de l'autre côté de la rue, dans les maisons

(1) Fin. — Voir le numéro du 15 juin.

voisines, et lui donner un sommeil indispensable. Un pareil état prolongé d'agitation, c'était la mort, et le chloral en ramenant le calme lui a sauvé la vie. Dans le second cas, vu avec mon excellent confrère le docteur Coizeau, l'agitation et le délire étaient moindres, mais le chloral les a fait disparaître de la même façon en ramenant la santé. Il en a été de même dans l'observation troisième. Trois guérisons semblables par l'agent que j'ai employé dans une maladie aussi redoutable, donnent à réfléchir et doivent encourager à faire comme moi les médecins qui se trouveront en pareille éventualité.

Quant à la forme paralytique et asphyxiante, je m'abstiendrai de toute hypothèse à son égard. Je ne vois pas *a priori* ce qu'on pourrait attendre du chloral, sinon une aggravation des symptômes. Je préférerais alors recourir aux *bottes ventouses* imaginées par Junod, et dont l'emploi est à peu près abandonné. Ce moyen, d'une énergie rare et sans dangers, produit sur les membres inférieurs une révulsion par déplacement de la masse sanguine allant jusqu'à l'ecchymose et à l'hémorrhagie interstitielle de la peau. Comme déplétif de la circulation crânienne, il est impossible de trouver un moyen qui agisse avec plus de certitude et de force, et si ces énormes ventouses sont appliquées à temps, au début de la complication rhumatismale des méninges, au moment de l'hyperémie, avant que l'épanchement se soit fait, on peut arrêter le mal et empêcher la mort. C'est ce que j'ai vu dans l'observation citée au début de cet article, et dont le texte se trouve dans mon *Traité de diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscope.*

VARICES TRAUMATIQUES DES PAROIS ABDOMINALES (1)

Par M. le docteur de Beauvais.

A l'appui de ma première observation, j'en citerai une seconde qui prouve l'influence que peut avoir une lésion traumatique du bassin sur la circulation de la veine cave inférieure.

Le 16 juin 1854, un banquier de Paris se livrait à des exercices équestres dans un manége. Tout à coup, le cheval se cabre. M. G..., au lieu de rendre la main, tire sur la bride. Il glisse sur le dos de l'animal et tombe à terre sur le côté droit du corps, entraînant le cheval dans sa chute. Celui-ci, qui est grand et lourd, s'abat, en tournant, sur le flanc gauche du cavalier. Ce choc terrible et violent amena, outre une contusion très-grave de la hanche droite, et surtout de l'épaule droite, avec attrition du deltoïde, un déchirement des ligaments sacro-coxaux du côté gauche. Le blessé se relève et se dégage seul, fait quelques pas, le corps courbé, les deux mains appuyées sur les reins. Malgré cette affrayante commotion, après une courte défaillance, il peut encore marcher à l'aide de deux personnes, s'asseoir dans un fauteuil, puis monter dans une voiture et revenir à son domicile. Je suis appelé immédiatement; et, après avoir donné les premiers soins, je réclamai les conseils du professeur Jobert (de Lamballe). Voici les signes que nous constatons ensemble :

M. G... peut se tenir debout, à la condition de reporter tout le poids du corps sur la jambe droite. S'il veut faire un pas en avançant cette jambe, il éprouve une vive douleur dans la région fessière du côté gauche, il manque de tomber, et il se produit, au même instant, un craquement sourd profond, perceptible au toucher et à l'oreille, craquement dont le malade a conscience. A ce moment, le blessé manque de tomber; et l'on sent un frottement s'effectuer dans le bassin du côté gauche, ainsi qu'un déplacement des surfaces sacro-coxales.

Des mouvements facilement imprimés à la cuisse droite nous apprennent que l'articulation coxo-fémorale est intacte. Si l'on fait agir la cuisse gauche, on provoque les craquements rares et sourds dont nous parlions tout à l'heure. Les mouvements du tronc sont pénibles; la toux, l'éternuement provoquent de la douleur. La respiration est anxieuse, la face colorée.

Nous constatons un déplacement de la hanche gauche, qui est plus haute que la hanche droite et fait saillie sous la peau de l'abdomen. Il y a évidemment mobilité de l'os coxal de ce côté et tendance à se porter en haut et en avant. Le malade se plaint d'une certaine sensibilité à la symphise pubienne.

A l'examen de la région lombo-sacrée on constate une saillie notable du sacrum à gauche, au niveau de l'articulation sacro-coxale, et une dépression correspondant à l'os iliaque. Le pli de la fesse gauche est effacé. Les parties molles de la hanche droite sont fortement contuses.

En présence de ces signes si nets et si tranchés, nous n'hésitons pas à reconnaître une déchirure des ligaments sacro-coxaux postérieurs du côté gauche, avec luxation de l'ilium sur le sacrum.

Jobert prescrit une saignée générale, la diète. On applique des compresses d'eau de Goulard fortement laudanisée. Un bandage de corps maintiendra le bassin immobile. Le malade sera couché sur le dos et restera, le plus possible, dans l'immobilité.

Le 24 juin, les urines sont très-chargées, mais ne contiennent pas de sang. Constipation. Jobert, craignant une fracture du col anatomique de l'humérus, fait appliquer un bandage amidonnée sur l'épaule droite. (Huile de ricin, 45 grammes. Tisane diurétique.)

Le 5 juillet, pour éviter tout mouvement au malade, nous faisons établir une large ceinture, analogue à celle dont on se sert en gymnastique. Elle est destinée à embrasser, à contenir solidement tout le bassin, et à maintenir en place les appareils de pansement, ouate et compresses résolutives. Elle est munie, en avant, d'un large anneau de métal, qui permet à un aide de soulever le blessé, de faire le lit, de glisser le bassin.

Le 7 juillet, le malade éprouve une syncope. *Il est pris d'un point de côté violent, sur la partie latérale droite du tronc, au niveau du dixième espace intercostal, avec angoisse extrême, menace de suffocation, point de côté spécial que j'ai retrouvé, au début, dans plusieurs cas d'oblitération de la veine cave inférieure, et que je signale tout particulièrement à l'observation des praticiens, notamment à notre distingué collègue M. Peter.* La fièvre s'allume : 96 pulsations. Des vomissements bilieux se produisent. (Vingt sangsues. Potion calmante).

Le 14 juillet, on remarque un gonflement de l'articulation sacro-iliaque. On aperçoit la saillie très-prononcée des éminences sacrées, au niveau de l'articulation.

Le 20 juillet, les mouvements sont moins pénibles. Quand le malade veut s'asseoir dans son lit, le tronc est difficilement supporté du côté diastasé. La saillie du sacrum diminue. La hanche du côté malade paraît aplatie. Le pli du flanc est plus élevé. Le sillon de la fesse est effacé.

Le 21 juillet, à l'aide de ses deux bras, le blessé fait des mouvements dans son lit. Il peut se glisser sur le bord. Quand il s'appuie sur le membre malade, il entend de légers craquements. Il y a moins de faiblesse.

Le 22 juillet, malgré notre défense expresse, le malade, aidé de son valet de chambre, a voulu se lever, se mettre sur la chaise percée. Il a senti des craquements très-prononcés dans l'articulation malade. En même temps il a éprouvé une faiblesse et de la douleur dans tout le membre gauche. Cette imprudence est très-préjudiciable à la consolidation de la luxation.

Le 23 juillet, le mollet droit est dur, tuméfié. Son volume a augmenté environ d'un quart. Il est douloureux à la partie postérieure et interne. La sensibilité remonte, en dedans de la cuisse, jusqu'à l'aine. Depuis quelques jours, M. G... se plaint d'une douleur sourde vers le tiers postérieur de la crête iliaque droite. Fièvre intense : 104 pulsations. Langue blanchâtre, saburrale, bouche pâteuse, amère. Constipation. Peau chaude et sèche.

Prescription : huile de ricin, 45 grammes; huile camphrée laudanisée en frictions; cataplasmes laudanisés.

Le 24 juillet, la cuisse est un peu œdématiée. Le blessé se tient couché sur le côté diastasé, le tronc incliné à gauche. Les jambes sont dirigées à droite, fléchies sur le bassin. Le pouls est à 92. Peau moins sèche. La langue est saburrale, blanchâtre. Le visage est pâle;

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 juin.

les yeux sont fortement cerclés. Il y a de la prostration. Pas de souffrance dans la cavité abdominale. Le gonflement et la douleur diminuent dans les parties contuses. La sensibilité, sur le trajet de la saphène et dans la région inguinale persite. Le malade a sensiblement maigri.

Le 25 juillet, on sent plus nettement la saillie postérieure de l'os coxal. Les craquements intra-articulaires sont plus légers, quand on fait exécuter quelques mouvements au malade. Jobert craint qu'il ne se forme une fausse articulation. Il ordonne de mettre le membre inférieur droit sur un plan incliné garni de coussins, pour agir sur le gonflement.

Le 26 juillet, l'œdème du mollet et de la cuisse ne fait pas de progrès. La sensibilité diminue dans ces parties. Elle persiste à l'embouchure de la saphène, et dans l'aine droit. Pouls à 73; peau modérément chaude.

Le 28 juillet, la *phlegmatia alba dolens* semble arrêtée dans ses progrès. Pouls à 72; langue nette.

Le 29 juillet, diminution notable du volume du mollet et de la cuisse; sensibilité assez vive, au niveau du grand trochanter.

Le 1er août, la physionomie est toujours assez altérée Pas de fièvre. Le bassin est reporté en avant et en haut. Le rebord de la crête iliaque et l'épine antéro-supérieure font saillie sous la peau de l'abdomen.

Le 2 août, désirant rendre les manœuvres des pansements plus faciles et éviter le plus possible de remuer le malade, nous nous servons du lit à cadre de bois, à sangles mobiles et à poulies de Gros, de Dijon. Ce lit nous donne le moyen de soulever très-facilement le blessé, d'enlever les sangles qui correspondent au bassin et de renouveler, sans difficulté, les compresses de solutions résolutive et calmante. Le bassin est toujours maintenu aussi immobile que le permettent les précautions prises au moyen de la ceinture dont nous avons parlé. Nous recommandons au malade d'éviter les mouvements du tronc et des jambes.

Le 3 août, il survient un eczéma des bourses, sous l'influence de l'application répétée des compresses d'eau de Goulard et de l'immobilité prolongée sur de dos.

Le 4 août, la *phlegmatia alba dolens* diminue; le caillot se résorbe. La saillie du sacrum, en arrière, est beaucoup moins apparente.

Le 14 août, on sent un cordon noueux sur le trajet et à l'embouchure de la saphène interne, ainsi que sur la branche crurale de la sous-cutanée abdominale.

Le 18 août, il reste encore un peu d'engorgement de la partie supérieure de la cuisse et de la région inguinale. L'os iliaque apparaît plus saillant en arrière et à gauche. Il n'y a pas de mobilité appréciable.

Le 26 août, l'eczéma des bourses a disparu.

Le 6 septembre, amélioration de l'œdème à droite. La consolidation des parties diastasées se confirme.

Le 9 septembre, M. G... se lève pour la première fois. Il est fortement amaigri, très-pâle, très-anémique.

Le 22 septembre, il fait quelques pas, soutenu sous les bras par deux personnes. Le membre droit enfle toujours vers le soir.

Le 28 septembre, on fait marcher M. G... devant nous. Depuis trois jours, il sort en voiture. On n'entend plus aucun craquement intra-articulaire. Il y a à peine saillie à la région sacrée. Le bassin est reporté en haut et plus saillant du côté malade. M. G... se tient bien debout, mais il éprouve toujours de la faiblesse dans la jambe gauche. Le membre droit est toujours œdématié à la fin de la journée.

Le 2 octobre, M. G... se soutient également sur les deux jambes, sans faiblesse remarquable. La santé générale est bonne.

Le 4 octobre, la solidité du bassin se maintient. La jambe droite, jusqu'au niveau du mollet, enfle et durcit tous les soirs.

Le 9 octobre, le malade marche seul, à l'aide d'une canne qu'il tient du côté opposé à la luxation. Œdème persistant de la jambe.

Le 9 novembre, nous lui faisons une dernière visite. La consolidation du bassin est complète. L'œdème du membre droit existe encore.

Le 13 décembre, M. G..., dans une lettre de remercîments, nous affirme sa guérison et regrette que la mauvaise saison l'empêche de sortir aussi souvent qu'il le désirerait (1).

Le sujet de la troisième observation que je crois devoir vous soumettre est un jeune garçon de huit ans que je vis en consultation, le 22 août 1873, avec le docteur Crosilhes. Cet enfant, atteint depuis peu de jours d'une fièvre ardente, de délire, de vomissements bilieux répétés, d'une douleur vive dans le côté gauche, avec selles dysentériques, me sembla affecté d'une entéro-colite avec inflammation localisée du péritoine à forme typhoïde.

Des sangsues, des cataplasmes fortement laudanisés, du calomel à doses réfractées, uni à l'opium, triomphèrent d'abord des accidents suraigus.

L'enfant paraissait en voie de convalescence, lorsque, le 20 septembre, je fus rappelé. La fièvre avait reparu à 104 pulsations. Je constatai que le ventre était très-ballonné et sensible dans toute son étendue. Le foie était très-développé. Il y avait constipation et rétention d'urine. Ce développement de l'abdomen, contrastant avec la maigreur du tronc, je craignis une affection tuberculeuse du péritoine et une hypertrophie du foie.

Les jours suivants, de l'ascite apparut: les bourses s'infiltrèrent; de l'œdème survint à la partie supérieure des cuisses. *Les veines sous-cutanées abdominales se développèrent en éventail sur toute la surface du ventre*, comme dans la grossesse.

Une rougeur diffuse se répandit sur la paroi abdominale, avec infiltration du tissu cellulaire sous-cutané. La sensibilité du ventre au toucher était telle que l'enfant ne permit pas de faire une exploration aussi complète qu'il eût été urgent de la faire. La peau devint tendue et luisante, comme emphysémateuse. Enfin un point de fluctuation était notablement senti au-dessous de l'ombilic.

Le 8 octobre, je me décide à faire une incision; mais les cris, les mouvements du petit malade m'empêchent de la faire aussi profonde que je le voudrais. Cinq jours après, sous l'influence des cataplasmes en permanence, l'abcès s'ouvre au niveau de l'ombilic. Un pus épais, crémeux, *inodore, — ce qui est rare,* — s'écoule; et, peu à peu, le ventre se détend, s'assouplit. La suppuration a été très-abondante et a duré environ trois semaines. Le côté gauche, dans toute la partie supérieure jusqu'à la région épigastrique reste dur, empâté. Peu à peu, tout se dissipe, et l'enfant guérit complétement.

Surpris, à bon droit, de la marche de ces accidents morbides, je questionnai avec soin les parents. Ils m'apprirent que, huit jours avant de tomber malade, leur enfant, en se laissant couler le long de la rampe de l'escalier, était tombé de plusieurs mètres de hauteur, sur le rebord d'un baquet placé au bas de cet escalier.

Craignant d'être réprimandé par ses parents, l'enfant avait caché cette chute et était retourné à l'école. C'est une dizaine de jours après cette grave contusion que les douleurs du côté de la fosse iliaque gauche s'étaient manifestées. Il est évident que, sous l'influence de cette cause de traumatisme violent, un phlegmon s'était formé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, simulant, au début, une entéro-péritonite et une dysentérie; qu'il s'était étendu de gauche à droite, en suivant les plans aponévrotiques des muscles abdominaux; et que la compression, déterminée par ce travail inflammatoire, avait troublé la circulation des veines profondes du bassin, d'où l'apparition de l'ascite, de l'œdème des parois abdominales, et la dilatation variqueuse très-sensible des veines sous-cutanées abdominales.

Telles sont, messieurs, les réflexions spéciales qui m'ont été suggérées par ces trois faits rares et dignes d'intérêt, au point de vue clinique. Ils m'ont semblé, malgré leur différence individuelle, offrir un certain rapport séméiologique, quant aux modifications profondes apportées, par une cause purement traumatique, dans la circulation veineuse abdominale, et, par suite, dans le développement des veines sous-cutanées pour établir une circulation superficielle collatérale supplémentaire.

La cause première de ces accidents pathologiques en constitue

(1) Consulter le mémoire sur les luxations des os du bassin par le docteur Murville, chirurgien en chef, premier professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Lille. *Mémoires de l'Académie nationale de médecine.* Tome XIV. — 1849.

toute l'originalité. Disons, en terminant, que la guérison obtenue dans ces trois cas ajoute à leur rareté sémiologique une valeur particulière au point de vue thérapeutique.

REVUE DE LA PRESSE

Emploi de l'électro-puncture dans une pseudarthrose du fémur. Guérison (Scalzi). — Un mineur âgé de trente-cinq ans eut une fracture comminutive du fémur à la suite de la chute d'un bloc de pierre. La tuméfaction datait de dix jours quand on appliqua l'appareil de Desault. Au bout de deux mois on constate une pseudarthrose fibreuse sans déviation ni raccourcissement des membres. (Appareil plâtré et laissé en place pendant un mois sans avantage). Électro-puncture pratiquée au moyen de deux aiguilles passées au milieu de la pseudarthrose. On laisse agir le courant pendant vingt minutes. A la suite, appareil de Porta laissé en place pendant quinze jours; au bout de ce temps, solidification complète, quelque temps après nouvel accident, nouvelle fracture au-dessous du cal de la précédente, consolidation sans accident. — (*Rivista di med., chir. e terap.*), fasc. 11 et 12, 1874.)

Cas singulier de dilatation de l'œsophage (Henri Duvy). — Le malade (un *gentleman farmer*) consulta l'auteur pour la première fois en septembre 1869. A cette époque, il se plaignait de dysphagie, nausées, vomissements, suivant immédiatement l'ingestion des aliments, surtout le matin. Décubitus gauche impossible et suivi immédiatement de l'expulsion par la bouche d'un liquide sale, sans acidité. Tous ces phénomènes remontaient à 1859. Le malade, en soulevant un poids, aurait eu subitement une douleur intra-thoracique très-vive avec une sensation de déchirure, puis les symptômes indiqués apparurent graduellement.

A l'examen fait en 1869, douleur vive, même déchirante au moment de la déglutition, reportée par le malade à la région épigastrique; sensation de chaleur et de brûlure le long de l'œsophage. Les aliments paraissaient s'arrêter au niveau de l'appendice xiphoïde, éructations fréquentes, mais inodores, vomissements du matin fréquents et non alimentaires. Douleur peu vive dans le décubitus droit. Soif et perte d'appétit. A la palpation, pulsations épigastriques. Douleur à la pression au même niveau. Matité à la percussion. Pas d'hématémèses. Rien dans les ganglions de l'aine ou de l'aisselle. Langue assez bonne. Constipation opiniâtre. Pouls de 92 à 120 à la minute. Extrait de magnésie, huile de castor et térébenthine (*beef-tea*), eau de-vie, *arrow-root* et autres féculents. Les vomissements persistent.

Afin de donner un peu de repos à l'estomac sans altérer la nutrition : lavements de bouillon, d'*arrow-root*, de jaunes d'œuf, d'extrait de viande de Liebig, trois fois le jour. Amélioration notable. Un peu de nourriture donnée par la bouche est invariablement rejetée. Traitement continué jusqu'au 31 octobre de la même année. A ce moment il eut une sorte de sensation de déchirure, il lui sembla que desormais la nourriture pouvait passer. Presque aussitôt, selles féculentes, abondantes; convalescence survenue au bout de peu de temps. Pendant cinq ans, tout alla bien; seulement il était obligé de prendre ses repas à demi couché, le bras droit appuyé sur le dos d'une chaise. Toute autre position amenait un sentiment de malaise avec explosion de toux. En janvier 1875, une nouvelle attaque, semblable à celle de 1869, amena la mort au bout d'un mois.

Conformément aux volontés du défunt, l'autopsie fut faite par l'auteur et le docteur Charles Jones, quarante-huit heures après la mort.

Œsophage énormément dilaté dans toute son étendue, ressemblant au côlon. Sa plus grande circonférence était de 9 pouces, 8 pouces dans presque toute sa longueur; tunique musculaire très-hypertrophiée; la dilatation contenait des gaz et environ un verre à vin de fluide brunâtre semblable à du thé. Au niveau de l'extrémité cardiaque une sorte de valvulus empêchait le passage des aliments; l'œsophage pouvait, étant dilaté, contenir deux pintes de fluide. Çà et là, surtout près de la dilatation, on trouvait de petites ulcérations irrégulières variant de la surface d'une tête d'épingle à celle d'une pièce de deux shellings, et plusieurs petites cicatrices blanchâtres, restes d'ulcérations antérieures. L'ouverture cardiaque pouvait donner passage à l'index et au médius, il n'y avait dans le voisinage aucune tumeur qui pût expliquer la pulsation épigastrique observée pendant la vie.

Estomac. — Dilatation énorme; la grande courbure mesure 33 pouces, la petite 9 pouces; la circonférence mesurée dans le sens antéro-postérieur est de 21 pouces et demi; il peut contenir 9 pintes et demi de fluide. Le liquide qui s'en écoule est semblable à celui de l'œsophage, la muqueuse est d'ailleurs absolument saine. — (*Irish Hosp. Gaz.*, 1er mai 1875).

Inflammation rétro-bulbaire et phlébite de la veine ophthalmique (Rednitz). — Stephan N..., âgé de cinquante-trois ans, journalier, d'habitudes alcooliques, se présente le 4 août 1874, à la clinique du professeur Fetler (à Klanenbourg). Il se rappelle vaguement qu'il aurait fait une chute il y a trois semaines, et depuis ce temps il aurait eu une tumeur dans la tempe gauche accompagnée de douleurs assez vives dans l'œil. Il n'est pas difficile de sentir à ce niveau une fluctuation sous-aponévrotique. Œdème palpébral et conjonctival très-marqué. Teinte ecchymotique de toute la conjonctive oculaire.

Protusion du globe directement en avant. Réduction difficile et très-douloureuse. Aucun mouvement n'est possible. La capsule de Tenon est sentie autour du globe comme un sac dur et tendu. L'œil paraît d'ailleurs normal, si ce n'est qu'à l'examen ophthalmoscopique, les veines rétiniennes sont élargies et sinueuses, les artères animées et filiformes, $S = \frac{114}{200}$.

Le diagnostic porté fut le suivant :

Périostite du temporal, intéressant le bord externe de l'orbite. Phlegmasie rétro-bulbaire consécutive.

Incision parallèle et antérieure à la temporale superficielle. Écoulement de pus assez abondant.

On place une mèche de charpie, et l'on propose au malade d'entrer à l'hôpital; il refuse.

Le 8 août, le malade revient à la clinique atteint d'aphasie complète; il comprend les mots, mais ne peut répondre que par gestes et, malgré tous ses efforts, ne peut prononcer que le son *e*. On élargit la première incision, et il s'en écoule de nouveau un pus d'odeur pénétrante. La perte subite de la parole et la fièvre firent penser à une méningite. Il était plus que vraisemblable que cette maladie était la conséquence de la périostite, mais pour la phlegmasie rétro-bulbaire, la question valait la peine d'être discutée. Cette fois le malade se décide à entrer à l'hôpital.

Le 8 août, incision pénétrant jusque dans la capsule de Ténon. A la suite le malade peut légèrement bégayer.

Le 10, exophthalmie augmentée, méningite constatée. On porte un pronostic défavorable. Le malade est transporté dans un service de chirurgie, et, pendant ce transport, il recommence à parler, délirant et injuriant ceux qui l'entourent.

La parole fut possible le reste de la journée, mais, le lendemain, le malade tomba dans le coma et mourut le 12 août.

La question de savoir si la phlegmasie rétro-bulbaire du côté gauche dépendait de la périostite du temporal correspondant, ou si, au contraire, il s'agissait d'une affection liée à une maladie de l'autre œil. Cette dernière hypothèse reposait sur ce que l'œdème sous-conjonctival était double, l'injection et la teinte ecchymotique, les mêmes des deux côtés.

Autopsie. — Dans la tempe gauche, la peau présente une coloration grisâtre, au niveau de l'angle externe de l'œil, cette coloration s'étend à 0,02 dans le sens antéro-postérieur, 0,025 dans le sens vertical. Des bords de la plaie s'écoule un pus verdâtre, et avec une sonde cannelée, enfoncée de 0m 04, on sent l'os dénudé. Téguments du crâne sains, légèrement verdâtres au voisinage de la plaie, un peu d'infiltration du tissu sous-cutané.

Vaste foyer purulent, sous-musculaire, s'étendant en arrière jusqu'à la racine de l'apophyse zygomatique. Il entoure la cavité articulaire et envoie un prolongement jusque dans l'épaisseur du ptéry-

goïdien externe. L'infiltration purulente s'étend jusqu'au trou ovale et pénètre par là dans le crâne. Le sinus caverneux est rempli d'un pus verdâtre, le ganglion de Gasser infiltré, le sinus circulaire de Ridley, le tissu conjonctif du voisinage de la selle turcique sont également envahis, de telle façon que l'infiltration purulente s'étend jusqu'au sinus caverneux du côté droit. Dans la partie interne, on trouve du pus; dans la partie externe de la sérosité sanguinolente. De même, la carotide est entourée par du pus jusqu'à l'orifice externe du canal carotidien.

Rien dans l'oreille interne.

Cavité orbitaire remplie de pus. Des stries purulentes suivent la veine ophthalmique et les veines qui la forment. Les veines orbitaire, sus-orbitaire et frontale sont remplies de petits thrombus rougeâtres et mous. La veine angulaire est pleine de pus. La veine faciale est intacte. Des deux côtés, les veines de la rétine sont sinueuses et fortement injectées.

Commencement de macération des os en contact avec le pus.

Un foyer purulent se trouve entre la dure-mère et le frontal et les pariétaux. Injection des vaisseaux de cette membrane.

Pus dans la trame de la pie-mère de tout l'hémisphère gauche.

Le diagnostic anatomique se trouva donc :

Périostite et ostéite traumatiques, phlébite consécutive des sinus de la veine ophthalmique et de ses rameaux, pachyméningite, méningite purulente, encéphalite de la circonvolution frontale inférieure gauche, de la partie inférieure du ganglion central, thrombose des veines méningées de la veine jugulaire interne gauche. — (*Wiener med. Press.*, 2 mai 1865.)

Décoction de feuilles de châtaignier contre la toux convulsive. — Dans un hôpital d'enfants, à Philadelphie, Davis guérit la convulsion avec l'extrait liquide des feuilles de châtaignier, recueillies de juin à octobre et administrées à dose de trois ou quatre cuillerées à café par jour. Il obtient ainsi diminution du nombre et de la violence des accès.

Dans une épidémie de coqueluche observée à Salò par le docteur Melchiori Guoanni, au mois de décembre 1874, il fit un très-grand usage des feuilles de châtaignier.

Faire bouillir pendant vingt-cinq à trente minutes cinq à six grandes feuilles vertes de châtaignier dans un litre d'eau. Sucrer. Cette décoction était assez agréable à boire et ne produisait aucun désordre gastro-intestinal. A un degré de concentration plus fort, la décoction devenait désagréable, et les enfants la refusaient.

En général, après cinq à huit jours de cette médication, les accès étaient adoucis et beaucoup plus rares. Quand on avait employé une décoction un peu concentrée, on arrivait, au bout de huit jours, à une guérison complète. — (*La Salute.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 mars 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'intérieur transmet l'ampliation du décret en date du 26 mai, par lequel est constitué le comité pour la protection des enfants du premier âge.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remercîments de M. Vicherot, médecin à Nemours, lauréat de l'Académie.

2° Un mémoire de M. le docteur Bédoin, médecin-major au 8e régiment de chasseurs, intitulé : *Considérations sur la vaccine* (commission de vaccine).

3° Un travail de M. le docteur Pattaut, médecin-major, intitulé : *Trois observations d'accidents produits par la foudre* (comm. : Gavarret et Briquet).

4° Une lettre de M. Heckel, professeur agrégé de l'école de pharmacie de Montpellier, *sur l'influence des solanées vireuses en général et de la belladone en particulier sur les rongeurs et les marsupiaux* (comm. : Béclare, Hérard et Chatin).

5° Une note de M. L. Guittaux, professeur à l'école de médecine de Poitiers, intitulée : *Tartrate lithiopotassique*, son emploi dans les formes diverses de la diathèse urique (comm. : Béhier, Buignet et Gobley).

PRÉSENTATIONS

M. Bouvier présente, au nom de M. Colombat (de l'Isère), un ouvrage intitulé : *Méthode rationnelle d'articulation à l'usage des sourds-muets.*

M. Larrey présente : 1° de la part de M. Jules Arnould, médecin-major de 1re classe, une brochure intitulée : *Considération sur le degré d'aptitude physique du recrutement de l'école spéciale militaire.* 2° De la part de M. le docteur Ciniselli (de Crémone), deux brochures sur l'*Electrolyse et ses applications à la thérapeutique.*

M. Fauvel dépose sur le bureau deux brochures ; l'une de M. le docteur Arnoud, intitulée : *Essai sur la peste de Bengazi en 1874*; l'autre de M. le docteur Castaldi, intitulée : *la peste dans l'Irak-Arabi en 1873-1874.*

M. le Président annonce à l'Académie que M. Tholozan assiste à la séance, et il propose de mettre, en conséquence, la discussion sur le choléra en tête de l'ordre du jour de la prochaine séance (adopté).

M. Amédée Latour offre, au nom de M. Gallard, une brochure intitulée : *les Médecins et les Compagnies d'assurance sur la vie.*

M. Jolly offre en hommage un volume intitulé : *le Tabac et l'Absinthe, leur influence sur l'ordre moral et social.*

M. Devilliers présente, de la part de M. le docteur Verrier, le squelette d'un fœtus anencéphale et une note descriptive sur ce monstre.

COMMUNICATION

M. Piorry lit un mémoire sur l'agonie causée par l'écume bronchique ou *hypoxémie aphrosique.*

En voici les conclusions :

« Il résulte de tout ce qui précède que le poumon crépitant, et qui reste volumineux lors de la nécropsie, est dans un état éminemment pathologique.

Que cet état a causé dans ces cas l'agonie et la mort.

Que le considérer comme le type de l'état physiologique serait une erreur monstrueuse et qui, en diagnose et en thérapeutique, comme en prognose, conduirait à des conséquences désastreuses.

Qu'admettre cette dangereuse erreur comme une vérité, ce serait voir dans la crépitation, qui cause la mort, le type de l'état de santé.

Que ce serait ignorer quelles sont les causes les plus communes de la mort, et par conséquent s'exposer à faire croire que l'on n'est pas au niveau de la science et que l'on méconnaît les travaux de l'immortel Bichat et de ses successeurs.

Que l'on serait capable alors de comparer, comme on l'a fait, le corps privé de vie à celui de l'homme en santé, et d'oser dire *qu'il* n'y a pas d'autres différences entre ces deux corps que l'action vitale, qui manque chez l'un et existe chez l'autre... »

LECTURE

M. Giraud-Teulon lit un travail intitulé : *Des troubles fonctionnels de la vision dans leurs rapports avec le service militaire.*

Cette lecture est interrompue par un comité secret à cinq heures moins un quart.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

119. Mathieu. Sur les polypes muqueux des arrière-narines.

120. Serez. Quelques considérations sur trois cas de phlegmon diffus des parois du tronc.

121. Hearn. Kystes hydatiques du poumon et de la plèvre.
122. Marc Lorin. Aperçu général de l'hérédité et de ses lois.
123. Sainte-Marie. Des différents modes d'exploration de l'œsophage.
124. Faloy. Du pemphigus aigu des nouveau-nés et de la première enfance.
125. Ursulesco. De la métrite puerpérale.
126. Legrain. Contribution à l'étude des maladies de l'appendice *ileo-cœcal.*
127. Humblot. Du choix de la méthode dans l'opération de la cataracte.
128. Chevalet. Des phlegmons angioleucitiques du membres supérieur (Angioleucites; phlegmons diffus et circonscrits; abcès profonds de l'avant-bras; phlegmons et abcès de la paume de la main; panaris.).
129. Moreau (de Tours). De la contagion du suicide à propos de l'épidémie actuelle.
130. Weil. Essai sur la détermination clinique de l'astigmatisme.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 25 mai 1875 ont été nommés :

Au grade de médecin principal de 1re classe : MM. Levié, Hémard et Bintôt.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Armand, Noguès et Bertrand.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Marteau, Josué Sainte-Rose, Sculfort, Schaumont, Arnaud et Suquet.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Grach-Laprade, Mangenot, Journée, Montané, Vigenaud, Playoust et Zaepffel.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : M. Mullet.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : M. Letellier.

— La société des médecins des bureaux de bienfaisance de la ville de Paris vient d'adresser au directeur de l'assistance publique une collection de mémoires sur le traitement chirurgical des pauvres à domicile. Cette collection était accompagnée d'une lettre demandant instamment la nomination d'un chirurgien du bureau de bienfaisance dans chacun des vingt arrondissements de Paris.

— L'Académie de Stanislas (de Nancy) vient de recevoir le professeur Tourdes. Dans son discours de réception, le savant professeur de médecine légale de la Faculté de Nancy a fait l'histoire de l'ancienne Université de Pont-à-Mousson.

Nous espérons pouvoir présenter à nos lecteurs l'analyse de cet important mémoire écrit avec une rare érudition.

— *Excursions scientifiques. Botanique.* — M. Chatin, directeur de l'école de pharmacie, fera sa prochaine herborisation, le dimanche, 20 juin 1875, à Montfort-l'Amaury.

On se réunira à la gare de Montparnasse (ligne de Granville), à six heures et demie, où l'on prendra le train partant de Paris à sept heures pour la station de Montfort-l'Amaury.

Géologie. — M. Daubrée, professeur au Muséum, en son absence, M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, fera une excursion géologique le dimanche 20 juin 1875, à Petit-Bry, Noisy-le-Grand et Champigny.

Le rendez-vous est fixé à la gare de l'Est (ligne de Mulhouse), où l'on prendra à 10 heures le train pour Nogent.

Des anesthésies spontanées, par le docteur H. Rendu. Thèse présentée au concours pour l'agrégation. — In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Mélanodermie, maladie bronzée.

Une des affections cachectiques les plus singulières est celle qu'Addison a décrite, il y a vingt ans, sous le nom de *maladie bronzée*.

Elle est assez rare ; et cependant on en peut observer, en ce moment, quatre cas à la Charité, tant dans le service de M. Empis que chez celui de M. le professeur Bouillaud, suppléé cette année par M. Hayem. En outre, M. Hayem a eu récemment l'occasion de faire l'autopsie d'un autre sujet, qui en était mort et dans lequel il a trouvé, du reste, dans les capsules surrénales, les lésions indiquées comme caractéristiques par le célèbre observateur anglais.

Le début de la maladie est déjà ancien, et sa marche est lente chez une des malades de M. Empis.

Cette femme, âgée de cinquante-deux ans, est entrée dans la salle Sainte-Marthe, où elle occupe le n° 17. Il y avait alors déjà environ deux ans qu'elle s'était trouvée dans la nécessité de quitter son travail.

En 1871, elle était entrée, comme ouvrière, dans un atelier de fabrication du caoutchouc; et depuis quelque temps elle était exposée, en conséquence, à l'action des vapeurs de sulfure de carbone, lorsqu'elle fut prise de douleurs de tête et d'estomac violentes, avec vomissements répétés et vertiges. Ce fut alors qu'elle commença à se sentir faible et sans courage. Les vomissements se calmèrent peu à peu ; les douleurs d'estomac et de tête s'apaisèrent, mais les forces ne revenaient pas. Le moindre mouvement causait de la fatigue; des maux de reins habituels, répondant dans les jambes, rendaient encore plus pénibles la station debout et la marche. En même temps, la peau prenait une teinte de plus en plus brune, inégalement distribuée, qui, sur la face, faisait ressortir par contraste la teinte blanche des sclérotiques et donnait aux yeux un éclat particulier.

A la Charité, cette femme fut mise au régime alimentaire le plus nutritif, on lui fit prendre, en outre, divers toniques : mais en vain. Bien qu'elle ne souffrît plus de l'estomac, qu'elle n'eût plus de vomissements, qu'elle semblât digérer très-bien ce qu'elle prenait, elle ne cessa pas de maigrir. La faiblesse s'accentua toujours, lentement il est vrai. Les taches pigmentaires s'étendirent, particulièrement sur le dos, où d'autres taches, celles-là blanches et décolorées comme celles qui constituent le *vitiligo*, se dessinèrent, dispersées au milieu d'elles. Ainsi le pigment se distribuait de la manière la plus inégale à la surface de la peau. En grand excès sur certains points, il paraissait manquer entièrement sur d'autres. Cependant on n'observait pas sur les muqueuses ce pointillé brun qui s'y rencontre si fréquemment dans la maladie d'Addison.

Aujourd'hui, cette malade peut à peine marcher. Elle n'accuse, du reste, aucune autre douleur que les maux de reins qui persistent et un sentiment de courbature assez pénible dans les jambes. Le moindre effort lui donne de l'oppression, des palpitations ; sa vue baisse, à peine aujourd'hui peut-elle lire avec des lunettes ; sa mémoire se perd, ses facultés intellectuelles deviennent obtuses, elle ne se rend pas toujours bien compte du lieu où elle est, de ce qu'on lui dit, de ce qui se passe autour d'elle. Il lui semble parfois qu'elle va se trouver mal ou mourir.

Une autre femme, couchée salle Sainte-Madeleine, n° 21, dans le service de M. Hayem, présente un tableau un peu différent.

Au point de vue de la pigmentation, les analogies sont frappantes. Le contraste des taches brunes et des taches blanches y est le même. Seulement, ici, les muqueuses participent à cette pigmentation anormale.

Au point de vue de l'affaiblissement, de la cachexie, la ressemblance est encore grande. Seulement, ici, la cachexie a amené un peu d'œdème des membres inférieurs.

Quant à des douleurs, cette malade déclare n'en avoir jamais éprouvé d'aucune espèce. Elle n'a point eu de vomissements, elle digère bien; elle n'accuse aucun trouble de la vision, de la mémoire, de l'intelligence, aucun vertige. Elle ne se sent pas, dit-elle, *malade de corps*. Si ses jambes étaient meilleures, elle se remettrait au travail. Du reste son travail était peu fatigant : elle ramassait du mouron pour les oiseaux. Agée de soixante-deux ans, elle a perdu l'année dernière son mari qui exerçait la même profession, et c'est, dit-elle, depuis lors qu'elle a commencé à s'affaiblir. Cette perte lui avait causé un chagrin profond. Elle ne veut pas admettre, d'ailleurs, que sa peau ait bruni depuis cette époque. Elle soutient avoir toujours été aussi brune. On voit bien qu'elle n'a jamais eu l'habitude de porter beaucoup son attention sur elle-même.

On ne trouve pas de vitiligo, et les taches mélanodermiques sont moins nettement caractérisées que chez les précédentes,

chez une troisième malade qui couche au n° 27 de la salle Sainte-Marthe, dans le service de M. Empis.

Cette femme, âgée de cinquante ans, née dans le département de la Sarthe et depuis longtemps établie dans la banlieue de Paris, où elle travaille à la culture, avait été atteinte, il y a environ une vingtaine d'années, d'une fièvre intermittente qui résista longtemps. Dans le mois de septembre dernier, elle fut reprise de fièvre : les accès revenaient tous les trois jours, à la même heure, et commençaient par un long frisson. C'est alors que sa peau commença à brunir, qu'elle perdit l'appétit, maigrit et s'affaiblit. Le huitième mois, elle se décida à se faire soigner à l'hôpital. M. Empis la conserva en observation durant quelques jours; puis il coupa la fièvre avec le sulfate de quinine; et depuis lors l'appétit a reparu, l'embonpoint revient, les forces se rétablissent rapidement. Seules, les taches pigmentaires persistent.

Ceci, comme on le voit, n'est point un type aussi parfait de maladie d'Addison.

Nous en dirons autant d'un quatrième mélano-dermique.

Il s'agit d'un jeune homme, de vingt et un ans, qui occupe le lit n° 17 de la salle Saint-Jean de Dieu, service de M. Hayem.

Il ne sait pas depuis quand se sont produites les larges taches brunes que l'on remarque sur diverses parties de son corps et notamment sur les poignets. Ouvrier occupé à fondre le bitume pour le pavage des rues, il attribuait à la fumée de bitume la coloration de sa peau. Il se trouvait d'ailleurs fort bien portant avant le mois dernier, époque où il contracta une blennorrhagie et fit, dit-il, un violent effort. Depuis, lors il a moins d'appétit, mais digère parfaitement ses deux portions, n'a jamais vomi, et n'éprouve ni maux d'estomac ni maux de tête.

Si nous comparons ces quatre faits les uns aux autres, nous voyons que le trait commun est la coloration anormale de la peau.

Quant à la cachexie spéciale, caractère essentiel de la maladie d'Addison, elle ne se montre nettement que dans les deux premiers, puisque chez la troisième malade, le défaut d'appétit, l'amaigrissement, la perte des forces semblent s'être principalement rattachés à une affection paludéenne, et puisque la question est encore plus complexe chez le dernier.

La première seule accuse des douleurs très-pénibles dans la région lombaire et dans les jambes. Elle seule a eu des douleurs d'estomac et des vomissements au début. Il est vrai qu'on pourrait fort bien attribuer plutôt à des causes professionnelles les épigastralgies et les vomissements du début, s'ils ne figuraient pas, comme les douleurs lombaires, dans les descriptions les plus classiques de la maladie d'Addison.

Cette maladie, en effet, a pour symptômes principaux : d'abord l'affaiblissement croissant, l'asthénie, les vices de nutrition, l'anémie parfois marquée, l'amaigrissement, la cachexie, la distribution inégale et irrégulière du pigment sur la peau et sur les muqueuses, puis, en seconde ligne, diverses névralgies et divers troubles du système nerveux.

Ces névralgies et ces troubles nerveux s'accusent plus ou moins selon le tempérament, le genre de vie, l'impressionnabilité naturelle du malade.

Je les ai vus très-marqués, très-variés et très-multiples chez une dame atteinte de maladie bronzée, et que j'ai soignée avec M. Guéneau de Mussy en 1869. Cette dame est morte de cachexie peu de temps après, vers l'époque de la guerre prussienne, à ce que je crois, en province. L'alimentation la plus substantielle, l'hygiène la mieux entendue, n'avaient pu retarder en rien l'anéantissement des forces.

Quelques notes prises dans les services des hôpitaux.

La médecine étant surtout une science d'observation, il est toujours intéressant, pour chacun de nous, de connaître les remarques, les expériences, qu'ont pu faire d'autres praticiens, les opinions auxquelles ils se rattachent et les résultats qu'ils obtiennent. Alors même qu'il s'agit d'une médication qui n'est point nouvelle, il est bon de savoir comment elle réussit entre les mains de ceux qui l'appliquent encore. Aussi visitons-nous sans cesse les divers services hospitaliers, afin de mettre les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* au courant de ce qui s'y passe.

Commençons aujourd'hui par un fait de pratique.

— Contre la colique de plomb, M. Empis a depuis longtemps renoncé à ce que l'on nomme le *traitement de la Charité*, et à l'emploi de tout purgatif, proprement dit. En effet, par les purgatifs on fait cesser rapidement la constipation, mais sans un profit immédiat pour le malade. Les douleurs persistent encore durant plusieurs jours, assez souvent jusque vers le milieu du second septenaire. Au contraire, par la méthode de M. Empis, la colique cesse habituellement du troisième au quatrième jour. Il emploie exclusivement la fleur de soufre associée au miel : chaque jour, le malade prend, en trois doses, douze grammes du mélange, par parties égales, de ces deux substances.

Nous venons de voir un malade traité de cette manière, et chez lequel, en effet, les douleurs s'apaisèrent dès que se manifesta l'action laxative, vers le milieu du premier septenaire.

— Un autre malade de la même salle a fourni l'occasion de la réflexion suivante :

Depuis que parurent les premiers travaux sur les rapports de la chorée et du rhumatisme chez les enfants, M. Empis n'a jamais négligé d'interroger, sur les antécédents choréiques qu'ils auraient pu avoir, tous les rhumatisants de son service hospitalier ou de sa clientèle. Eh bien, jamais encore il n'en a pu trouver aucun qui eût eu la chorée dans son enfance. Ceci lui donne de grands doutes sur l'existence réelle d'une diathèse commune ou d'une étiologie unique. Il supposerait plutôt que les soi-disants rhumatismes de la chorée ne méritent pas plus le nom de rhumatismes proprement dits que les douleurs ou manifestations articulaires de l'érythème papuleux, de la scarlatine, etc. En effet, les vrais rhumatismes ont une tendance évidente à la récidive. Parce qu'on en a eu déjà, c'est une raison pour qu'on ait encore; tandis qu'au contraire les douleurs, congestions, gonflements, rougeurs articulaires qui se rattachent comme de simples symptômes ou des complications à d'autres maladies, ne doivent pas reparaître à l'état isolé, ou se transformer en rhumatismes.

— A l'hôpital Saint-Louis, M. Besnier insiste sur une distinction qu'on néglige souvent : celle du véritable psoriasis et de ce qu'il appelle la *dermite exfoliatrice*. Dans la dermite exfoliatrice, la peau ne paraît nullement enflammée. Aucune rougeur, aucun gonflement, même momentané, ne distingue les points sur lesquels se fait une exfoliation de larges lambeaux épidermiques. Mais il ne faut pas s'imaginer que, pour avoir une allure plus bénigne, la maladie en soit moins tenace. Au contraire, tandis qu'on parvient assez souvent à modifier utilement et même à guérir des psoriasis invétérés, cette dermite exfoliatrice semble jusqu'ici résister à tout. Quand on croit être parvenu à modérer définitivement la production surabondante de cellules épithéliales, il suffit d'un bain pour faire perdre, en un seul jour, tout le bénéfice d'un long traitement.

— Sur une malade atteinte de la lèpre, M. Besnier faisait remarquer combien les tubercules de cette maladie laissent des traces plus apparentes et plus profondes sur le visage que sur la poitrine et sur le dos, par exemple. Il en est ici exactement comme dans la petite vérole, dont les pustules produisent, sur la face, des cicatrices difformes, tandis que, sur le tronc, les marques en sont à peine apparentes.

Cette malade avait été prise récemment d'une pleurésie, qui a fort bien guéri. A ce propos, M. Besnier recommande de pratiquer, dans la pleurésie, la mensuration de la poitrine circulairement dans tout son ensemble, et non point seulement de l'épine dorsale au milieu du sternum, de chaque côté isolément. En effet, les causes d'erreur sont bien moindres quand on croise simplement les bouts du ruban métrique, et comme les différences qui peuvent survenir d'un jour à l'autre se rapportent nécessairement au côté ou se trouve l'épanchement, on n'a pas de calcul à faire pour suivre les progrès du mal dans un sens ou dans l'autre.

— Dans le service de M. Audhoui, à l'hôpital temporaire de la rue de Sèvres, nous avons vu récemment un vieillard phthisique qui présentait un groupe de tubercules sur chacune des faces de la langue. Un de ces tubercules, ramolli, s'était ouvert et avait produit une ulcération assez profonde. M. Audhoui met à profit cette occasion pour étudier l'action de l'iode sur les ulcérations tuberculeuses. La sœur de la salle fut chargée de toucher chaque jour cette petite plaie avec un peu de teinture d'iode. La cicatrisation fut obtenue ainsi très-rapidement.

Nous n'avons voulu parler aujourd'hui que de petits faits, et encore il faut nous restreindre.

Dr Victor Revillout.

ÉTUDE SUR LA RUPTURE DU LIGAMENT ROTULIEN

par le docteur E. Blacher.

Avant d'entrer en matière, je crois nécessaire de définir ce qu'on doit entendre par rupture du ligament rotulien. Il existe en chirurgie trois sortes de lésions dont les causes et les symptômes présentent beaucoup d'analogie, ce sont : les ruptures des ligaments sus et sous-rotulien, c'est-à-dire les ruptures du tendon du droit antérieur et celles du ligament rotulien proprement dit, et les fractures transversales de la rotule produites par arrachement. Ces trois espèces de lésions sont différentes, quoiqu'elles résultent des mêmes causes, à savoir : la flexion exagérée de la jambe sur la cuisse ou la contraction violente du triceps crural. Elles ont été souvent confondues entre elles, parce que la rotule était considérée comme un os sésamoïde logé au milieu d'un tendon qui ne serait autre chose que le prolongement du muscle triceps crural. Si la rotule reçoit sur son bord supérieur l'insertion des fibres du triceps, pourquoi lui conserver son rôle d'os sésamoïde?

M. le professeur Richet, dans son *Anatomie chirurgicale*, fait insérer le droit antérieur à la partie supérieure de la rotule. Celle-ci est, il est vrai, enveloppée, comme le serait un os sésamoïde, par les expansions aponévrotiques des vaste externe et vaste interne, et par un léger prolongement superficiel du tendon du droit antérieur, mais elle donne en outre insertion, à la partie inférieure, à un faisceau fibreux considérable qui va prendre ses attaches inférieures à la tubérosité antérieure du tibia, et auquel le même auteur conserve le nom de tendon rotulien. C'est à cette dernière portion tendineuse qu'on réserve maintenant le nom de ligament rotulien, la dénomination ancienne de tendon rotulien étant donnée au faisceau tendineux sus rotulien qui termine le muscle droit antérieur. Je donnerai donc, avec les auteurs récents, le nom de ligament rotulien au ligament qui prend ses insertions, d'une part au bord inférieur de la rotule, de l'autre à la tubérosité antérieure du tibia. Par suite de cette définition, plusieurs travaux, mémoires, thèses, etc. portant le titre de rupture du tendon rotulien (entre autres la thèse inaugurale de M. le docteur Mérijot, 1873) et qui sont basés sur plusieurs observations de rupture sus-rotulienne tirées des mémoires de MM. Binet, Demarquay, Fournaise, etc., plusieurs travaux, dis-je, ne me semblent pas devoir trouver place dans une étude qui a pour objet la rupture du ligament rotulien, si ce n'est au point de vue de la ressemblance des causes productrices et du pronostic de ces deux sortes de lésions.

La rupture du ligament rotulien est un accident d'une réelle importance, sinon comme lésion pouvant mettre la vie en péril, du moins comme cause possible d'une infirmité consécutive plus ou moins grave, suivant la position sociale du patient. Cette affection est rare. On compte facilement depuis Galien les observations qui en font mention. Les auteurs qui les rapportent en parlent très-succinctement, de sorte qu'on ne peut se faire une idée, d'une part, des inquiétudes du malade, des questions dont il accablera pendant des mois son médecin, pour savoir s'il restera infirme, d'autre part, de l'embarras du médecin à formuler un pronostic assuré, ce qui est de toute importance puisque souvent l'avenir social du malade dépend de sa guérison.

Les observations de cette lésion chirurgicale que j'ai pu étudier sont au nombre de trente et une. Elles sont rassemblées dans des publications diverses, par différents auteurs dont je rappelle les noms : MM. Baudens, Binet, Bourguet d'Aix, Larrey, Boinet, Demarquay, Sistach, Cosmao-Dumenez et Sellier. N'ayant pas l'intention de faire une monographie de la rupture du ligament rotulien, je me contenterai de faire connaître trois observations inédites de cette affection. Je suis le sujet de la première. Le sujet de la deuxième est M. le docteur X... qui m'a autorisé à publier l'histoire de son propre accident. Enfin je tiens la troisième de M. le docteur Polaillon, chirurgien des hôpitaux, auquel je dois également de vifs remercîments et des témoignages de ma reconnaissance pour les bons soins qu'il m'a donnés pendant ma maladie.

Je comparerai ces nouvelles observations avec celles qui sont déjà connues dans la science, et j'essayerai d'en tirer certaines conclusions relativement aux questions suivantes : Localisation de la rupture du ligament rotulien. N'est-elle pas plutôt un arrachement aux points d'insertion tibiale ou rotulienne ? Peut-elle se faire à la partie moyenne du ligament? Peut-elle se faire sans arrachement osseux? Peut-elle être incomplète? Quelles sont les causes qui la produisent ordinairement? Quels en sont les symptômes immédiats? Quel pronostic surtout doit-on porter? Doit-on craindre l'ankylose de l'articulation, la brièveté ou l'élongation du tendon réformé? ou même l'absence de toute consolidation? La marche pourra-t-elle se faire et dans quelles conditions? Enfin quelle méthode de traitement doit-on suivre?

Obs. I. — Le 3 avril 1874, je revenais de visiter un malade, et je descendais un escalier humide et obscur lorsque les deux pieds me manquèrent en même temps. Ayant les deux mains embarrassées, je ne pus me retenir à la rampe, et dans un clin d'œil je fus précipité deux ou trois marches plus bas. Il y eut un mouvement brusque de rejet du tronc en arrière pendant la chute, et je me trouvai assis, la jambe gauche complétement pliée sous moi. J'éprouvai dans le genou gauche une forte douleur, semblable à celle produite par une contusion violente. Mon premier mouvement fut d'essayer d'allonger la jambe, mais il fut impossible d'y réussir. Effrayé, je portai la

main au genou, et, malgré l'épaisseur du pantalon, je pus me rendre compte de l'accident qui m'arrivait. Je trouvais un énorme creux en avant du genou, et je pouvais sentir les deux condyles du fémur, d'une part, les tubérosités du tibia, de l'autre. En remontant vers la cuisse, je trouvais la rotule entière éloignée de dix centimètres à peu près de sa position normale. Mon diagnostic fut vite fait, et j'avisai immédiatement au moyen de sortir de la situation, car je n'avais aucun aide. Je pus, de la main droite, repousser à moitié ma jambe gauche en avant, tandis que la main gauche refoulait le plus possible la rotule vers sa place normale. Mais cette réduction s'accompagnait de crampes extrêmement douloureuses dans les muscles fléchisseurs. Enfin la jambe droite aidant à redresser la gauche, je saisis la rampe de la main droite, et je pus me hisser sur les pieds. Je crus qu'en me servant de la rampe et m'appuyant un peu sur la jambe gauche, je pourrais descendre ; mais, dès la première marche, aussitôt que le poids du corps eut porté sur le pied gauche, la jambe fléchit brusquement, et je tombai de nouveau pour ne plus me relever. Quelques personnes étant accourues à mon appel, je leur fis redresser ma jambe gauche; mais, au moindre mouvement, il se produisait un peu de flexion forcée, accompagnée de crampes violentes. Je songeai alors à me serrer fortement le genou avec une serviette pliée, pendant qu'on me tirait la jambe. Je pus ainsi maintenir l'extension, faire cesser les crampes et rendre plus facile mon transport, qui se fit à bras d'hommes.

Une heure après l'accident, mes amis les docteurs Leboucq, Rochefontaine et Gardin venaient à mon secours. Je suis heureux de pouvoir leur renouveler mes remercîments pour les bons soins qu'ils m'ont donnés. Ils trouvèrent le genou très-tuméfié. Cependant le gonflement ne masquait pas le vide qui existait entre la partie inférieure de la rotule et le tibia. La palpation était très-douloureuse, mais ne donnait lieu à aucune crépitation ; elle permettait de constater l'intégrité de la rotule, de percevoir, faisant suite à la rotule, une masse mollasse qui ne s'étendait pas jusqu'à la tubérosité antérieure du tibia, puis une dépression très-nette au fond de laquelle on sentait encore les condyles du fémur, enfin une surface irrégulière correspondant à la tubérosité du tibia. L'examen comparatif du genou droit, placé dans des situations exactement semblables à celles du genou gauche, rendait très-sensibles toutes ces modifications. On sentait, en effet, facilement le ligament rotulien droit étendu depuis la rotule jusqu'à la tubérosité du tibia. La rotule gauche n'était cependant plus remontée aussi haut, une largeur de trois travers de doigt seulement la séparait du tibia. La douleur la plus violente siégeait au niveau de la tubérosité antérieure du tibia et à la partie interne du genou, au niveau des insertions ligamenteuses internes de l'articulation. Aucune ecchymose n'apparaissait à la peau; la jambe immobile sur le lit et dans l'extension faisait peu souffrir; mais, aussitôt qu'on la soulevait, les crampes se reproduisaient; si elle n'était pas bien soutenue par le pied et le mollet, la flexion avait tendance à se reproduire, et le membre, devenu complétement, impuissant tombait.

Le diagnostic porté fut : Rupture du ligament rotulien au niveau de l'insertion tibiale, sans arrachement de la tubérosité, sans épanchement sanguin dans l'articulation, avec entorse simple de l'articulation, sans rupture du manchon ligamenteux.

Le traitement consista à placer tout le membre inférieur gauche dans une gouttière en fil de fer qui fut, séance tenante, garnie de ouate, de façon que l'extension fut complète, le pied étant plus haut que la cuisse. Le membre fût maintenu dans la gouttière au moyen de deux bandes, l'une enveloppant le pied et la jambe, l'autre fixant la partie inférieure de la cuisse. Le genou fut couvert de cataplasmes arrosés souvent du mélange suivant :

Eau blanche. . . . . } āā 100 grammes.
Alcool camphré. . . . . . . }
Laudanum de Sydenham. . . 20 grammes.

Six dragées de chloral procurèrent un sommeil calme et sans fièvre.

Le lendemain, M. Polaillon vint me voir. Après un nouvel examen du genou, il formula le même diagnostic et adopta le traitement indiqué jusqu'à ce que le gonflement fut à peu près tombé. L'immobilité fut gardée pendant quinze jours, le membre en extension simple dans la gouttière. Pendant ce laps de temps, il n'y eut pas de symptôme inflammatoire considérable, pas de fièvre, et l'appétit resta bon. (*A suivre.*)

ÉTUDE SUR L'HYPERTROPHIE GÉNÉRALE
DE LA GLANDE MAMMAIRE CHEZ LA FEMME

Par le docteur Édouard LABARAQUE (1).

Conclusions : 1° L'hypertrophie de la glande mammaire chez la femme se caractérise le plus souvent, au point de vue anatomique, par l'augmentation de tous les éléments normaux de la glande en dehors de la grossesse ou de la lactation, c'est-à-dire par une production exagérée du tissu fibreux et par l'élargissement des canaux galactophores, çà et là distendus et resserrés, et gonflés, soit par un liquide muqueux, filant, transparent, soit par du lait, soit enfin par des masses de caséum ou de graisse. Nous serions donc disposés à admettre l'opinion de Virchow, qui en fait un fibrome diffus.

2° Elle reconnaît pour causes toutes celles qui influent sur l'activité de la mamelle et sur celle des organes génitaux : spécialement les troubles du côté de la menstruation, la grossesse, les excitations sexuelles répétées; on rencontrera aussi comme causes, peut-être la diathèse scrofuleuse, les violences extérieures, et enfin certainement une prédisposition individuelle, qu'il faut bien admettre quand on ne découvre pas autre chose.

3° Les signes les plus communs que l'on observe sont la gêne de la respiration et de la locomotion causée par le volume et le poids des seins. Deux périodes : dans la première augmentation de volume du sein, qui est saillant et globuleux ; dans la seconde, état mou, flasque de l'organe, qui tend à se pédiculiser.

4° La maladie peut se compliquer d'une affection intercurrente du côté du sein ou en dehors de lui. Sa marche peut être plus ou moins rapide, selon la cause qui l'a produite.

5° Son pronostic est toujours défavorable. Son traitement peut être palliatif ou curatif. Dans le premier cas, on emploie les moyens propres à empêcher l'augmentation du volume du sein : dérivatifs, régime herbacé, rubéfiants à distance, et l'on essaye de rappeler les règles si elles se sont supprimées. Dans le second ordre de faits, on administre l'iode, soit à faibles doses, suivant la méthode de Lugol, soit à hautes doses, et, selon nous, pour provoquer un travail de désassimilation qui entraîne l'atrophie du tissu cellulo-adipeux et la pédiculisation plus rapide de la tumeur mammaire. Enfin on essayera la compression, les saignées, les scarifications; finalement on aura recours à l'amputation d'un sein ou des deux, en ayant soin de laisser, entre les deux opérations, un temps suffisant pour s'assurer que le second sein n'a pas une tendance à décroître après qu'on a enlevé le premier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 juin 1875. — Présidence de M. LE FORT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente une note manuscrite de M. Passand, médecin-major, intitulée : *Trois Observations d'accidents produits par la foudre*, et une brochure de M. Jules Arnould, médecin-major, intitulée : *Considération sur le degré d'aptitude physique du recrutement de l'école spéciale militaire.*

M. MARJOLIN présente, de la part de M. Fleury (de Clermont), une observation de rétention d'urine chez une femme de quarante-neuf ans, causée par l'obstruction du méat par une affection cancé-

(1) In-8°. — Paris 1875. — J. B. Baillière et fils. — Prix : 3 francs.

reuse, et traitée par la ponction vésico-vaginale. (Commiss.: MM. Verneuil, Polaillon et Marjolin.)

M. SÉE présente deux observations dues à M. Félix Pasquier (de Roubaix), l'une sur l'ablation de chondromes péripelviens, l'autre sur un calcul salivaire.

M. THOLOZAN assiste à la séance.

COMMUNICATION

Du traitement antiseptique des plaies. — Des opérations chez les sujets scrofuleux. — M. VERNEUIL a reçu de M. Saxtorf (de Copenhague), pour les transmettre à la société, quelques réflexions relatives aux pansements antiseptiques, aux plaies articulaires, à diverses résections et à la trachéotomie. De cette communication, M. Verneuil extrait les points suivants :

1° *Pansement des plaies.* M. Saxtorf a obtenu d'excellents résultats du pansement phéniqué appliqué après avoir eu soin d'opérer au milieu d'un nuage de vapeurs phéniquées. Il n'a jamais vu d'accidents suivre les opérations qu'il a pratiquées dans ces conditions, même celles sur le tissu osseux.

2° *Plaies des articulations.* Le chirurgien danois a pu, en enveloppant le membre de gaz phéniqué, extraire à ciel ouvert des corps étrangers du genou. Un seul accident a suivi ces opérations. Sur cent ponctions d'hydarthrose, suivies de l'application d'un bandage inamovible, il n'a pas eu un insuccès.

4° *Amputations.* Deux amputations de cuisse pratiquées dans de mauvaises conditions individuelles ont été rapidement suivies de mort, malgré l'emploi des précautions habituelles. Mais ces précautions ont certainement contribué au succès de diverses autres opérations graves, entre autres trois ablations totales du calcanéum. M. Saxtorf cite un seul malade, un enfant scrofuleux, qui a résisté à quatre grandes opérations faites à des intervalles rapprochés : l'ablation des deux calcanéums, l'amputation d'un pied, l'amputation de la cuisse.

4° Enfin M. Saxtorf a pratiqué huit fois la *trachéotomie* dans six cas de diphthérie, pendant une épidémie qui a régné l'hiver dernier à Copenhague, et dans deux cas d'œdème de la glotte, en employant le procédé classique.

M. Verneuil fait suivre cette communication des considérations suivantes :

Il fait remarquer d'abord avec satisfaction que la trachéotomie est pratiquée maintenant sur une large échelle à l'étranger, après être restée longtemps confinée en France et en Angleterre. Quant aux pansements antiseptiques, leur nécessité est devenue si évidente que tout le monde cherche à en établir les lois. Les praticiens, les chimistes, les micrographes, les statisticiens s'y appliquent. On en cherche la théorie. Nous sommes près de l'époque où la doctrine physiologique et rationnelle des accidents des plaies sera posée. On peut dès maintenant la nommer la *doctrine septicémique.* Il n'y aura plus qu'à perfectionner quelques points secondaires. On peut la résumer ainsi : Un des caractères fondamentaux des lésions traumatiques, la tendance à la guérison, peut être contrariée par trois ordres de causes : la constitution du sujet, la nature de la blessure, le milieu où se trouve le blessé. Quelle est l'importance de chacun d'eux? Personne ne doute aujourd'hui de celles des milieux. L'Académie de médecine et la Société de chirurgie l'ont longuement discutée. La constitution du sujet joue aussi un grand rôle dans la question. Mais c'est à la nature de la blessure qu'appartient le rôle principal, car quels que soient la constitution du blessé et le milieu où il a été transporté, c'est sa blessure qui ouvre la porte à tous les accidents, c'est d'elle que le mal peut irradier à l'économie tout entière. C'est à elle qu'il faut rattacher les accidents traumatiques de toxhémie, car c'est elle qui a reçu ou qui élabore le poison. De là tous les efforts pour empêcher d'abord le développement du poison dans la blessure, ou le neutraliser et en empêcher la pénétration dans l'économie, c'est-à-dire empêcher la transformation d'un blessé en un malade.

Si l'on étudie les obstacles que le médecin peut opposer à ces accidents, on reconnaît bientôt qu'il n'a de prise que sur la blessure. Il reçoit le blessé tel qu'il est; il peut bien essayer de différer une opération, mais pas au-delà d'un certain temps. Il n'a qu'une prise indirecte sur la constitution du sujet, qu'il peut quelquefois améliorer si besoin est, et si l'opération n'est pas trop urgente. Il peut influer un peu plus directement sur les milieux, en aérant les salles, en plaçant les blessés sous la tente, etc., mais il n'en est pas toujours le maître, car il a à compter avec les volontés irréfléchies des constructeurs officiels, qui semblent prendre à tâche de faire des hôpitaux insalubres, foulant aux pieds les observations de la science. La théorie septicémique, en s'imposant aux hommes de science, leur a fait chercher des moyens de lutter contre elle et leur en suggérera encore, car bien des années s'écouleront avant que nos édiles nous permettent de négliger ses préceptes. L'exagération des précautions prises contre elle n'a jamais causé de malheurs, la négligence d'une seule peut amener des accidents terribles. Ce n'est que par le mode opératoire et par le traitement consécutif que le chirurgien peut avoir quelque chance de lutter contre ces accidents. Dans les conditions où il s'est placé, M. Saxtorf a pu réussir sept fois sur huit une des opérations les plus graves de la chirurgie, la taille articulaire. C'est en négligeant une seule précaution qu'il a perdu un de ses opérés. Le pansement ouaté est un de ces pansements antiseptiques, et aujourd'hui, pour les fractures compliquées, si graves autrefois, la règle n'est-elle pas la guérison, même dans nos hôpitaux, grâce à l'occlusion et à l'immobilité.

Une observation remarquable de M. Saxtorf amène M. Verneuil à protester contre les illusions de l'innocuité des opérations faites sur les scrofuleux, surtout des opérations pratiquées sur les os. Dès l'année 1845, lorsque les internes étaient tenus de faire un mémoire de fin d'année, M. Verneuil s'est occupé dans son mémoire des suites des extirpations partielles des os de la main et du pied chez les scrofuleux. Les suites immédiates sont bonnes, il est vrai; les érysipèles sont bénins chez eux, la pyohémie est rare, et l'on en perd peu d'accidents traumatiques aigus. Les plaies sont très-belles, et bourgeonnent abondamment, trop abondamment, mais la cicatrisation est mauvaise. Quand l'opéré veut se servir de son membre, le mal récidive tantôt sur place, tantôt dans d'autres articulations, d'autres fois sur des viscères. Une amputation se cicatrise, mais les malades meurent d'albuminurie, d'œdème général, de transformation graisseuse du foie, de tubercules. M. Verneuil a amputé l'an dernier un homme pour une tumeur blanche. Ce malade toussait un peu, la toux a guéri en même temps que l'amputation, et l'observation, prise neuf mois après, vient d'être publiée dans une thèse comme un exemple de guérison; mais ce malade est rentré depuis quinze jours dans son service avec une ostéite considérable de la colonne vertébrale. Un auteur anglais, bon observateur, conseille d'opérer les scrofuleux de bonne heure, avant le développement des manifestations morbides du foie ou du rein, et de faire chez eux des amputations d'emblée et non des résections.

DISCUSSION

M. MARJOLIN partage les scrupules de M. Verneuil, relativement aux opérations chez les enfants scrofuleux. Chargé, pendant dix-huit ans, d'un service d'enfants, il a pu suivre longtemps des malades qui venaient à plusieurs reprises dans son service, et, s'il était porté, au commencement de sa pratique, à opérer de bonne heure, l'expérience lui a appris plus tard que ces opérations étaient prématurées tant qu'on n'avait pas modifié la constitution des petits malades, et devaient toujours être rejetées, à moins d'une urgence qui est rare.

Il a vu souvent des enfants opérés et guéris à plusieurs reprises venir succomber à la suite de méningites, de tubercules pulmonaires, de lésions intestinales. Les hôpitaux de Forges et de Berck sont d'une ressource précieuse pour modifier la diathèse scrofuleuse, mais ils sont insuffisants; les enfants inscrits attendent trop longtemps leur tour, ils y arrivent trop tard, et la guérison se fait attendre d'autant plus longtemps. Mais ce traitement même est quelquefois insuffisant. Il a suivi longtemps une enfant qui était restée trois années à Berck pour des tumeurs ganglionnaires. Revenue guérie, elle fut prise de coxalgie. Guérie encore, elle est morte l'année dernière à Beaujon, à l'âge de vingt ans, d'une méningite tuberculeuse. Le meilleur traitement des accidents scrofuleux est la campagne. On ne doit donner

à Paris que des soins immédiats. Malheureusement, avec les ressources actuelles, le chiffre des expectants dépasse souvent 100, quelquefois 200 ; ils ne peuvent entrer à Berck ou à Forges qu'un an ou dix-huit mois après leur inscription, mais déjà la moitié ne répond pas à l'appel. M. Marjolin termine en émettant le vœu que le nombre des lits d'enfants à la campagne soit augmenté.

M. LARREY, dans sa longue expérience des hôpitaux militaires, a été frappé de la mortalité des amputés, principalement chez les jeunes gens et surtout chez les scrofuleux. Les exemples qu'il avait vus dans les services de Dupuytren, de Roux, de Lisfranc, de Velpeau surtout, si prodigue alors d'amputations, si avare dans ses dernières années, l'avaient fait de bonne heure réagir contre cet esprit, et, dès 1839, il empruntait au langage politique de l'époque le mot de *chirurgie conservatrice*.

Aujourd'hui, les militaires scrofuleux trouvent une grande ressources dans les hôpitaux établis pour eux aux eaux thermales. Le déplacement, le grand air, s'ajoutent à la spécificité de ces eaux. M. Larrey a demandé de plus, pour eux, les bains de mer, et l'on a obtenu déjà de grands avantages de leur envoi à la Rochelle. Il émet le vœu qu'on agrandisse de la même manière le domaine des malades et des convalescents des hôpitaux civils.

M. DESPRÈS. La doctrine du pansement des plaies exposée par M. Verneuil ne peut être admise. Des malades atteints de plaies des os, ou de plaies articulaires, ou d'autres, n'ont pas la même manière de mourir, et ces accidents différents demandent des traitements différents. On a toujours discuté sur le pansement des plaies types, mais ce pansement varie avec chaque blessure.

Quant à l'opinion combattue par M. Verneuil, que les opérés scrofuleux guérissent mieux que les opérés sains, tous les chirurgiens sont d'accord pour dire que ces opérés guérissent mieux en tant qu'opérés, mais aucun ne prétend que cette opération les mette à l'abri des accidents ultérieurs. — M. Marjolin n'a pas dit tout à l'heure qu'un nombre considérable de parents amènent leurs enfants à l'hôpital pour s'en débarrasser. Le meilleur remède serait de donner aux mères des secours qui leur permettent de soigner leurs enfants chez elles, car à l'hôpital, ils sont voués à la mort, malgré tout le dévouement des sœurs.

M. Després conclut en disant qu'il y a trop de lits mis à la disposition des enfants.

M. MARJOLIN. M. Després, qui trouve mauvais le traitement des enfants à l'hôpital, n'a pas vu dans quel état de malpropreté, de négligence, de misère, ces enfants se trouvent chez eux. Ce sont ces conditions mêmes qui les rendent malades, et ils sont mieux à l'hôpital. Ce qu'il y a de fâcheux, c'est qu'on n'ait pu obtenir encore de l'administration la séparation des enfants contagieux, même lorsqu'ils sont atteints d'hydrophobie.

M. VERNEUIL répond à M. Després qu'il n'a pas proposé un pansement pour les plaies, mais une doctrine unique pour le pansement des plaies. Tous les procédés peuvent y rentrer s'ils ont de la valeur.

Conformément aux conclusions de M. Verneuil, des remercîments seront adressés à M. le professeur Saxtorf, et sa communication sera insérée aux *Bulletins*.

M. RIGAUD a pratiqué neuf fois l'ablation du calcanéum et n'a perdu qu'un malade. Tous les autres ont pu bien marcher après leur guérison, ils ont même tous rejeté le soulier spécial qu'il leur avait fait faire. M. Rigaud propose de communiquer ses observations à la société. (Adopté.)

RAPPORT

M. POLAILLON, au nom d'une commission composée de MM. Guéniot, Blot, Polaillon, donne lecture d'un rapport sur un forceps et un appareil obstétrical à tractions continues présenté par M. Pros, de la Rochelle, dans la séance du 11 novembre 1874. (Voir pour la figure *Gazette des Hôpitaux* 1874, page 1150.) M. le rapporteur a expérimenté ce forceps. Il est susceptible de rendre des services dans les applications au-dessus du détroit supérieur, parce qu'il a l'avantage de pouvoir être bien dirigé; mais, une fois en place, il n'offre plus assez de prise à la main de l'accoucheur. Dans les applications au-dessous du détroit supérieur et à la vulve il n'offre plus aucune supériorité sur le forceps ordinaire.

M. BLOT. Cet instrument ne vaut pas le forceps classique au détroit supérieur, il vaut moins au détroit inférieur et dans l'excavation. Il ne remplit aucune indication utile.

La société adresse des remercîments à M. Pros et décide le renvoi de sa communication aux archives et la publication du rapport de M. Polaillon.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 avril 1875 (1). — Présidence de M. GALLARD.

M. PETER. Il serait à désirer que les praticiens pussent compléter l'étude des affections qui se terminent seulement à l'hôpital. Il est très-heureux de voir les malades qui commencent à présenter des douleurs fulgurantes, entrer dans la voie de l'amélioration et même de la guérison; car, à l'hôpital, on n'observe guère cette affection qu'à sa dernière période. On disait jadis d'un ataxique porté à des excès de coït, qu'il avait la maladie de la moelle. Je connais un malade de ce genre, présentant des douleurs fulgurantes, qui disparurent sous l'influence des ventouses et de la teinture d'iode, et surtout de la continence; mais elles reparurent ensuite en même temps qu'il se livra à de nouveaux excès. En ce moment, il va mieux et son ataxie offre de longues périodes de rémission.

M. ONIMUS. Je ne partage pas l'avis de M. Peter. Généralement les ataxiques ne sont pas portés aux excès de coït. L'hérédité est une cause fréquente. Trois frères, à ma connaissance, sont ataxiques à des degrés différents. De plus, il y a dans les formes de la maladie des variétés nombreuses. L'ataxie, qui est caractérisée par l'atrophie du nerf optique, avec douleurs fulgurantes légères; celle qui frappe la vessie avec titubation et douleurs de même nature; celle qui amène des phénomènes gastriques, sans titubation, etc. Le pronostic offre aussi des différences : chez les malades qui n'ont pas de phénomènes généraux, les accidents marchent avec plus de lenteur; mais à chaque crise nouvelle, l'affection prend une gravité subite de plus en plus inquiétante. Je puis, grâce à l'électricité, pronostiquer si une ataxie sera légère ou grave, si sa marche sera rapide ou lente. Lorsque, chez un malade traité par les courants continus, je vois apparaître, au point où se trouve appliqué le pôle négatif (et cela même quand le courant est faible), une sorte de plaque inflammatoire, avec des bulles, je crois pouvoir porter un pronostic très-grave.

M. DELASIAUVE. Eu égard aux paralysies générales, il y en a qui se manifestent entre vingt-cinq et trente ans. Plusieurs aliénistes ont fait naître la paralysie générale de congestions répétées. Je ne crois pas que ce soit là une chose absolument vraie. Ainsi chez les épileptiques, les congestions sont fréquentes, et pourtant il n'existe pas de paralysies générales. Pour moi, il se fait dans l'encéphale du malade qui est sous le coup de cette affection une modification particulière qui, sous l'influence des congestions, peut déterminer cette maladie. Les auteurs ont assigné à cette modification des noms différents : méningite, encéphalite, congestion irritative. Certaines paralysies générales restent en incubation pendant deux ans, et ce n'est que sur la moelle préparée en quelque sorte par cette incubation que la congestion peut agir de manière à donner lieu à la maladie confirmée.

Pour moi, les congestions ne sont pas actives, mais bien passives. Quelle est, d'autre part, la nature de l'altération spécifique qui prédispose à la paralysie? Rien de précis à cet égard; tout ce qu'on peut dire, c'est que l'incubation est plus ou moins longue; enfin il y a des paralysies générales qui sont dues à la monomanie.

M. LUNIER. Je serais disposé à nier qu'il y ait des paralysies générales succédant à la folie, ou tout au moins la folie qui doit se ter-

---

(1) Fin. — Voir les numéros des 5 et 12 juin.

miner par paralysie générale a une forme toute particulière. J'ai cherché en vain la preuve de l'opinion de M. Delasiauve.

Il existe entre la congestion des paralytiques et celle des épileptiques une différence notoire. La première est continue, la seconde est passagère. Les médecins qui ont dit que la manie se terminait par la paralysie générale, ne l'ont vue qu'au deuxième degré; à la période de début, il n'y a pas paralysie, mais suractivité. M. Delasiauve doit se rappeler, sans doute, qu'il y a trente ans, on ne voyait pas de paralysie générale avant la quarantième année. Plus nous allons, plus la maladie devient jeune, il en est de même de l'ataxie dont les formes changent considérablement.

M. PETER. J'insiste sur le fait que toute paralysie est accompagnée de congestion, parce que c'est sur la congestion seule que nous avons prise au point de vue thérapeutique.

M. DELASIAUVE. J'affirme que l'affaiblissement de l'esprit et l'affaiblissement du corps sont trop souvent insensibles, et que j'ai eu des exemples de monomaniaques tombant en paralysie. Dans ces paralysies on peut espérer la guérison; je pourrais en citer des cas nombreux.

M. DUROZIEZ. La syphilis n'est-elle pas une cause de paralysie générale?

M. LUNIER. Le traitement antisyphilitique a rarement de l'effet sur la maladie, le traitement anticongestif en a bien davantage.

M. VOISIN. J'ai guéri deux malades de paralysie générale par le traitement antisyphilitique. Maintenant, en théorie, je suis de l'avis de M. Delasiauve, les maniaques peuvent devenir paralytiques. De plus, il y a dans le cerveau des paralytiques des transformations anatomiques, des lésions vasculaires qui peuvent expliquer l'effet de la congestion.

M. LUNIER. En ce qui concerne la thérapeutique, nous avons prise non-seulement sur la congestion, mais même sur la transformation nerveuse. M. Baillarger a cité des cas de paralysie générale au troisième degré qui ont guéri. Il y a, en un mot, une paralysie générale des aliénés et une paralysie générale ordinaire. Au premier degré, les manifestations de ces deux sortes de paralysie sont différentes; au deuxième degré, ces différences sont moindres; au troisième degré elles sont nulles. Entre la paralysie générale et l'ataxie locomotrice, la seule distinction est que, chez la première, les lésions sont générales, et chez la seconde, partielles.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr LEMOISNE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Bureau central des hôpitaux de Paris. — Les concours pour deux places de médecin vient de se terminer par la nomination de MM. Grancher et Liouville.

Le concours pour une place de chirurgien a donné pour résultat la nomination de M. Gillette.

— Mme Brès, qui a passé récemment sa thèse de docteur devant la Faculté de médecine de Paris, vient d'être nommé médecin du harem du sultan, à Constantinople.

— La ville de Nancy vient d'élever un monument funèbre à la mémoire du docteur Bénit, qui a légué toute sa fortune à la ville et aux hôpitaux, où il a fondé un prix de l'internat (300 francs et médaille d'or).

— *Muséum.* — M. Claude Bernard, professeur de physiologie générale, ouvrira ce cours le lundi 21 juin 1875, à onze heures moins un quart, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

— *Excursion scientifique.* — M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation le 20 juin 1875, à l'Isle-Adam.

Rendez-vous à la gard du Nord, où aura lieu le départ pour l'Isle-Adam, à huit heures quarante-cinq.

— *Erratum.* — C'est par erreur que, dans le résumé de la communication de M. Dujardin-Beaumetz, à la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux (voyez le numéro du 15 juin, page 550), le nom de M. Fonssagrives se trouve parmi les partisans de l'expectation dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. M. Fonssagrives, au contraire, dans ses travaux, en particulier dans son récent *Traité de thérapeutique générale,* combat énergiquement l'expectation dans le traitement du rhumatisme.

Physiologie du système nerveux cérébro-spinal, par le docteur Édouard FOURNIÉ, médecin à l'Institut des Sourds-Muets. — 1 vol. gr. in-8°. Prix : 12 francs. — Paris, 1875, Adrien Delahaye.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. E. GUIBOUT.

Classification des maladies de la peau d'après leurs caractères de sécrétion ou de non-sécrétion.

(Leçon recueillie par M. MUZELIER, interne du service.)

Messieurs,

Dans la dernière séance, je vous ai placé au pied ou, si vous l'aimez mieux, en présence de l'arbre généalogique de toute la dermatologie. Je vous ai fait voir comment, de huit lésions anatomiques sortent toutes les maladies de la peau, et comment les modifications que subissent ces lésions dans leur manière d'être, dans leur aspect, dans leur développement et dans leur durée produisent autant de genres différents, c'est-à-dire autant d'affections différentes ayant toutes leurs caractères propres et distinctifs, et néanmoins se rattachant toutes, toutes celles du moins qui composent le même groupe, à la même lésion mère ou primitive, de même que l'on voit dans un arbre les branches les plus différentes par leur étendue, par leur direction et par leur volume, partir toutes de la même tige commune. Aujourd'hui, je voudrais vous placer encore une fois en présence de ce même ensemble des maladies de la peau réunies en un seul tableau sous vos yeux. Ce ne sera plus pour vous les faire apprécier au point de vue de leur généalogie et pour vous faire comprendre comment, malgré toutes leurs divergences, elles se rattachent cependant à certains points communs d'origine; mais ce sera pour vous faire apprécier un de leurs caractères les plus saisissants et pour attirer sur ce caractère toute votre attention.

Lors donc que l'on considère d'un coup d'œil sommaire et général toutes les affections de la peau, on est tout d'abord frappé de ce grand fait, à savoir que les unes ne sont le siége d'aucun travail de sécrétion, qu'elles ne produisent rien et qu'elles restent pendant toute la durée de leur évolution à l'état de terrains inféconds et stériles, tandis que les autres, au contraire, présentent une vitalité exubérante, qui se traduit par des phénomènes de sécrétion dont le résultat est une modification plus ou moins rapide de leurs caractères primitifs. Ce caractère de sécrétion et de non-sécrétion est assurément assez considérable pour nous servir à diviser les maladies de la peau en deux grandes catégories. La première comprendra toutes les maladies non sécrétantes; la deuxième, toutes celles qui donnent lieu à une sécrétion.

1° *Maladies non sécrétantes.* — Dans les maladies non sécrétantes, nous trouvons d'abord celles dont les colorations anormales forment la lésion primitive. Ces colorations sont de trois ordres : les unes, de nature *congestive* et *inflammatoire*, ont reçu le nom d'*exanthèmes* et présentent une marche plus ou moins aiguë. Tels sont la roséole, l'érythème, la rougeole, l'érysipèle, l'urticaire. Les autres sont le résultat d'une production anormale du pigment cutané. Ce sont les taches *pigmentaires*, parmi lesquelles nous citerons celles qui sont dues à la syphilis, à l'action prolongée du soleil, ou enfin à une influence inconnue dans sa nature, telle que la cause du vitiligo ou du lentigo. Dans la troisième classe, se placent les *taches hématiques*, c'est-à-dire les taches qui résultent de la sortie du sang hors des vaisseaux : telles sont les taches du purpura et les taches du scorbut.

Parmi les maladies non sécrétantes, se rangent encore toutes celles dont la lésion élémentaire est une *papule*. Le type de ces affections est le prurigo, dont les papules ne produisent aucune sécrétion. Les petites taches noires qu'on trouve parfois à leur sommet n'ont que l'apparence d'une sécrétion; en réalité, elles sont constituées par de petits caillots sanguins, résultat mécanique du grattage. Il en est de même du lichen, autre affection papuleuse. Si quelquefois on trouve sur les surfaces occupées par le lichen une véritable sécrétion, c'est qu'alors sur les papules du lichen se sont formées des vésicules d'eczéma dont l'évolution modifie les caractères de la lésion première, en donnant lieu à un *eczéma lichenoïde*, sorte d'affection mixte née de la fusion de deux affections différentes. Tel est, dans son cadre restreint, le groupe des maladies cutanées *non sécrétantes*.

2° *Maladies sécrétantes.* — Si maintenant nous examinons le groupe des affections sécrétantes, le plus important sans contredit par le nombre et la variété des affections qui le constituent, nous sommes tout de suite frappés d'un grand fait, c'est que le produit de sécrétion est tantôt sec et tantôt humide. Ainsi il y a des affections qui donnent lieu à une matière sécrétée toujours la même, bien que variable dans ses caractères extérieurs, mais toujours *sèche*.

D'autres affections, au contraire, sont le siége d'une sécrétion variable aussi dans ses caractères extérieurs et même dans sa nature, mais toujours humide. Le fait de cette différence, si tranchée dans les produits de sécrétion, est assurément assez important pour motiver la division des affections sécrétantes en deux classes parfaitement distinctes : l'une com-

prendra toutes les maladies à sécrétion *sèche*, et l'autre toutes celles qui donnent lieu à une sécrétion *humide*.

Les affections à sécrétion sèche ont pour lésion élémentaire la *squame*. En d'autres termes, leur caractère fixe et invariable, c'est la présence d'un épiderme malade sur un derme malade. Tantôt cet épiderme donne lieu à des écailles minces, pulvérulentes, furfuracées, analogues à de la poussière de son. Tantôt il forme des squames consistantes, épaisses, rugueuses, cornées, imbriquées les unes sur les autres, très-adhérentes entre elles ainsi qu'au derme qui les produit. Le psoriasis avec ses écailles brillantes, épaisses, lamelleuses, adhérentes, nous offre le type des affections à sécrétion sèche. Mais, en définitive, quelles que soient l'épaisseur et l'adhérence des squames, c'est toujours de l'épiderme et de l'épiderme vicieusement sécrété qui les constitue comme la lésion *primitive*.

Bien différente est la sécrétion humide, bien plus variées sont les lésions élémentaires auxquelles elle se rattache et qui modifient ses caractères extérieurs, suivant qu'il s'agit d'une vésicule, d'une pustule ou d'une bulle. Dans le premier cas, cette sécrétion consiste en une sérosité citrine ou en un liquide séro-gommeux. Dans le second cas, c'est un liquide purulent, mélangé ou non à une certaine quantité de sang. Dans la bulle enfin, c'est un liquide séreux ou séro-purulent.

La *vésicule* est la lésion élémentaire de la varicelle, de la gale, de l'eczéma, de l'herpès, de la miliaire. La *bulle*, celle du rupia et du pemphigus. La *pustule*, celle de l'ecthyma, de l'impétigo, de la variole, du sycosis et de l'acné. Dans chacune de ces affections, le produit sécrété offre des caractères particuliers de consistance, de coloration et de manière d'être; mais il présente aussi un caractère uniforme et invariable, c'est sa constante humidité.

Voilà donc notre classification des maladies de la peau fondée sur des raisons incontestables. L'absence ou l'existence de sécrétions constitue effectivement un fait tellement considérable en lui-même qu'il peut suffire, à légitimer la première grande division que nous avons admise. Il en est de même du grand fait des sécrétions sèches et des sécrétions humides, fait sur lequel nous avons établi notre subdivision des maladies de la peau sécrétantes en maladies sécrétantes *sèches* et maladies sécrétantes *humides*. Cette subdivision, si naturelle et si tranchée, est encore confirmée par un ensemble de caractères communs et spéciaux aux affections qui composent chacun des deux groupes.

C'est ainsi que les affections à sécrétion sèche montrent une prédilection particulière pour les régions où la peau est sèche et épaisse, médiocrement pourvue d'organes de sécrétion. C'est dans ces régions, au coude, au genou, du côté de l'extension des membres qu'il faudra, par exemple, rechercher tout d'abord les squames du psoriasis, cette affection sèche par excellence. Les maladies à sécrétions humides se développent, au contraire, de préférence là où la peau est fine, humide et richement pourvue de glandes. C'est là, en effet, que nous trouvons le plus souvent l'eczéma, l'herpès, la miliaire.

Les affections humides ont toutes une marche plus ou moins aiguë; elles présentent quelque chose d'inflammatoire dans leur évolution, elles ont un cachet phlegmasique facile à reconnaître dans la variole, dans la varicelle, dans l'impétigo, dans la miliaire, dans l'ecthyma. Il n'est pas jusqu'à l'eczéma, dans la longue durée duquel on ne puisse reconnaître l'élément inflammatoire se manifestant par des poussées ou exacerbations successives, qui renouvellent à chaque instant son acuité initiale. Cette acuité, dans la forme, constitue donc un des caractères du groupe que nous étudions; elle se manifeste non pas seulement par des accidents locaux, mais encore par des phénomènes généraux, et une réaction fébrile intense dans la variole, la varioloïde et la miliaire, appréciable encore dans l'eczéma aigu et même dans l'impétigo, lorsqu'ils surviennent chez des individus à tempérament impressionnable et nerveux. Quelle différence avec les maladies à sécrétions sèches! Affections torpides, indolentes, silencieuses, qui n'entraînent aucun retentissement sur l'organisme! On ne trouve plus ici ce caractère d'acuité, cette sorte d'exubérance vitale, qui avait fait donner, par les anciens, aux affections humides le nom de *dartres vives*. Ce sont des *dartres mortes*, expression qui rend bien l'absence de tout phénomène subjectif. Elles ne manifestent leur présence ni par la fièvre, ni par la douleur, sauf dans des cas exceptionnels. En un mot, ce sont des affections indolentes par excellence, et sans aucune puissance réactionnelle.

Quoi de plus indolent, par exemple, que le psoriasis, cette affection qui peut durer toute une vie d'homme sans entraîner un seul instant de souffrance et de gêne! Voilà donc, au point de vue de leur siége et de leur marche une différence nettement tranchée entre les maladies à sécrétions humides et les maladies à sécrétions sèches.

Hâtons-nous d'ajouter pourtant que si cette subdivision est naturelle, elle n'est point pour cela à l'abri de toute critique. Rappelons-nous, par exemple, que nous avons rangé parmi les maladies non-sécrétantes l'érysipèle, affection qui, dans une de ses formes, la forme *bullaire* ou phlycténoïde, mériterait d'être placée dans la classe des dermatoses humides. De même si nous avons rangé l'eczéma parmi les affections sécrétantes humides, nous n'avons pu oublier qu'il est une de ses variétés, la variété dite *eczéma sec*, qui présente les caractères extérieurs des affections à sécrétion sèche. Il y a là au premier abord une contradiction avec les principes que nous avons admis. Mais nous ferons observer qu'il s'agit d'exceptions incapables d'infirmer une règle.

Abordons maintenant une autre partie de notre tâche. Après avoir étudié, dans nos premières leçons, les éléments du diagnostic et les difficultés qu'il présente, après avoir passé en revue les lésions primitives dont l'évolution constitue les maladies cutanées, nous sommes arrivés à la division à introduire dans ces maladies. Or, c'est en nous plaçant à un point de vue général, c'est en les envisageant dans leur ensemble que nous pourrons saisir les différences principales qui les séparent et jeter ainsi les bases d'une classification légitime. A l'exemple du voyageur qui, à son arrivée dans une ville inconnue, commence par s'élever sur un point culminant, pour se faire une idée générale de la cité et se rendre compte des traits principaux de sa distribution topographique, nous avons voulu, nous aussi, prendre une vue d'ensemble des affections cutanées pour nous faire une idée de leurs caractères généraux.

Nous avons été amené ainsi à reconnaître d'abord l'existence de deux premiers groupes bien distincts, l'un caractérisé par l'absence de sécrétions, par la stérilité de la lésion primitive, si je puis ainsi dire; l'autre, au contraire, caractérisé par l'existence constante d'une sécrétion. Nous avons vu ensuite que cette sécrétion se présente invariablement à nous sous l'une des deux formes suivantes, sous la forme *sèche* ou sous la forme *humide*. La constatation de ce fait nous a servi de base pour la subdivision suivante : D'un côté, maladies à sécrétion sèche; de l'autre, maladies à sécrétions humides.

En étudiant les affections sécrétantes, nous avons vu que l'une d'entre elles, le *psoriasis*, réunit plus qu'aucune autre

tous les attributs propres à la sécrétion *sèche*, et que l'*eczéma* présente également mieux que toutes les affections du même groupe les caractères des maladies à sécrétions humides. Le psoriasis et l'eczéma nous apparaissent donc comme la personnification et comme le type des deux groupes de maladies sécrétantes auxquels ils appartiennent. C'est dans l'étude de ces types que nous allons entrer maintenant, en commençant par l'histoire de l'affection sèche par excellence, le *psoriasis*.

Vous le voyez donc, grâce à la méthode que nous avons suivie, avant d'entrer dans l'étude individuelle de chacune des maladies de la peau, nous les connaissons déjà toutes dans leur vaste et magnifique ensemble. Nous savons à quelle souche elles se rattachent, quels sont leurs traits de similitude ou de dissemblance, quelles relations existent entre elles, quels sont leurs points de contact, et lorsqu'après nous être livrés à cette étude générale, lorsque des hauteurs de la synthèse nous descendons aux détails de l'analyse pour aborder le psoriasis, nous devons être frappés de ce fait, c'est que cette affection n'est pas pour nous une inconnue. Nous avons appris d'abord qu'elle fait partie de la grande division des maladies sécrétantes, puis que nous devons la ranger dans la subdivision des maladies à sécrétion sèche dont elle est le type et l'expression la plus caractérisée.

CLINIQUE OPHTHALMOSCOPIQUE. — M. Ad. Piéchaud.

Observation de glaucome aigu ayant succédé à un glaucome inflammatoire chronique (1).

§ II.

J'ai tenu à donner *in extenso* cette longue observation, dont je n'ai même pas voulu écarter quelques détails qui peuvent paraître tout d'abord superflus, parce que, dans une question de la nature de celle-ci, où l'étiologie est environnée de difficultés, incertaine, obscure, il me paraît nécessaire de mentionner les moindres faits, chacun d'eux pouvant apporter sa part de lumière à l'interprétation. Le lecteur, de cette façon, pourra, en étudiant chaque détail, suivre pas à pas l'évolution de la maladie, et déterminer le rôle exact de tel ou tel symptôme dans une terminaison fâcheuse, qui pourrait tout aussi bien être prise comme un pur accident qu'être considérée comme le résultat direct de phénomènes morbides, engendrés eux-mêmes par une cause directe, si l'on n'avait pas pour s'éclairer toute une série et un enchaînement de faits successifs.

Voilà une femme qui jouit d'une bonne santé habituelle, qui n'a été affaiblie par aucune maladie antérieure, et qui, le jour où elle subit un traumatisme violent, voit tout à coup se développer chez elle nombre d'accidents. — Tous ces accidents, je le veux bien, n'ont pas une origine commune, mais peut-être trouverait-on un lien qui les rattachât entre eux, ou pourrait-on établir de l'un à l'autre quelque relation de cause à effet? — Je ne chercherai point à m'appesantir sur cette question, qui m'entraînerait au-delà des limites que je me suis tracées, et dans ce but, j'écarterai tout d'abord deux faits relatés dans mon observation : la cataracte, signalée en premier lieu par le docteur Soulaître, et reconnue par moi ensuite, et l'affection des voies lacrymales que j'ai eu à traiter.

La cataracte, qui a été observée deux mois environ après l'accident de chemin de fer, doit-elle reconnaître pour cause le traumatisme?

(1) Fin. — Voir le numéro du 15 juin.

Ce n'est pas la première fois, sans doute, qu'un traumatisme violent, un coup porté sur la tête ou un ébranlement général de tout le corps, ait pu donner lieu à une cataracte. Le traumatisme a-t-il joué un rôle quelconque dans la production de celle-ci? De mon examen, il résulte que non, et voici les raisons sur lesquelles je me fonde :

Les opacités cristalliniennes de Mme A... ressemblent à toutes celles des cataractes séniles, et point du tout aux troubles du cristallin survenus après une contusion. La capsule est intacte des deux côtés, et le cristallin n'a subi aucune espèce de luxation ou de subluxation. Comment admettre qu'une cataracte ait pu se produire subitement, sans une lésion de la capsule, ou tout au moins sans la rupture des attaches cristalliniennes, entraînant après elle un défaut de nutrition de l'organe?

Si la cataracte était traumatique, elle ne présenterait pas les stries régulières, nettement dessinées, que j'observe, elle se serait développée rapidement, et il est probable que le traumatisme n'aurait pas produit, dans les deux yeux, des désordres analogues. Or les opacités existent, quoique à un degré différent, dans les deux yeux, et la marche de la maladie est lente et progressive, puisque la cataracte, notée il y a plus d'un an, est loin d'être aujourd'hui en pleine maturité.

Je ne cite que pour mémoire l'affection des voies lacrymales, que je regarde comme une simple coïncidence, et qui assurément est de date antérieure à l'accident. Je ne dis pas que, sous l'influence des congestions répétées de l'œil, la petite affection n'ait reçu un coup de fouet, les maladies de la conjonctive et celles des voies lacrymales étant liées le plus souvent entre elles et réagissant les unes sur les autres; mais ce fait ne saurait être que d'une importance secondaire dans la question qui nous occupe.

Donc je reste en présence de deux symptômes principaux : les névralgies rebelles de la face et du cuir chevelu, et les congestions de l'œil, accompagnées également de douleurs vives ayant ordinairement leur point de départ dans cet organe.

Dans une première période, qui va du 15 septembre 1873, époque de l'accident, jusqu'au 2 février 1874, les douleurs hémicrâniennes ont été permanentes, et il s'est développé des phénomènes inflammatoires à l'œil droit. Ces phénomènes accusent qu'il s'est fait là un travail morbide. De quelle nature est ce travail, et en quel point s'est-il fait? Est-ce une affection kératique? Le témoignage du médecin est là pour m'assurer le contraire. S'est-il produit une lésion du côté de l'iris? Elle eût été également reconnue, et il est tout à fait improbable qu'une kératite ou une iritis ayant duré plusieurs mois avec une telle intensité n'eût laissé sur la cornée ou sur l'iris aucune trace capable de faire diagnostiquer après coup la maladie. Faut-il chercher dans des organes plus profonds l'explication de ces phénomènes? Nous allons le voir.

La maladie s'accentue le 2 février (deuxième période); les douleurs, de continues qu'elles étaient, deviennent intermittes et suraiguës, et elles prennent leur point de départ dans le globe oculaire, qui se congestionne davantage.

Lorsque j'examine Mme A.... je ne trouve, à la vérité, aucune lésion dans la rétine ou la choroïde. Mais il faut observer que le cristallin est nuageux, que les milieux ne sont pas transparents, et que telle lésion du nerf optique ou des membranes, que mon examen eût découverte à travers des milieux sains, a bien pu, dans cette circonstance, passer inaperçue. Il faut observer encore que les congestions ou les inflammations des membranes profondes ne se trahissent pas toujours par

des altérations bien nettes, et que le seul témoignage visible qui les révèle parfois à notre observation est le retentissement opéré sur des organes circonvoisins. De plus, Mme A... a eu des troubles de la vision, autres que ceux qui résultent de la présence d'une cataracte, elle a eu des sensations lumineuses fugaces; la transparence de l'humeur aqueuse est altérée, l'iris est moins mobile que celui du côté opposé, et la dilatation de la pupille est sensiblement plus grande à droite qu'à gauche. Si la cornée est saine et a conservé sa sensibilité habituelle, il y a, en revanche, une notable augmentation de tension. Je n'hésite donc pas à porter le diagnostic de : *Glaucome inflammatoire chronique*, pour cette deuxième période, qui a été précédée d'une première phase morbide, ayant eu pour caractéristique une simple *congestion de la choroïde*.

Vient une troisième période, marquée par un apaisement général de tous les symptômes, particulièrement des névralgies. Et enfin, après trois semaines de rémission, quatrième période qui se dessine nettement avec une recrudescence de tous les phénomènes observés dès le début : injection intense de la conjonctive et de la sclérotique, larmoiement considérable, issue à travers les paupières de larmes brûlantes; point du mucus ou de pus; douleurs, que j'appellerai volontiers *fulgurantes*, se faisant sentir dans l'œil et rayonnant de là dans toutes les parties voisines, insensibilité notable de la cornée, augmentation de la tension, trouble plus marqué de l'humeur aqueuse, dilatation et parésie de l'iris, perversion de la vision, etc. Je conclus à une *attaque glaucomateuse*, et je porte en dernier terme le diagnostic de *glaucome aigü, ayant succédé à un glaucome inflammatoire chronique*.

Si, étant donnée cette circonstance que je n'ai point assisté à la marche de la maladie, il peut se glisser quelques doutes dans mon esprit, je suis bien vite ramené dans le chemin de la vérité par le résultat de l'opération, pratiquée le 12 août, qui confirme absolument toutes les données de mon interprétation.

L'iridectomie à peine pratiquée, voilà toute la scène morbide qui s'efface, les douleurs qui cessent pour ne plus reparaître jamais, l'injection de l'œil qui, au bout de trois ou quatre jours, est à peine sensible, bien qu'une large incision ait été faite sur la sclérotique et que l'iris ait été excisé sur une grande étendue, et Mme A... qui, le 20, peut retourner dans son pays, entièrement débarrassée de toutes ses névralgies, et qui depuis neuf mois n'a pas vu le moindre accident se développer.

Je n'insiste pas davantage, et lors même que tous ces signes de certitude ne plaideraient pas en faveur de mon diagnostic, je dirais volontiers : Que m'importe! pourvu que ce qui doit être notre règle et le but de tous nos efforts, la guérison, soit obtenue.

Maintenant, une dernière question à laquelle je vais essayer de répondre.

Parmi les causes attribuées au développement du glaucome, le rhumatisme et l'hérédité jouent le premier rôle; les autres conditions générales signalées sont la vieillesse et certains accidents de l'organisme, tels que la suppression du flux hémorrhoïdal, avec ou sans troubles gastriques, chez l'homme; la ménopause ou une menstruation irrégulière, chez la femme. Mais je ne sache pas qu'en dehors des causes locales du traumatisme chirurgical ou autre, on ait fait une part sérieuse aux violences extérieures, et qu'on leur ait attribué une influence décisive dans la production du glaucome.

Et pourtant, chez notre malade, on ne saurait invoquer aucune des précédentes causes, ni le rhumatisme, ni l'hérédité, ni quelque condition particulière de la santé; on ne peut admettre non plus aucune influence locale, ayant pu favoriser le développement des symptômes glaucomateux, puisque les diverses parties de l'œil, iris, capsule et attaches cristalliniennes, cristallin même, malgré le trouble de nutrition survenu dans cet organe et le corps vitré, puisque toutes ces parties, dis-je, sont saines.

Il faut donc se placer sur un autre terrain et remonter plus haut.

Pour moi, je considère le traumatisme violent qu'a subi Mme A... comme ayant été la cause prochaine, sinon directe, de tous les phénomènes déjà décrits, et j'estime que la plupart de ceux qui me liront et qui ont suivi dans mon observation l'enchaînement et la succession de tous les faits, partageront mon opinion.

Pourquoi, si j'admets que les différentes parties de l'œil, l'iris, le cristallin, la rétine, puissent être atteintes ensemble ou isolément par le fait d'un traumatisme, soit un coup porté directement sur le crâne, soit un ébranlement général de tout le corps, pourquoi n'admettrais-je pas que, sous l'influence de ce même traumatisme, la choroïde, cette membrane éminemment vasculaire et susceptible, ait été, elle aussi, directement intéressée, sans qu'il se soit produit la moindre lésion dans les organes du voisinage.

La choroïde, en effet, par sa structure anatomique, la disposition de ses vaisseaux, sa connexion intime avec tout le système vasculaire de l'œil, ses correspondances avec des parties plus éloignées, et le rôle incessant qu'elle est appelée à jouer à titre de régulateur dans les phénomènes visuels, est assurément, de concert avec la rétine, la membrane la plus apte à subir le choc des influences extérieures. Elle est comme j'ai essayé de le mettre en relief dans un travail précédent, douée d'un tel degré de sensibilité par rapport aux causes générales, qu'il n'est pour ainsi dire pas de maladie grave de l'organisme, je n'en voudrais citer pour exemple que le rhumatisme et la syphilis, qui ne retentisse sur elle à une époque plus ou moins éloignée du début.

Dans le cas présent, bien qu'aucune altération sérieuse ne m'ait été révélée à l'examen ophthalmoscopique, forcément incomplet du reste, il est hors de doute que les contusions qu'a reçues notre malade et la grave contusion de la tête, en particulier, ont déterminé, par suite de la forte secousse qui en est résultée, soit une congestion immédiate de cette membrane, soit quelque rupture vasculaire qui a donné lieu plus tard à un épanchement. L'épanchement une fois déclaré, tous les phénomènes que j'ai décrits, accidents locaux observés sur l'œil, accès névralgiques provenant de la compression des nerfs de la cinquième paire, trouvent leur raison d'être et une explication suffisante.

ÉTUDE SUR LA RUPTURE DU LIGAMENT ROTULIEN (1)

Par le docteur Blacher.

Le 20 avril, le gonflement ayant à peu près complétement disparu, M. Polaillon fait un nouvel examen du genou et constate un creux transversal entre la rotule et le tibia. En soulevant avec précaution la jambe pour essayer de produire de très-légers mouvements de flexion, on constate la même impuissance du membre. Les crampes se renouvellent, un peu moins fortes cependant qu'au début de l'accident. M. Polaillon se décide à appliquer, avec l'aide de mes amis, un bandage inamovible, de la façon suivante : une couche de ouate fut appliquée sur tout le membre; l'épaisseur de la couche de ouate,

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 juin.

au-dessus de la rotule, fut rendue assez grande pour former coussinet; tout autour du genou on appliqua un petit bandage formant huit de chiffres dans le jarret, et dont l'anse supérieure tendait à abaisser la rotule. Un bandage roulé simple fut ensuite fixé depuis la pointe du pied jusqu'à la racine de la cuisse, avec quelques tours de bande passant dans l'aine et s'enroulant à la ceinture pour former un point fixe.

Le tout fut ensuite recouvert d'un bandage au silicate de soude. Deux jours après, je pouvais me glisser du lit dans un fauteuil et passer la journée assis, le pied appuyé sur un coussin. Au bout de quelques heures de cette position, il y avait bien un peu de gonflement des orteils, un peu de fatigue dans le jarret provenant de l'extension permanente des muscles fléchisseurs, mais tout cela était si supportable que je pus arriver à rester dix heures hors du lit. Je gardai ce bandage pendant trois semaines sans qu'il y eût de mouvements volontaires dans le membre malade. Quand le bandage fut enlevé, c'est-à-dire cinq semaines après l'accident, on trouva le genou revenu à un volume à peu près normal, mais sans avoir la forme que je pourrais appeler sculpturale. En effet, la rotule, quoiqu'à peu près à sa place naturelle, faisait un peu proéminence à sa partie supérieure, comme si elle eut subi un léger mouvement de bascule vers le tibia. La portion interne qui correspond aux insertions du vaste interne, qui chez les hommes musclés présente une saillie, d'une part, et, de l'autre, une fossette s'exagérant quand on contracte le triceps, était aplatie, et les faisceaux musculaires semblaient atrophiés, soit conséquence de la déchirure des insertions ligamenteuses, soit de la compression. On sentait encore latéralement un vide entre la rotule et le tibia; mais, à la partie médiane, on percevait une résistance donnant la sensation d'une corde allant de la rotule au tibia et ne cédant pas sous la pression. C'était le ligament rotulien soudé et adhérent à ses insertions, mais ne présentant ni la largeur ni l'épaisseur normales qui, sur l'autre jambe, permettait de le saisir entre les doigts et l'isoler pour ainsi dire. Sa fragilité se dénotait, du reste, par l'impossibilité des mouvements du membre, et l'action de lever la jambe, étant couché, ne pouvait se faire, le pied restait droit, il fallait tourner la jambe, de sorte que le pied reposât sur son bord interne, alors les muscles abducteurs pouvaient soulever le membre, le pied restant horizontal. Dans ce mouvement, le triceps restait à peu près inactif, et, par suite, le tendon rotulien ne fournissait qu'un léger mouvement, le triceps restait à peu près inactif, et, par suite, le tendon rotulien ne fournissait qu'un léger point d'appui.

D'après le conseil de M. Polaillon, je remplaçai le bandage inamovible par une genouillère en cuir munie, sur les côtés, de baleines glissant dans des coulisses et devant servir d'attelles pour limiter les mouvements de flexion quand le pied reposerait à terre. Deux jours après je pouvais marcher dans l'appartement avec deux béquilles, en m'appuyant sur le pied gauche avec beaucoup de timidité. Au bout de quatre à cinq jours une seule béquille me suffit, puis bientôt une simple canne. Le 17 mai, six semaines après l'accident, je pouvais descendre l'escalier et me promener un peu dehors. La progression dans les escaliers devait se faire marche à marche et d'une façon différente suivant qu'on montait ou descendait. Pour descendre, le pied du côté malade se fixait sur la marche inférieure et supportait le poids du corps pendant le temps que l'autre pied venait sur la même marche. Pour monter, au contraire, la jambe saine allait de l'avant, et l'autre venait la trouver successivement. Ce mode de progression indiquait une grande faiblesse de la jambe malade quand elle était dans la demi-flexion. Effectivement, lorsqu'on monte ou descend un escalier, chaque jambe supporte alternativement le poids du corps en étant dans la demi-flexion. Je ne trouvais pas chez moi assez de résistance, dans les extenseurs du côté malade, pour faire antagonisme à une flexion forcée et brusque qui se serait produite en descendant, pas assez de puissance dans ces extenseurs pour hisser le poids du corps sur une marche supérieure en montant. Je me servais de ma jambe comme d'une jambe de bois.

La marche en place droite présentait aussi quelques caractères particuliers. Le pied du côté malade était un peu lancé de côté pour venir s'appuyer sur le talon, car si, par hasard, la pointe du pied portait première sur le sol, il y avait une flexion brusque de la jambe qui, sans la genouillère, eût pu s'exagérer et reproduire la rupture. Ce mouvement de la jambe ressemblait assez à la démarche des ataxiques. Il y avait prédominance de travail des muscles extenseurs du côté externe du membre, ce qui produisait une fatigue assez considérable et même des crampes dans toute cette région. D'un autre côté, il y avait fatigue dans le jarret, résultant de l'extension forcée qui faisait porter tout le poids du corps sur les insertions musculaires en ce point.

Au bout d'une huitaine de jours d'essai de marche, quand j'enlevais la genouillère pour faire des frictions, je tentais de fléchir la jambe, mais il y avait d'abord une grande roideur articulaire, et ce n'est qu'après un mois que je pus faire une flexion d'un angle de 90 degrés.

Le 3 juillet, c'est-à-dire trois mois après l'accident, le genou n'a pas acquis sa forme normale; le membre étant dans l'extension, la rotule fait saillie, elle est un peu remontée et mobile transversalement. Le genou présente une sorte de bourrelet transversal au-dessous duquel on trouve une légère dépression.

Dans la flexion, on sent beaucoup mieux le tendon reformé qui a acquis de la dureté, une largeur assez considérable pour permettre de l'isoler entre le pouce et l'index. La douleur à la pression est nulle. Les mouvements du membre sont très-améliorés. La marche en place droite est assez facile pour me permettre de reprendre mes occupations. Je traîne encore un peu la jambe gauche, mais la projection latérale n'existe pour ainsi dire plus. Je monte et descends les escaliers d'une façon normale, si ce n'est que le temps où le membre malade supporte le poids du corps doit être très-court, et l'autre jambe se hâte de trouver un autre point d'appui. En un mot, je ne boite pas en place droite, mais dans les escaliers. Je puis exécuter des flexions du membre malade presque aussi accentuées que du côté sain, même m'agenouiller, par exemple, pour monter dans le lit. Mais l'extension du membre est imparfaite de quelques degrés, quand je veux la faire étant assis ou couché, si je ne m'arc-boute sur le talon. Cela peut s'expliquer par un peu d'*élongation* du tendon reformé, qui est accusée, du reste, par la légère ascension de la rotule. Je compte beaucoup sur la rétraction graduelle du tissu cicatriciel pour corriger cette imperfection.

Cependant, en novembre, c'est-à-dire huit mois après l'accident, cette élongation existe encore; elle se traduit par l'impossibilité de faire une extension complète du membre si le pied n'a pas de point d'appui. Les mouvements brusques de flexion dans la marche se présentent très-rarement, et la progression se fait assez facilement sans claudication, même sur des plans inclinés, ce qui était très-difficile il y a quelque temps, mais la course est impossible. La forme du genou n'est pas normale, car un léger épanchement synovial forme une bosse transversale sous le ligament qui fait cependant saillie quand le membre est fléchi et présente une largeur et une épaisseur considérables. Ma guérison est assez peu radicale pour qu'on ait jugé nécessaire de me réformer au conseil de révision de l'armée territoriale.

Enfin, au commencement d'avril 1875, c'est-à-dire un an après l'accident, l'élongation existe encore un peu quoique ayant diminué; le genou a presque repris sa forme normale, tout en présentant encore une légère saillie correspondant à un peu d'hydarthrose et augmentant quand il y a des marches forcées que je fais, peut-être à tort, sans la genouillère élastique, que je ne puis supporter parce qu'elle me blesse dans le jarret; la jambe conserve encore un peu de faiblesse, et cependant je puis me livrer maintenant à certains mouvements violents impossibles jusqu'alors, tels que monter dans un omnibus en marche et en descendre, à condition de poser le pied sain le premier, mais c'est dire que la course peut se faire dans certaines limites pendant quelques pas, et que le membre a acquis une solidité voisine de la guérison, que le temps complétera peu à peu, j'espère.

Obs. II. — Le 13 juillet 1870, le docteur X... âgé de quarante ans, se trouvant à la campagne, voulut franchir un vivier de trois mètres de largeur environ. Il atteignit effectivement la rive opposée, mais assez juste pour craindre de tomber à la renverse dans l'eau. Il fit

alors un violent effort musculaire pour ramener le tronc en avant. Il n'y eut pas de douleur ressentie sur le moment. Le docteur put, en s'aidant des mains, grimper le talus qui menait au sentier, puis, arrivé là, se redresser et faire quelques pas. Mais la marche devint bientôt impossible, la jambe droite s'y refusant, et l'on dût l'aider, en le soutenant sous le bras, à gagner la maison qui était près. Tout d'abord on ne put former de diagnostic exact; il n'y avait de signes de fracture en aucun point du membre inférieur, et la rotule occupait sa place normale.

Dans la nuit qui suivit l'accident et les jours suivants, il y eut une vive inflammation du genou, production d'une vaste ecchymose de la cuisse droite à la partie externe et remontant jusqu'à la hanche. Les douleurs, très-vives pendant quelques jours, diminuèrent peu à peu. Leur siége était principalement dans l'articulation fémoro-tibiale. Comme traitement, on se contenta d'appliquer sur le membre des serviettes trempées dans l'eau froide et souvent renouvelées. On ne mit point de sangsues ni d'appareil, mais on garda une immobilité absolue du membre.

Quinze jours après l'accident, le docteur X... faisait deux heures de voiture et cinq heures de chemin de fer pour rentrer dans Paris, menacé de siége. Aussitôt arrivé, il reçut la visite du docteur Péan, chirurgien des hôpitaux, qui reconnut une *rupture incomplète* du ligament rotulien, intéressant les trois quarts environ de ce ligament. Il appliqua un bandage roulé de la pointe du pied à la hanche et recommanda une immobilité absolue. L'appareil et le repos furent gardés jusqu'au 10 octobre, c'est-à-dire pendant deux mois et demi à peu près. A cette époque on mit un appareil dextriné avec béquillons sur les côtés de l'articulation. Cet appareil fut conservé pendant un mois, et pendant ce temps le malade s'exerçait à marcher dans l'appartement, puis sortait en voiture et finissait par marcher dehors. Vers la fin de novembre, c'est-à-dire quatre mois et demi après l'accident, le docteur X... prenait son service de médecin de la garde nationale aux remparts et les labeurs de sa profession. La roideur qui existait d'abord dans le genou disparut peu à peu. Depuis un an il n'y a pas de différence dans les mouvements des deux jambes et pas la moindre claudication. En fait de signes extérieurs sur le genou, on ne remarque qu'une sorte de tache cicatrielle blanchâtre, située au-dessous de la rotule et correspondant à la portion du ligament qui s'insère à la rotule. (*A suivre.*)

DE L'INNOCUITÉ RELATIVE DES ACCOUCHEMENTS

CHEZ LES PRIMIPARES AGÉES (1).

Par M. le docteur Cl. Coccio.

Conclusions. — De cette étude il résulte, contrairement au préjugé généralement admis dans le public, que les femmes ayant atteint ou dépassé la trentaine, peuvent contracter mariage sans avoir à redouter de leur accouchement des suites relativement plus graves que leurs cadettes. — Il est utile et moral que le médecin use de son influence pour encourager les alliances, même tardives, et pour rappeler que le mariage ne doit pas être détourné de son véritable but, la propagation de l'espèce, que rien de sérieusement observé ne justifie. — En effet, la seule différence qui existe entre une primipare âgée et une jeune, consiste dans la durée de la période de dilatation du col et la résistance un peu plus grande du périnée. Il est évident que l'élasticité donnée par la nature aux muscles du plancher du bassin n'existe plus aussi grande à un certain âge, surtout chez les femmes que leur profession a rendues sédentaires; mais il n'y a là qu'une différence de temps, insensible qui varie même suivant la santé générale de la femme, dont il faut aussi tenir compte. Telle femme âgée bien portante accouchera pour la première fois mieux et plus vite que telle autre femme jeune, à santé débile et à tempérament lymphatique. — Il est une dernière considération, je veux parler de la décroissance de la population française, comparée à l'augmentation qui existe dans les nations voisines.

(1) In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adr. Delahaye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 juin 1875. — Présidence de M. Cl. BERNARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Contractilité musculaire anormale. — M. ONIMUS a récemment observé un cas de contractilité musculaire assez anormale. Il s'agit d'un homme qui est tombé sur l'avant-bras, et dont les muscles fléchisseurs ont été en partie coupés par des morceaux de verre. Une cicatrice très-mince a réuni les deux faisceaux séparés et, consécutivement, les fibres inférieures de ces muscles se sont notablement atrophiées, tandis que les fibres supérieures le sont à peine. Deux mois et demi après l'accident, M. Onimus a électrisé ces muscles par les courants induits : les parties supérieures se sont bien contractées, mais les parties inférieures n'ont nullement répondu à l'excitation électrique. Le contraire a eu lieu sous l'influence des courants continus : ce sont les parties inférieures qui se sont contractées, tandis que les parties supérieures sont restées inertes, et cela sur le même muscle. En agissant pendant quelque temps par les courants induits, sur le faisceau supérieur, le faiscau inférieur finissait par se contracter, les réophores n'étant cependant appliqués que sur le premier. Ces mêmes réophores étant, au contraire, directement appliqués sur le faisceau inférieur, on n'obtenait aucune contraction. M. Onimus croit pouvoir conclure de ce fait qu'il n'existe qu'une seule distribution nerveuse pour une fibre musculaire.

M. HENOCQUE fait observer que, dans ce cas, il faut tenir compte de ce fait qu'en électrisant le faisceau supérieur, on agit sur tous les filets nerveux, et qu'il suffit que l'un de ces filets soit réparé dans toute sa longueur pour que le faisceau inférieur se trouve par suite directement électrisé.

Destruction des muscles chez les saturnins. — M. RENAUT, en déposant sur le bureau sa thèse d'agrégation sur l'*intoxication saturnine*, fait observer que les considérations qu'il a présentées sur la destruction des muscles extenseurs chez les saturnins lui ont été communiquées par M. Vulpian. Le même professeur lui a remis depuis des morceaux de muscle dégénérés recueillis chez un saturnin mort dans son service. M. Renaut a cherché sur ces pièces quelle pourrait être la cause de la destruction. Suivant lui, on observe dans ces cas les mêmes phénomènes que dans la myosite. Il a, en effet, constaté un épaississement des vaisseaux, une prolifération cellulaire de la gaîne des extenseurs, indice de l'inflammation chronique. Dans les muscles des saturnins, lorsque la fibre a été durcie au bichromate d'ammoniaque, qui lui donne une coloration jaune, on voit très-bien la configuration de la fibre sur les points non attaqués. Lorsque la dégénérescence envahit ces muscles, on voit des disques ou noyaux proliférer; après un certain temps, des morceaux de substance musculaire se trouvent séparés par ces disques et enfin à un certain moment, on ne trouve plus que des gaînes contenant des noyaux. Autour de ces noyaux, on voit des grains d'une coloration jaune, non graisseux et qui ressemblent beaucoup plus à des fragments de substance musculaire.

M. Renaut paraît disposé à admettre que le processus de la myosite destructive est le suivant : les noyaux situés sous le sarcolemne prolifèrent, les cellules se divisent, et bientôt les noyaux couvrent la fibre, qu'ils ne tardent pas à remplacer complétement. M. Renaut ne donne cette explication que comme une hypothèse rendue probable par les faits observés, mais qu'il présente en faisant des réserves.

Physiologie du cerveau. — M. LÉPINE fait une courte communication sur la région du cerveau dont l'excitation produit l'hypersécrétion salivaire. Trois fois sur quatre, il a trouvé, chez les chiens en expérience, que la faradisation de la partie la plus antérieure du cerveau avait pour résultat, soit de produire la salivation dans les cas où elle faisait complétement défaut, soit de l'augmenter quand elle existait déjà. Ce point du cerveau est immédiatement en

contact avec le lobe olfactif. D'autres points dans la région temporale antérieure augmentent la sécrétion salivaire. Mais jamais M. Lépine n'a vu ce phénomène se produire sous l'influence de l'excitation de la région interhémisphérique, ainsi que l'ont annoncé quelques auteurs. Tels sont les faits : quant à leur interprétation, M. Lépine se montre très-réservé et ne donne pour le moment que des hypothèses.

Ovaire surnuméraire. — M. DE CYNÉTY a eu l'occasion d'observer un ovaire surnuméraire chez un enfant nouveau-né. C'est le premier qui est signalé chez l'enfant. Il n'en existe que deux cas chez les femmes.

L'ovaire droit, chez cet enfant, présentait trois petites encoches qui formaient de bosselures. Sur la tige unissant l'ovaire à la trompe se trouvaient six ou sept petits kystes plus ou moins pédiculés, formés par du tissu conjonctif et un épithélium vibratile. Parmi ces kystes s'en trouvait un qui, même à l'œil nu, présentait quelques particularité : il était plus résistant, plus volumineux. C'était un ovaire surnuméraire, car sa constitution histologique est exactement celle de l'ovaire normal. Cet ovaire devait-il s'atrophier ? On peut l'admettre, quoique cependant ses vaisseaux fussent absolument normaux.

Ce fait, au point de vue physiologique, peut être interprété de diverses façons, surtout relativement à une grossesse extra-utérine.

Matières colorantes de l'urine. — M. RABUTEAU fait une communication sur certaines matières colorantes de l'urine. Il reviendra ultérieurement sur ce sujet.

Électrisation du sang. — M. TARCHANOF prenant une gouttelette de sang sur la queue d'un têtard, l'a placée sous un porte-objet électrique. Sous l'influence de l'électricité, le globule sanguin se gonfle, perd sa coloration et parfois l'on voit le noyau s'en détacher. Le même fait peut être observé sur du sang d'homme adulte, mais moins facilement que chez le têtard. Sous l'influence d'un courant induit, toutes les granulations, à l'état normal, dispersées régulièrement, se mettent en mouvement, suivent une ligne droite et vont s'amasser à l'un des pôles du globule, de telle sorte que l'un des côtés de ce globule est tout à fait homogène, tandis que le côté opposé est rempli de ces granulations. Il suffit, en effet, de changer le courant pour observer le phénomène inverse. Ces granulations vont du pôle positif au pôle négatif. Si l'on interrompt le courant, le globule reprend aussitôt son état normal.

Il s'ensuit, selon M. Tarchanof, que la structure des globules est telle que les mouvements des granulations sont très-faciles, ce qui est contraire à cette opinion que l'intérieur d'un globule ne serait qu'un stroma ; en effet, comment, dans ce cas, pourrait-on expliquer la marche de ces granulations, qui est directe et qui se fait assez facilement. Il résulte aussi de cette expérience que les secousses électriques produisent des mouvements dans les éléments du sang. Si l'on traite ces globules par la méthode de M. Ranvier, on obtient des globules rouges avec une membrane assez colorée et dont les granulations sont fixes et sans mouvement.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. TARCHANOF montre un rat mort de faim à côté de ses aliments. Chez cet animal, la mastication était devenue impossible par suite de la perforation du palais par une incisive de la mâchoire inférieure, les mouvements des lèvres seuls étaient possibles, ce qui explique comment ce rat a pu avaler des poils qu'on a trouvés dans son cœcum. Dans l'estomac se trouvait de l'hématine résultant de l'hémorrhagie de la plaie palatine.

M. RANVIER fait observer que ce rat, exclusivement nourri de carottes, ne pouvait user ses dents en rongeant un objet quelconque, ce qui explique la prolifération de cette incisive.

M. BOCHEFONTAINE présente une tumeur située dans l'estomac d'un chien ; il n'a pu encore en faire l'examen.

A cinq heures, la société se forme en comité secret.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Si le discours par lequel s'est rouverte la discussion sur le choléra fût venu de tout autre que de M. Tholozan, on en aurait mieux apprécié les qualités de pensée et de style. Mais quand on a été durant des mois l'objet d'une attente des plus flatteuses, on ne doit pas s'étonner de trouver un public exceptionnellement exigeant. Les médecins qui se pressaient hier en foule dans la salle des séances, pour écouter le savant académicien venu de Perse, avaient l'espoir de lui voir présenter, comme arguments, des faits nouveaux d'une provenance orientale et récente. Au lieu de cela, jusqu'ici M. Tholozan s'est borné à poser la question et à la développer à un point de vue théorique, comme aurait pu le faire un académicien qui n'eût jamais quitté la France. On a trouvé, sans doute, qu'il raisonnait très-bien; mais on demandait autre chose, que M. Tholozan se sera réservé pour un autre discours.

La genèse des maladies contagieuses ou épidémiques n'est jamais facile à bien connaître.

Celles même qui se propagent uniquement par le contact dans les circonstances actuelles, la syphilis, etc., ont bien dû avoir quelque part, dans des temps plus ou moins antiques, une origine spontanée. D'où résultaient alors ces premiers germes auxquels font remonter une suite si longue de générations successives? Pouvait-on dire à ce moment que la maladie était endémique, ou qu'elle était épidémique? En d'autres termes, les influences qui faisaient naître la syphilis atteignaient-elles plusieurs individus en même temps, dans une même contrée? Se faisaient-elles sentir, soit simultanément, soit successivement, dans des pays divers? Nous n'en savons absolument rien d'une manière indubitable.

Si de la syphilis nous passons à la rage, nous voyons une maladie qui se transmet encore par inoculation dans la plupart des cas, mais qui peut se développer aussi, spontanément, en France même, sous nos yeux, chez certaines races animales.

Comme étiologie, la vaccine ressemble à la rage.

Mais déjà le problème devient plus compliqué lorsqu'il s'agit de la variole. La variole paraît avoir été chez nous d'origine exotique. Les germes sont venus un jour, on ne sait d'où; puis la maladie a acquis droit de domicile sur notre sol.

Les cas isolés qui s'y déclarent peuvent-ils être considérés comme spontanés ou endémiques? Ou bien sont-ils seulement un produit de la semence répandue par la première épidémie? Lorsque, au lieu de cas isolés, on voit des foyers se produire, des épidémies apparaître sur tel ou tel point du territoire, ces épidémies doivent-elles être classées parmi les *primitives*, ou bien parmi les *secondaires?* D'une autre part, est-il quelque pays où la petite vérole naisse spontanément par des influences persistantes, où elle soit toujours endémique par la force même des choses? où l'on devra la considérer comme autochtone? que l'on puisse nommer sa patrie d'origine? Entre cette patrie d'origine et les patries d'adoption, les conquêtes de la variole, subsiste-t-il encore des différences notables au point de vue de l'intensité, de la permanence des foyers morbides ou de leur fréquente incandescence?

Toutes ces questions, qui sont si [illegible] qui touche la variole, M. Tholozan a eu raison de les reprendre en ce qui touche le choléra.

Il est évident qu'*a priori* on n'aurait le droit de rien affirmer soit sur les patries d'origine, soit sur les patries d'adoption du choléra ou de la variole. On connaît trop mal les conditions d'acclimatement des fléaux. La fertilité des germes morbides est très-différente suivant les époques, suivant les latitudes, suivant les climats, suivant mille influences mal déterminées.

D'après certains auteurs, la syphilis elle-même deviendrait stérile en Norvége après un nombre limité de transmissions dans ce pays froid.

On croyait naguère que la fièvre jaune ne pouvait pas s'implanter en dehors d'une contrée restreinte, dont elle a depuis lors singulièrement dépassé les limites.

Où une maladie épidémique peut s'établir à poste fixe, tout porte à croire qu'elle peut aussi pulluler et former foyer.

Mais c'est l'observation, et l'observation seule, embrassant la face du monde, qui peut amener à des convictions motivées et définitives sur tous ces points, jusqu'à présent douteux.

Il faut des faits précis, des preuves matérielles pour établir solidement dans les esprits soit la théorie de M. Fauvel et des conférences médicales de Constantinople et de Vienne, soit celle de M. Tholozan et des médecins anglais qu'il invoque.

M. Tholozan, paraît-il, a possédé entre les mains une réunion considérable de pareils faits. Tous les documents recueillis dans l'Inde par les soins du gouvernement britannique sur la propagation, la marche, les cas isolés, les recrudescences

du choléra dans cette immense contrée ont été mis à sa disposition. Pourquoi n'y a-t-il pas puisé à pleines mains? Pourquoi ne les met-il pas en œuvre de manière à faire partager à ses auditeurs les impressions qu'il en a reçues? Il en a conclu que le choléra était maintenant dans l'Inde au même titre qu'ailleurs; que les foyers épidémiques n'y naissaient plus par genèse spontanée, mais par pullulation de germes antérieurs; que les épidémies appelées *primitives* sont *secondaires*, en réalité, partout où elles naissent : en Asie, en Europe ou en Amérique. Il ne faut pas désespérer d'avoir un jour sur tout ceci des démonstrations scientifiques. Déjà les rapports sur la peste de la Cyrénaïque et de l'Irak-Arabi pourraient fournir à M. Tholozan des arguments d'une grande puissance, analogues sans doute à ceux qui ont dû le frapper dans les rapports anglais.

Dr Victor Revillout.

HOSPICE DES QUINZE-VINGTS. — M. Fieuzal.

Mort apparente d'un enfant causée par le chloroforme. — Rappel à la vie.

Le 20 novembre 1874, un enfant âgé de six ans nous est amené à la consultation de l'hospice pour avoir un certificat de cécité. Il présentait sur l'œil gauche un staphylôme de la cornée avec leucôme adhérent, l'iris complétement accolé à la cornée opacifiée dans les trois quarts de son étendue, la partie supérieure seule ayant conservé sa transparence.

L'enfant est complétement aveugle; cependant il lui reste une perception quantitative de la lumière. Après avoir bien examiné la partie restée transparente de la cornée et nous être assuré qu'une pupille artificielle pouvait être tentée sur cet œil devenu staphylomateux, nous avons proposé aux parents de faire cette opération qui, pouvant donner un résultat optique, devait, dans tous les cas, produire un très-heureux effet sur la marche ultérieure du staphylôme. L'opération fut [illegible] des parents, et l'enfant étant endormi par le chloroforme, confié aux soins de notre confrère le docteur Gauran, l'iridectomie fut pratiquée en haut dans la partie correspondant à la cornée restée transparente.

L'œil était mou, la friabilité de l'iris et l'absence de chambre antérieure rendirent l'opération tout à fait difficile; l'iris ne venait que par fragments; cependant nous eûmes la satisfaction d'en enlever un lambeau suffisant, et pour ceux qui ont touché à des yeux ainsi affectés et qui savent quelles sont les difficultés qu'on a à surmonter, il y avait de quoi être satisfait du résultat obtenu.

L'éthérisation n'avait rien présenté de particulier; la période d'excitation avait été courte et rapidement suivie de collapsus. L'enfant ne voulait pas se laisser endormir; il résista de toutes ses forces, et au bout de deux minutes d'inhalations, le collapsus arriva avec l'insensibilité; la respiration et le pouls ne présentaient rien d'anormal.

Le chloroforme qui servait ce jour-là avait déjà en partie été employé quelques jours auparavant, et ne présentait dans l'odeur qu'il exhalait rien qui pût faire craindre un résultat fatal (il nous est fourni par la pharmacie centrale).

L'appareil dont nous faisons constamment usage est composé simplement d'un morceau de flanelle tendu sur une tige métallique recourbée qui, s'adaptant au devant de la bouche et du nez, permet l'accès facile de l'air en même temps qu'il offre au chloroforme une assez grande surface d'évaporation. Ces conditions permettant d'obtenir l'anesthésie avec une quantité peu considérable, quelques grammes seulement de chloroforme, nous ajouterons, ce qui n'est pas indifférent, qu'avec ce procédé on n'est pas exposé, comme avec le cornet, à répandre du chloroforme sur la peau, qu'on évite ainsi d'irriter et de brûler même, comme cela arrive fréquemment avec les procédés ordinaires.

Tout était fini : l'enfant ne respirait plus de chloroforme depuis plus de trois minutes, nous étions déjà passés dans la pièce à côté prévenir les parents qu'ils pouvaient rentrer dans la salle d'opérations, lorsqu'en revenant près de l'enfant, nous fûmes frappés de stupeur en voyant sa pâleur mortelle, son facies cadavérique, ses lèvres décolorées, et nous eûmes la douleur de constater qu'il n'y avait plus de battements du cœur, plus de pouls, plus de respiration.

Le docteur Gauran s'efforça aussitôt d'ouvrir la bouche, dont nous parvînmes à écarter les arcades dentaires à l'aide d'une cuiller métallique; la langue était appliquée derrière les arcades dentaires et nullement refoulée dans le fond de la bouche. Les parents furent renvoyés immédiatement; l'*enfant, suspendu par les pieds, entièrement renversé* et appuyé sur le fauteuil d'opérations, fut confié à notre confrère et à l'aide, tandis que nous nous mettions en mesure de faire la respiration artificielle.

Après une demi-minute de cette suspension par les pieds et une dizaine de fortes pressions sur la cage thoracique, la face de l'enfant commence à se colorer; il se produit un mouvement de regorgement qui fait sortir quelques glaires visqueuses; nous continuons la respiration artificielle une minute environ, après quoi nous replaçons l'enfant sur le fauteuil dans la position horizontale, la face inclinée de côté et un peu plus bas que le reste du corps; on ouvre largement les fenêtres, et nous nous mettons en devoir de fouetter vigoureusement la face et la poitrine avec la main, tandis que notre ami en fait autant, de son côté, avec un linge mouillé.

Le facies reste encore pâle; mais, sous cette énergique révulsion cutanée, le pouls commence enfin à reparaître, filiforme d'abord, puis bientôt il se relève : la respiration se régularise, et des vomissements arrivent par saccades peu abondants et spumeux.

L'enfant, transporté à l'air, ne tarde pas à retomber dans la somnolence qui suit les éthérisations complètes; mais la respiration et la circulation sont normales, et après lui avoir fait son pansement, nous le faisons transporter dans son lit près de la fenêtre. Il conserva pendant plusieurs heures un état d'hébétude entrecoupé de vomissements, qui furent surtout abondants dans la soirée, dix heures encore après l'opération.

La nuit fut excellente, et personne heureusement dans l'entourage n'a su le danger auquel cet enfant avait échappé, et lui moins que personne.

Il est hors de doute cependant que cet enfant a été tiré de la mort grâce à l'intervention décisive et prompte qui a été prise à son égard.

Qu'avons-nous fait en présence d'accidents aussi formidables, qu'un retard de quelques secondes encore pouvait rendre sans appel, et quelle différence y a-t-il entre cette mort apparente et la mort réelle que nous avons été sur le point de constater?

En présence de la suspension des battements du cœur qui a duré plusieurs secondes et aussi de celle des mouvements respiratoires, nous avons la conviction d'avoir fait la seule chose utile; aussi sommes-nous doublement heureux de faire connaître à nos confrères et le fait qui nous semble porter avec lui son enseignement, et la terminaison favorable qui est résultée de notre intervention.

En portant la tête en bas, le sang, d'une manière purement physique, est venu baigner le bulbe dans lequel se trouve le centre respiratoire; d'un autre côté, les pressions alternatives exercées sur la cage thoracique, en chassant l'air contenu dans les ramifications bronchiques, ont provoqué l'entrée d'une nouvelle quantité d'air non imprégné de vapeurs chroroformiques, et à la faveur de ce double jeu artificiel d'entrée et de sortie d'air pur, le cœur qui, à notre avis, avait été paralysé par l'agent anesthésique, a pu retrouver quelque énergie et recommencer à envoyer du sang aux centres nerveux. Sous l'influence de cette reprise de fonctions, le bulbe a ét excité de nouveau, le nerf pneumo-gastrique a pu dès lors exécuter le rôle qui lui est dévolu, et la respiration a bientôt pu se faire, faiblement d'abord, à cause des propriétés toxiques du sang chargé des vapeurs chloroformiques, mais peu à peu l'élimination se faisant, les inspirations sont devenues plus profondes, et la vie a repris possession de ce corps tout à l'heure inanimé.

Tels sont les phénomènes que, pour la première fois, nous avons vus se dérouler sous nos yeux, bien que nous ayons fait un très-fréquent usage du chloroforme. Nous l'avons employé

à tous les âges chez des enfants, chez des vieillards, même chez des sujets atteints du mal comitial qui passe cependant pour une contre-indication formelle de l'emploi de cet agent. Chez ces derniers, nous avons noté constamment, avec une respiration stertoreuse, parfois effrayante, la lividité de la face, au lieu de cette pâleur mortelle que nous avons constatée dans le cas qui fait l'objet de cette communication. Aussi nous semble-t-il que la théorie à laquelle nous rattachons l'enchaînement de ces phénomènes, c'est-à-dire la théorie de la mort par syncope, ne laisse pas de place aux diverses théories mises en avant pour expliquer la mort causée généralement par le chloroforme.

Et d'abord le refoulement de la langue vers le pharynx, auquel certains chirurgiens voudraient faire jouer le rôle capital dans la mort par les anesthésiques, nous paraît devoir être éliminé ici, puisque les dents étant écartées à l'aide d'une cuiller, on a pu s'assurer que la langue était accollée au plancher de la bouche et derrière les arcades dentaires.

Nous nous rappelons toujours l'anxiété de notre ancien maître, M. Desprès, chirurgien à Bicêtre, qui, partisan décidé de la théorie du refoulement, faisait toujours préparer à l'avance plusieurs bouts de bois destinés à être glissés entre les arcades dentaires, pour permettre d'aller avec le doigt et, au besoin, avec une érigne, chercher à dégager l'épiglotte, qu'il supposait renversée sur l'orifice du larynx ; aussi l'expression *avaler sa langue* était-elle devenue familière parmi les élèves du service.

Dans un très-grand nombre d'éthérisations que nous avons pratiquées, soit dans le service de M. Velpeau, soit pour nous-même, nous n'avons jamais eu l'occasion de constater le refoulement en question, et comme, dans le cas actuel, nous avons pu vérifier qu'il n'y avait pas de refoulement, nous croyons que ce ne sera pas trop nous avancer que de contester la théorie de la *déglutition* de la langue, malgré les quelques cas rapportés dans la science et qui paraissent formels à cet égard.

La théorie de l'asphyxie nous paraît également devoir être écartée pour expliquer la mort dans le cas dont il s'agit. Aucun phénomène de stase sanguine ne s'est, en effet, manifesté ; bien au contraire, la pâleur était absolument cadavérique, les lèvres cireuses, ainsi que la peau des parties du corps qui étaient exposées à la vue : donc pas d'asphyxie, et nous voilà amenés à admettre la théorie de la syncope par intoxication.

Comment l'intoxication s'est-elle produite ? Est-ce par l'oxyde de carbone, est-ce par la décomposition en acide formique de l'agent employé. Nous ne nous chargeons pas de résoudre la question, et quant à la succession des phénomènes toxiques, nous inclinons à partager l'opinion d'un de nos amis, le docteur Lacassagne, professeur agrégé au Val-de-Grâce, qui, dans un mémoire couronné par l'Académie de médecine, a émis la pensée que le chloroforme, exerçant son action sur la cellule nerveuse, produirait son effet d'abord sur les circonvolutions cérébrales, et successivement sur la protubérance, le bulbe et le grand sympathique, par l'intermédiaire duquel se ferait finalement l'arrêt du battement du cœur.

Les expérimentateurs se chargeront de nous faire connaître la manière d'agir du chloroforme sur le système nerveux.

Ce qui nous paraît hors de doute dans le cas actuel, c'est la syncope par empoisonnement, et nous ajouterons que cette conviction, entraînant comme conséquence un mode particulier de traitement, il n'est pas indifférent de la partager ou de nous retrancher derrière une *idiosyncrasie*.

C'est avec des mots pareils que la médecine et les médecins ont justement mérité et mériteront longtemps encore les railleries plus ou moins bien appropriées des Molières du passé et de l'avenir.

Si ce mot, en effet, ne veut dire autre chose que la manière particulière dont chaque individu peut être influencé par les divers agents capables d'impressionner d'une façon quelconque ses organes, il est évident qu'on ne peut partager l'opinion de Robert qui invoquait l'idiosyncrasie pour expliquer la mort par le chloroforme, attendu qu'on peut l'invoquer au même titre pour toute action en général provoquant une réaction de l'organisme, laquelle variera nécessairement avec l'individu.

Les partisans d'une semblable théorie, s'il en existe encore, seront amenés dans un cas fatal à se croiser les bras en attendant qu'ils aient découvert des signes faisant pressentir l'*idiosyncrasie* qui devra contre-indiquer l'usage du chloroforme.

Ceux, au contraire, qui, comme nous, croient que le mal se produit le plus souvent par syncope sont amenés à agir énergiquement, ainsi que nous l'avons fait dans le cas actuel, et nous sommes convaincus qu'en ne perdant pas une seconde dans les tergiversations que beaucoup éprouvent en pareille conjoncture, on aura la satisfaction que nous avons éprouvée nous-même, en mettant en usage le moyen recommandé ci-dessus.

L'enfant, remis de cette cruelle épreuve, a pu quitter le dispensaire au bout de huit jours et retourner chez lui avec une pupille artificielle qui lui avait fait recouvrer la vision. Il aurait même pu s'en retourner plus tôt, car les suites de l'opération ont été, comme dans les cas analogues, des plus bénignes.

ÉTUDE SUR LA RUPTURE DU LIGAMENT ROTULIEN (1)

Par le docteur BLACHER.

OBS. III. — M. Y... âgé d'une cinquantaine d'années, d'une constitution assez chétive et d'un état maladif habituel mal défini, se trouvant à la chasse, voulut franchir un fossé et tomba à genou sur le bord opposé. Aussitôt il y eut une vive douleur et impuissance relative du membre.

A l'examen on ne trouva pas de déplacement de la rotule, mais on sentait à la palpation une dépression de la partie moyenne du bord interne du ligament rotulien, qui dénotait une rupture incomplète de ce ligament.

Au bout de deux mois d'immobilité dans un appareil, le tendon avait repris sa largeur et son aspect normal. Mais les fonctions du membre ne se rétablirent pas aussi rapidement. La douleur dans l'articulation et la faiblesse persistèrent encore longtemps. La roideur articulaire fut surtout rebelle à disparaître, et ce furent des massages de l'articulation qui en triomphèrent. Ces massages étaient douloureux lorsqu'on pressait la rotule de haut en bas, ce qui avait lieu également dans l'observation n° 1.

Au bout d'un an, la guérison était à peu près complète, mais la flexion de la jambe sur la cuisse ne pouvait dépasser l'angle droit, ce qui dénotait un *raccourcissement* du ligament ; contrairement à ce qui s'est passé dans l'observation n° 1, où la flexion était parfaite, l'extension seule étant incomplète de quelques degrés par suite d'*élongation* du ligament.

Il nous reste à comparer ces trois observations à celles qui ont été publiées jusqu'à cette époque et à tirer les conclusions qui ressortent de leur comparaison.

Si nous prenons la thèse de M. Cosmao-Dumenez (mars 1865), nous trouvons ; une seule observation qui lui est propre et qui a été prise dans le service de M. Demarquay, vingt-quatre autres observations trouvées dans différents mémoires, de Bau-

(1) Suite. — Voir les numéros des 19 et 22 juin.

dens (*Gazette médicale* 1843), de Binet (*Archives* 1858), de Bourguet d'Aix (Société de chirurgie, *in Gazette des Hôpitaux*, 1860). Dans la majorité des cas, huit fois, la cause a été une chute, la jambe étant pliée sous le siége et le poids du corps pesant dessus. Dans une partie assez nombreuse des cas, sept fois, la cause a été un rejet violent du tronc en arrière pour éviter une chute, ou un effort musculaire violent, dans le saut par exemple. Dans un cas seulement il y a eu rupture spontanée au milieu d'une marche accélérée.

La thèse de M. Sellier, postérieure à la précédente (novembre 1873), nous donne trente et une observations, parmi lesquelles les vingt-cinq déjà connues, deux de M. Boinet, deux de M. Sistach, une en plus de M. Demarquay et une propre à l'auteur. Dans ces nouvelles observations nous voyons intervenir les mêmes causes productrices : chute avec exagération dans la flexion du membre inférieur, contraction violente des extenseurs avec rejet du corps en arrière pour éviter la chute, un fait seul de rupture pendant la course et deux autres pendant le saut. Dans mon observation on trouve deux causes réunies : la flexion forcée et la contraction musculaire. Dans l'observation du docteur X... on ne peut invoquer que la contraction musculaire, ainsi que dans la troisième observation. Je suis convaincu que, dans les cas même où la chute a eu lieu, la jambe étant fléchie sous le siége, il y a eu rejet du corps en arrière et, par suite, contraction violente du triceps pour ramener le corps en avant et maintenir l'équilibre. C'est effectivement un mouvement instinctif de se rejeter en arrière quand le pied manque. Je crois donc que la rupture du ligament rotulien est essentiellement due à la contraction musculaire. Par suite, les expériences qu'on peut faire sur les cadavres n'ont pas de valeur, car les mouvements de flexion brusque imprimés aux membres inférieurs ne pourront se comparer à la contraction subite et commune de tous les faisceaux composant l'énorme masse musculaire du triceps. Du reste on ne peut comparer la résistance des tissus morts à celle des tissus vivants, et l'on a même remarqué que, sur le cadavre, les muscles se rompaient avant les tendons. Il me semble donc impossible de donner une mesure dynamométrique moyenne à la force productrice de la rupture du ligament rotulien.

Les affections diathésiques peuvent expliquer la débilité des ligaments qui se sont rompus dans la course ou la marche, car alors l'effort musculaire ne paraît pas assez violent pour briser un tendon sain.

La *douleur* ressentie a été souvent comparée à un coup de fouet; chez moi elle a été plutôt pongitive et elle a manqué complétement chez le docteur X...

L'*incapacité* du membre n'a pas toujours été immédiate. Dans la majorité des cas cependant, le blessé ne peut se relever. Dans d'autres cas, il se relève; mais, au moindre effort de progression, il retombe. Enfin, dans un cas cité par M. Binet, le malade put faire quelques pas, ce qui ne peut s'expliquer que par une rupture incomplète comme dans les observations II et III. On a vu que j'avais pu me relever et me tenir debout seulement; cependant la rupture était complète, car à ce moment j'avais déjà senti le large déplacement de la rotule.

L'*étendue* et le *siége* de la lésion sont difficiles à déterminer, quoiqu'on trouve des observations indiquant une rupture complète ou incomplète, avec déchirement de la synoviale sous-tendineuse ou avec arrachement osseux, etc.

Les points de repère pour formuler un diagnostic si précis sont d'autant plus difficiles à trouver que le médecin arrive lorsque le gonflement masque à peu près tout. La situation prise par la rotule sera sans contredit le point capital pour distinguer la rupture complète de l'incomplète, suivant qu'elle sera remontée plus ou moins sur la cuisse.

Deux faits appartenant à MM. Larrey et Richet, joints aux observations II et III, prouvent la possibilité de la rupture incomplète.

La rupture complète s'est présentée six fois à l'insertion rotulienne, neuf fois à l'insertion tibiale sans lésion osseuse, trois fois à la partie moyenne du ligament. Deux faits de MM. Richet et Sistach notent l'arrachement de la tubérosité du tibia. Dans onze cas le siége n'a pas été précisé. Nous sommes loin de l'opinion émise par Nélaton et d'autres auteurs, qu'il y a toujours arrachement osseux. Si ce fait existait, on trouverait la crépitation lorsque la rotule a été réduite, ce qui ne s'est présenté que dans les deux cas cités. Dans mon observation, il y a eu certainement rupture, à l'insertion tibiale, ce qui m'était accusé par la douleur violente sur la tubérosité et la production d'une légère fossette qui exista longtemps en ce point, mais il n'y a jamais eu la moindre crépitation.

Est-ce à dire que l'expression d'arrachement ne soit pas préférable pour ce qui est de la rupture aux insertions rotulienne ou tibiale? Non, et je pense même que cette expression doit être conservée dans ces deux cas, car il est possible qu'on n'ait pas alors une surface de section du tendon aussi nette que dans le cas de rupture médiane. Mais, pour trancher complétement la question, il faudrait avoir des autopsies, ce qui n'existe pas, car la rupture du ligament rotulien n'a jamais présenté de complications déterminant la mort. Une seule autopsie, faite un an après l'accident, a permis de constater la production d'un tissu cicatriciel ordinaire réunissant les deux extrémités du ligament rompu.

Il ne faudrait cependant pas considérer cette affection comme de peu d'importance, car elle demande toujours un long temps pour arriver à une guérison complète ou même quelquefois imparfaite, et en outre elle expose à des accidents inflammatoires qui peuvent être graves, étant localisés dans une articulation aussi vaste que celle du genou.

Sur les trente et un cas connus, les résultats sont : dix cas de guérison complète en six mois ou un an, douze cas de guérison incomplète, deux cas d'ankylose et tumeur blanche. Ajoutez les trois nouvelles observations, les deuxième et troisième qui peuvent être considérées comme guérison complète au bout d'un an, et la première encore imparfaite au bout de l'année, mais qui progresse avec le temps.

En général le côté malade reste cependant plus faible que l'autre, sans faire boiter.

La rupture à la partie moyenne doit être considérée comme la moins grave, car elle a donné lieu aux guérisons les plus rapides : deux guérisons en deux mois et une en trois mois. Un fait de guérison en seize jours rapporté par Norris semble invraisemblable. (*A suivre.*)

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE SYMPTOMATIQUE ET DIAGNOSTIQUE DE L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBELLEUSE (1).

Par M. le docteur J. Carion, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — L'affaiblissement général de l'appareil locomoteur est le symptôme qui domine dans l'hémorrhagie cérébelleuse. — L'hémiplégie est relativement rare ; lorsqu'elle existe, elle est tantôt croisée, tantôt directe. — La paralysie faciale est exceptionnelle; elle intéresse l'orbiculaire des paupières et siége du côté de

(1) In-8°. — Prix : 2 fr. — Paris, Adr. Delahaye.

la lésion; elle reconnaît pour cause la compression de la septième paire au niveau de son point d'émergence. — La langue présente un certain degré d'asthénie qui se traduit par de la paresse dans les mouvements, sans déviation. — Le strabisme, non plus que la paralysie faciale, ne s'observe pas en tant que symptôme d'origine cérébelleuse; dans un cas où il a été noté, il s'agissait de la compression de l'un des nerfs moteurs de l'œil. — La déviation conjuguée des yeux a été signalée; et, dans ce cas, elle s'effectue toujours du côté opposé à la lésion comme pour les autres parties de l'isthme de l'encéphale. — Les pupilles sont quelquefois dilatées, le plus souvent contractées, tantôt réagissant sous l'influence de la lumière, tantôt insensibles. — La sensibilité générale n'est pas altérée, même lorsqu'il existe une hémiplégie; c'est à peine si, dans quelques cas rares, on a noté un peu d'anesthésie; l'hyperesthésie serait moins fréquente encore. — Des troubles de la sensibilité spéciale, et principalement du côté de la vue, ont été observés; mais c'est la très-rare exception. — L'intelligence est le plus souvent conservée dans toute son intégrité. — Les vomissements s'observent avec une telle fréquence qu'ils peuvent être, à bon droit, considérés comme un des meilleurs symptômes de l'hémorrhagie cérébelleuse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mars 1875. — Présidence de M. GOSSELIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1874 dans les départements du Finistère, de l'Indre-et-Loire et du Maine-et-Loire (commission des épidémies).

2° Trois demandes en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, des sources minérales à Albertville (Savoie), à Enghien (Seine-et-Oise), et à Charbonnières (Rhône) (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note supplémentaire au mémoire intitulé : *Recherches sur les épidémies et endémies d'anémie des mineurs, dites d'Anzin*, par le docteur Manouvriez fils (de Valenciennes);

2° Une note sur une enfant née avec deux dents, ulcération consécutive de la langue, extraction des dents, par le docteur Adolphe Dumas, chirurgien adjoint de l'hôpital de Cette;

3° Une note sur la préparation du monosulfure de sodium cristallisé, par M. Ernest Baudrimont;

4° Une lettre de remercîments de M. le docteur Subert, lauréat de l'Académie (prix de vaccine).

5° Une note sur l'action du cuivre métallique et de ses composés insolubles et solubles sur les chiens, par MM. Ducom, pharmacien en chef de l'hôpital Lariboisière, et Burcq.

A partir d'octobre 1869, trois séries d'expériences furent instituées à l'effet de déterminer cette action, et aussi la forme et la dose sous lesquelles on pourrait le mieux administrer les préparations de cuivre. Il résulte déjà des deux premières séries :

1° Que le cuivre métallique et ses oxydes donnés aux chiens, mélangés aux aliments, même à la dose de 4 grammes d'oxyde noir par jour, n'exercent sur ces animaux aucun effet nuisible, et ne déterminent aucun accident sérieux; les chiens conservent leur santé et acquièrent le plus souvent de l'embonpoint.

2° Que le cuivre à petite dose, tel qu'il se trouve dans les aliments qui ont séjourné dans des vases de cuivre mal étamés, n'exerce sur les chiens aucune influence fâcheuse, même lorsqu'il est administré ainsi pendant cinquante jours consécutifs.

Les résultats obtenus avec des doses massives de différents sels de cuivre (3e série d'expériences) seront dits ultérieurement.

PRÉSENTATIONS

M. HIRTZ présente, de la part de M. le docteur Marquez, médecin de l'hôpital civil de Belfort, une note intitulée : *Molluscum elephantiasique et lymphorrhagique* (commission : MM. Wurtz, Devergie et Hirtz).

M. BOUILLAUD présente, au nom de M. le docteur Rosat, un mémoire intitulé : *Controverses touchant la nature explicite du choléra.*

M. MAURICE PERRIN offre en hommage, au nom de M. le docteur Laveran, professeur agrégé au Val-de-Grâce, un volume intitulé : *Traité des maladies et épidémies des armées.*

M. LE PRÉSIDENT a la douleur d'annoncer à l'Académie la nouvelle de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de l'un de ses membres titulaires, M. Demarquay, décédé le 21 juin à Longueval, village du département de la Somme, où la maladie l'avait forcé de se retirer. Les obsèques seront célébrées jeudi 24 juin dans ce village.

RAPPORT

M. CHEVALLIER, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports, dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

ÉLECTION

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre correspondant. La commission propose :

En première ligne, M. Jacquez (de Lure); en deuxième ligne *ex æquo*, MM. Berchon (de Pauillac), Burdel (de Vierzon), Dechaux (de Montluçon), Willemin (de Vichy).

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 67, dont la majorité est 34, M. Burdel obtient 15 suffrages, M. Jacquez 13, M. Berchon, 11, MM. Dechaux et Raimbert chacun 9, M. Willemin 7.

Au deuxième tour, le nombre des votants étant de 62, dont la majorité est 32, M. Burdel obtient 35 suffrages, M. Berchon 12, M. Jacquez 8, MM. Raimbert et Willemin chacun 3, M. Dechaux, 1.

En conséquence, M. Burdel, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant de l'Académie.

LECTURE

M. GIRAUD-TEULON termine la lecture de son mémoire sur les *troubles de la vision dans leurs rapports avec le service militaire.* Voici les conclusions de ce travail :

« En résumé, nous proposons à l'Académie de discuter et de résoudre les points suivants :

« I. Émettre le vœu que le département de la guerre veuille bien faire déterminer par des commissions spéciales : 1° le coefficient d'acuité visuelle au loin, indispensable pour le service actif ou armé du simple soldat; 2° le degré de l'anomalie de réfraction par excès ou par défaut correspondant, lors de l'usage de l'œil nu à ce même coefficient d'acuité visuelle au loin; 3° le degré d'imperfection sous ces deux rapports, conciliable avec le service actif dans les catégories spéciales des écoles militaires, puis du volontariat; 4° la fixation des éléments analogues pour les services accessoires de l'armée territorriale ;

« II. Remercier l'administration de la guerre de la libéralité avec laquelle, dans les dispositions que nous avons citées, elle ouvre une porte pour l'examen scientifique médical des cas douteux avec adjonction des lumières spéciales qui pourraient être réclamées par les médecins experts. Mais, en même temps, considérant l'infériorité absolue de toutes les méthodes anciennes de diagnostic et de mesure comparativement à la méthode ophthalmoscopique; considérant, en outre, que, dans une proportion moindre qu'un centième des cas soumis à l'examen, toute simulation on dissimulation se voit à l'instant dévoilée par cette méthode : prier l'administration de la guerre de transformer en règle générale obligatoire, la tolérance introduite déjà par elle de l'examen ophthalmoscopique de tout sujet accusant ou laissant supposer une diminution quelconque d'acuité visuelle au loin; à cet effet, ordonner la mesure simultanée, avec celle de la taille, de l'acuité visuelle du sujet à distance; et, dans l'absence de réponse positive, en tel cas décisive, renvoyer séance tenante, l'appelé devant un conseil médical supplémentaire chargé des examens

ophthalmoscopiques et fonctionnant simultanément et parallèlement aux opérations du conseil. »

DISCUSSION

M. LARREY fait observer que l'instruction ministérielle visée par M. Giraud-Teulon a un caractère général à la fois administratif et médical et, par conséquent, ne peut être discutée devant l'Académie comme un travail exclusivement scientifique.

M. MAURICE PERRIN ajoute qu'il n'existe pas un seul conseil de révision dans lequel on ne se serve à chaque instant de l'ophthalmoscope, et que, par conséquent, les observations de M. Giraud-Teulon portent complétement à faux.

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA.

M. THOLOZAN s'attache aujourd'hui à traiter de la genèse du choléra dans l'Inde et de son mode d'origine.

Il rappelle que dès 1870, dans une brochure intitulée : *Origine nouvelle du choléra asiatique*, recherchant le lieu d'émergence des cinq grandes épidémies qui ont envahi toute l'Europe, il n'en a pas trouvé une seule qui vînt directement de l'Inde. Deux de ces épidémies avaient eu leur point d'émergence en Europe, deux en Perse et une en Arabie. Il était ainsi démontré, contrairement à l'opinion régnante, que le choléra indien était loin d'être stérile sur notre continent.

Mais y a-t-il lieu de distinguer, comme on le fait, des épidémies d'origine primitive et d'autres d'origine secondaire, en considérant comme secondaires toutes celles qui n'ont pas pris naissance dans l'Inde? M. Tholozan ne voit pas pourquoi on ferait de l'Inde, dans l'état actuel de la pathologie, un pays à part aujourd'hui; pourquoi on la doterait de la faculté de production perpétuelle des germes, quand on trouve dans la chaîne non interrompue de ses cas de choléra une raison suffisante pour expliquer les récidives sans nombre de la maladie, et, dans la longue continuation de l'endémie, la raison d'être des épidémies successives. Si l'on admet que les germes cholériques sont créés dans l'Inde chaque année, ou à chaque grande épidémie, *ab ovo*, on s'expose aux objections suivantes :

1° Pourquoi cette dérogation à la théorie générale des germes morbides spécifiques?

2° Si les germes étaient créés à chaque grande épidémie dans l'Inde, l'incubation n'existerait donc pas? elle serait un mythe? Pourquoi l'admettre en Europe pour expliquer les petites et les les grandes épidémies, comme celles de 1852-1856 et de 1865-1873 qui ont eu leur début sur notre continent?

Une fois, au contraire, qu'on aurait adopté l'opinion, beaucoup plus probable, de M. Tholozan, reconnaissant que les germes cholériques dans l'Inde sont comme ceux de la scarlatine, de la variole, de la fièvre typhoïde, de la rougeole, et qu'ils ne sont pas créés de toute pièce à chaque nouvelle épidémie, alors la classification des épidémies cholériques sera grandement simplifiée, toutes les discussions interminables sur l'origine *primitive* ou *secondaire* des épidémies cesseront, et le dénombrement de ces grands phénomènes pourra se faire d'une manière rationnelle et régulière.

Tous les arguments dont on s'est servi pour prouver que les épidémies de choléra ne sont jamais primitives en Europe, on peut s'en servir également pour établir que le fléau ne naît jamais spontanément en Inde, de nos jours du moins, que jamais il n'y est réellement primitif, que toujours les épidémies y ont été précédées d'autres épidémies auxquelles elles se rattachent par des cas isolés ou par des périodes d'incubation. Et, en effet, après plus d'un demi-siècle d'observation, après les immenses documents rassemblés par le gouvernement anglais, documents que M. Tholozan a pu consulter dans leur ensemble, grâce à la bienveillante attention de la commission sanitaire de l'Inde, qui les a mis tous à sa disposition en 1873, malgré cette magnifique enquête si patiemment et si savamment poursuivie, il est encore douteux qu'il y ait actuellement dans l'Inde des épidémies primitives à distinguer d'autres épidémies simplement secondaires.

On pourrait donc, avec autant d'apparence de vérité, affirmer de l'Inde ce que la conférence internationale de Constantinople affirmait de l'Europe en ces termes : « Jamais on n'a vu une épidémie de choléra développée *primitivement* sur un point quelconque de l'Europe devenir l'origine, le foyer propagateur d'une épidémie envahissante. »

Voici comment on pourrait expliquer la genèse du choléra :

A une époque très-reculée de l'histoire, certaines parties de l'Inde seraient devenues le centre d'une ou de plusieurs petites épidémies, ou bien d'une endémie cholérique, dont on ne connaît pas la cause précise ; les germes déposés dans l'Inde s'y seraient perpétués par revivification après des incubations plus ou moins longues, comme les germes des maladies zymotiques dans nos pays. A certains moments, des épidémies, dépassant les limites ordinaires du fléau, l'auraient porté au loin, quelquefois dans le monde entier, et en auraient disséminé les germes.

Ces germes, soit dans l'Inde, soit dans d'autres contrées, parfois stériles, laisseraient périr avec eux la cause du mal ; quelquefois fertiles, ils créeraient des foyers propagateurs : en Perse, en Arabie, en Europe, aussi bien que sur les bords du Gange.

Le choléra peut dormir quelque temps. M. Briquet a prétendu que ces périodes de sommeil coïncidaient toujours avec l'hiver; mais ce n'est pas exact. Dans le cœur de l'Asie, à Samarcande, dans les pays très-chauds et très-secs, les intervalles d'apaisement des épidémies cholériques ont lieu plutôt durant l'été.

Quant aux mesures sanitaires à prendre contre le choléra, M. Tholozan n'en parle pas, ne croyant pas que, dans un sujet purement scientifique, on puisse avec avantage faire intervenir la pratique. Ces mesures sont toujours bonnes à prendre dans le doute. Mais la doctrine devrait toujours rester en dehors des préoccupations utilitaires. La science doit avoir la vérité pour seul objectif. M. Tholozan, reconnaissant combien les deux congrès de Constantinople et de Vienne ont influé sur l'opinion, s'attache à montrer que néanmoins un grand nombre d'auteurs sont restés convaincus de la perpétuité du germe cholérique, à la suite des épidémies, dans les pays envahis par elles. Il discute et repousse la théorie de M. Chauffard qui veut distinguer entre le choléra sporadique et le choléra asiatique, réservant pour ce dernier l'hypothèse de germes spécifiques, capables de se propager. Cette hypothèse, suivant lui, imaginée pour les besoins de la cause, ne suffirait pas, puisqu'on est toujours obligé de recourir à l'influence épidémique pour expliquer la diversité des phénomènes. Il faut bien admettre une force, une inconnue, jusqu'à présent incompréhensible, qui préside aux constitutions médicales.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le ministère de l'instruction publique vient de dresser l'état des grades de docteur et d'officier de santé conférés en France, de 1803 à 1873, par les facultés de médecine, les jurys médicaux et les écoles préparatoires de médecine.

Nous désignerons par la lettre D. les diplômes de docteur en médecine, et par la lettre O. les diplômes d'officier de santé.

Il a été délivré :

En 1803 : D. 429; O. 380. — 1804 : D. 394; O. 246. — 1805 : D. 132; O. 322. — 1806 : D. 267 ; O. 176. — 1807 : D. 213 ; O. 39. — 1808 : D. 225; O. 260. — 1809 : D. 84; O. 101. — 1810 : D. 199; O. 44. — 1811 : D. 224 ; O. 145. — 1812 : D. 272 ; O. 170. — 1813 : D. 277; O. 194. — 1814 : D. 362 : O. 246.

En 1815 : D. 520; O. 319, — 1816 : D. 330 ; O. 593. — 1817 : D. 381; O. 570. — 1818 : D. 413; O. 468. — 1819 : D. 413 ; O. 341. — 1820 : D. 400 ; O. 330. — 1821 : D. 375 : O. 311. — 1822 : D. 385; O. 272. — 1823 : D. 361 ; O. 265. — 1824 : D. 386 ; O. 289. — 1825 : D. 381 ; O. 331. — 1826 : D. 371 ; O. 269. — 1827 : D. 425 : O. 215. — 1828 : D. 403; O. 238. — 1829 : D. 434; O. 288. — 1830, D. 445 ; O. 258.

En 1831 : D. 444 ; O. 216. — 1832 : D. 441 ; O. 212. — 1833 : D. 517; O. 295. — 1834 : D. 590; O. 341. — 1835 : D. 558 ; O. 280. — 1836 : D. 562 ; O 305. — 1837 : D. 725 ; O. 331. — 1838 : D. 550 ; O. 379. — 1839 : D. 621 ; O. 315. — 1840 : D. 562; O. 274. — 1841 :

D. 416 ; O. 217. — 1842 : D. 395 ; O. 247. — 1843 : D. 393 ; O. 243. — 1844 : D. 373 ; O. 184. — 1845 : D. 332 ; O. 232. — 1846 : D. 283 ; O. 275. — 1847 : D. 365 ; O. 235. — 1848 : D. 341 ; O. 153. — 1849 : D. 301 ; O. 149. — 1850 : D. 363 ; O. 119. — 1851 : D. 435, O. 189.

En 1852 : D. 475 ; O. 205. — 1853 : D. 442 ; O. 223. — 1854 : D. 467 ; O. 287. — 1855 : D. 401 ; O. 173. — 1856 : D. 433 ; O. 170. 1857 : D. 415 ; O. 139. — 1858 : D. 457 ; O. 139. — 1859 : D. 422 ; O. 113. — 1860 : D. 351 ; O. 102. — 1861 ; D. 363 ; O. 101. — 1862 : D. 331 ; O. 120. — 1863 : D. 358 ; O. 115. — 1864 : D. 419 ; O. 106. — 1865 : D. 438 ; O. 93. — 1866 : D. 514 ; O. 94. — 1867 : D. 444 ; O. 76. — 1868 : D. 494 ; O. 74. — 1869 : D. 510 ; O. 77. — 1870 : D. 411 ; O. 56.

En 1871 : D. 308 ; O. 82. — 1872 : D. 603 ; O. 95. — 1873 : D. 583 ; O. 112.

En résumé, de 1803 à 1873, c'est-à-dire pendant l'espace de soixante-dix ans, on a reçu 28,807 docteurs en médecine, et 15,671 officiers de santé, soit 44,478 praticiens.

— Nous recevons la douloureuse nouvelle de la mort de M. le docteur Demarquay, mort lundi à Longueval (Somme), où ses obsèques auront lieu demain jeudi. Les amis de ce regretté confrère prendront à la gare du Nord le train de 7 heures 50 du matin pour la station d'Albert, où des voitures seront mises à leur disposition.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Léon Gros, ancien président de la Société de médecine de Paris. Notre savant confrère est mort subitement le 18 juin, à Montmorency. Il n'était âgé que de cinquante-deux ans.

— M. Bouchut, le 29 juin courant, jour de sa clinique habituelle des maladies des enfants, fera dans l'amphithéâtre de l'hôpital des enfants malades, rue de Sèvres, 149, à neuf heures, une conférence sur l'*ophthalmoscopie médicale* et la *cérébroscopie*. — A l'aide de projections lumineuses par la flamme du magnésium, il montrera les principaux types des lésions du nerf optique, de la rétine et de la choroïde produites par les maladies des méninges, du cerveau et de la moelle épinière.

— *École pratique*. — M. le docteur Landolt fait son cours public sur le diagnostic des maladies des yeux le samedi de 3 à 4 heures, à l'amphithéâtre n° 2.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 26 juin 1875, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour. — 1° Des bains et, en particulier, des bains froids dans la grossesse, par le docteur Antonin Martin. — 2° Discussion sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu. — 3° Vote sur la candidature de M. Bouloumié au titre de membre titulaire et sur celles de MM. F. Simon et Marcellin Cazaux, au titre de membre correspondant.

— *Erratum*. — Page 565, numéro du 19 juin, *au lieu de* : M. Sée présente deux observations dues à M. Félix Pasquier (de Roubaix), *il faut lire* Félix Paquet.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 74. — SAMEDI 26 JUIN 1875. 48e ANNÉE. SAMEDI 26 JUIN 1875. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Rapports de la chorée avec le rhumatisme.

A propos d'un passage de notre dernière Revue clinique, M. le docteur Loumaigne (de Riscle) nous a adressé les réflexions suivantes :

« Vous dites que M. Empis a vainement cherché, depuis que son attention a été appelée sur la question, la corrélation du rhumatisme et de la chorée. Il a toujours trouvé que le rhumatisme et la chorée reniaient chez ses malades toute parenté.

« Causant, il y a quelque temps, avec quelques confrères, de certaines singularités qui ont cours dans la science, sans que des voix autorisées s'élèvent contre elles, la parenté de deux choses aussi dissemblables que la chorée et le rhumatisme vint sur le tapis, et quoique, à nous tous, nous eussions vu pas mal de rhumatisants jeunes et vieux, pas un de nous n'avait eu la chance de mettre la main sur le phénomène de la métamorphose de la chorée en rhumatisme et *vice versa*. Évidemment ce n'est là qu'un fait inattendu et non pas un point doctrinal qu'on soit très-intéressé à vérifier ou à contredire, ce n'en est pas moins un fait capable d'étonner l'esprit d'analyse du médecin et surtout de l'étudiant, et quoique, comme le dit Grisolle, ce ne soit là qu'une hypothèse propagée par l'enseignement de M. Sée, il me semble qu'il serait bon de la démontrer ou de l'abandonner.

« Ce ne sont pas les rhumatisants qui manquent ni les choréiques non plus; que plusieurs observateurs sérieux fassent comme M. Empis et la question est jugée cliniquement. Il est certain que M. Sée a été fort bien ou, si l'on aime mieux, fort mal servi par le hasard pour trouver comme cause à la chorée, deux fois sur quatre, le rhumatisme. Il est même malheureux pour l'humanité que la diathèse rhumatismale, quand elle frappe les centres nerveux ou ses enveloppes, ne se contente pas de faire danser les malades *à la Saint-Guy* et qu'elle préfère produire des épanchements ou des fluxions dans les enveloppes séreuses, qui envoient maintes fois les patients dans l'autre monde.

« Avant de clore ces observations, j'accentuerai un point de pratique rurale qui doit frapper la plupart des jeunes médecins qui, comme moi, ont été attachés à un hôpital d'enfants à Paris; c'est l'extrême rareté de la chorée. J'en ai vu plusieurs cas chez mon maître, M. Bergeron, et j'ai en mémoire que les sujets qui en étaient porteurs étaient profondément anémiques. A la campagne l'anémie est beaucoup plus rare, surtout dans l'enfance : l'absence de cette cause et, sans doute aussi, l'absence de l'*onanisme*, autre cause puissante de chorée, expliquent pour moi l'extrême rareté de cette maladie dans la pratique rurale.

« Le rhumatisme y est au contraire aussi fréquent qu'en ville et, soit dit en finissant, puisqu'il n'y engendre pas de chorée, il serait bon d'expliquer pourquoi cette différence entre le rhumatisme *citadin* et le rhumatisme *rural*. »

Les questions sur lesquelles notre honorable correspondant demande une nouvelle enquête méritent, en effet, une attention sérieuse.

Certains points sont dès à présent bien établis dans l'étiologie de la chorée.

Ainsi l'influence d'un état chloranémique, au moins comme cause prédisposante, est incontestable. C'est un des cas où il convient de se rappeler l'aphorisme hippocratique : *Sanguis frenat nervos*. Le système nerveux entre en désordre quand son action n'est plus modéré par le sang.

Mais, ainsi que le fait remarquer avec raison M. Bouchut dans son *Traité pratique des maladies de l'enfance*, si cette cause était la principale et suffisait à elle seule, on devrait observer tout autant de chorées chez les petits garçons que chez les petites filles, « car, jusqu'à l'âge de la puberté, l'état général, la constitution chez les deux sexes, sont les mêmes ». Or la chorée est bien plus fréquente chez les filles que chez les garçons.

Il est vrai que le système nerveux est, en général, bien plus mobile, bien plus impressionnable dans le sexe féminin à tous les âges. Or qu'elle soit ou non préparée par l'anémie, en définitive, la chorée se rattache le plus souvent à un excès de mobilité, à un ébranlement du système nerveux.

Aussi les dépenses nerveuses exagérées, les sensations sexuelles prématurées, ainsi que le rappelle M. le docteur Loumaigre, l'onanisme et l'abus des plaisirs vénériens occasionnent-ils souvent des chorées opiniâtres.

On peut en observer en ce moment un exemple dans le service de M. Delpech à l'hôpital Necker, salle Sainte-Eulalie, n° 2.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt-trois ans, chez laquelle les excès vénériens succédèrent à des chagrins profonds et prolongés, dit-elle. Elle fut bientôt prise de mouvements choréi-

ques, qui allèrent en augmentant jusqu'à son entrée à l'hôpital, où elle est depuis plusieurs mois.

Aucune espèce d'antécédent rhumatismal n'a été constaté chez cette femme, et il ne paraît pas qu'il soit besoin de faire intervenir une diathèse pour expliquer l'apparition d'une névrose, alors que les forces nerveuses sont profondément épuisées.

L'hérédité, qui joue un si grand rôle dans la production d'à peu près toutes les névroses, les prédispositions de famille sont à mentionner à côté de la chloranémie et de l'épuisement nerveux.

Nous ne trouvons pas d'autre cause à invoquer chez une jeune fille de quinze ans, couchée salle Sainte-Adélaïde, n° 3, dans le service de M. Laboulbène, à l'hôpital Necker.

Chez cette malade, comme chez la précédente, la chorée s'est développée progressivement. Elle était surtout très-marquée du côté droit lorsqu'on a commencé le traitement, qui consiste en l'électrisation de la région rachidienne par les courants interrompus. Aujourd'hui, l'amélioration est déjà notable. Lorsque, vers la fin de l'année dernière, cette jeune fille commença à être choréique, elle se trouvait sous l'impression d'un violent chagrin. Elle avait perdu récemment sa mère, qu'elle aimait tendrement. Mais elle raconte qu'un de ses frères, beaucoup plus âgé qu'elle, avait eu aussi la chorée vers l'âge de quatorze ans. Or il faut noter qu'en effet l'apparition de la chorée est surtout fréquente durant l'adolescence et le développement de la puberté.

L'âge de quatorze ou de quinze ans pourrait donc fort bien convenir pour une manifestation toute naturelle d'une disposition héréditaire. Malheureusement les souvenirs de cette enfant ne nous permettent pas de remonter bien haut dans les antécédents de la famille.

Les faits des deux catégories que nous venons de voir n'offrent pas de difficultés.

Il en est de même de ceux de chorée succédant à la pneumonie, comme M. Bouchut en a observé un exemple, aux fièvres éruptives et continues, telles que la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc. Toutes ces maladies, suivant la remarque du judicieux observateur qui nous fournit cette énumération (1), « amènent pendant la convalescence un état chlorotique, et c'est sans doute à ce titre qu'elles favorisent l'apparition des mouvements choréiques. Ce sont des chorées anémiques ».

Mais la question devient plus compliquée quand c'est un rhumatisme aigu qui a précédé la chorée.

En voici un exemple :

Au numéro 8 de la salle Sainte-Eulalie, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Delpech, est entrée hier une jeune fille atteinte de chorée depuis plus d'un an.

Elle raconte que sa maladie l'a prise subitement à la suite d'une peur. Deux hommes se battirent sous ses yeux, le sang coula : à cette vue, elle perdit connaissance et, dès lors, devint choréique. L'état ne s'est pas aggravé depuis ce jour ; l'agitation n'est pas très-violente, elle affecte surtout les muscles des extrémités.

Si cette jeune fille n'avait jamais été rhumatisante, ce cas paraîtrait encore des plus simples.

En effet, on a signalé de tout temps, au nombre des causes efficientes de la chorée, les émotions vives et surtout la peur. M. Bouchut a insisté particulièrement sur ce point.

(1) *Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle, et de la seconde enfance*, par E. Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. — 6e édition. — Paris, 1873. P. 114.

« Il a vu, dit-il, la chorée se développer un ou deux jours après le moment où une jeune fille se promenant sur les bords du canal Saint-Martin avec son frère, le vit tomber dans l'eau et périr sous ses yeux. Dans un autre cas, ce fut chez une jeune fille qui, allant avec ses parents au Champ-de-Mars à une fête publique, se trouva devant les Invalides au moment où, sans s'en douter, on tira le premier coup de canon ; ailleurs, parce qu'une fille fut poursuivie, dans le corridor de sa maison, par un homme qui voulut l'embrasser ; ailleurs encore, parce qu'une jeune fille vit le cheval d'un garde de Paris s'abattre devant elle avec le plus grand fracas ; ailleurs, parce qu'une fille, entraînée à la Morgue par son frère, fut épouvantée par la vue d'un cadavre ; chez une autre, enfin, parce que, dans un escalier obscur, un homme la saisit dans ses bras sans lui faire aucun mal. »

Ainsi chez la jeune malade de M. Delpech, l'apparition de la chorée serait parfaitement explicable en l'absence de tout rhumatisme.

Mais elle avait eu des rhumatismes. Environ trois ou quatre mois avant le jour où elle fut effrayée, ayant habité durant longtemps un rez-de-chaussée obscur et humide, elle fut prise de douleurs, qui se faisaient sentir dans les jambes et notamment dans les genoux. Elle garda le lit pendant une des deux semaines : puis elle se crut parfaitement remise ; mais elle garda les traces d'une endocardite qui se manifeste par un bruit de souffle rude au premier temps, aussi intense vers la pointe que vers la base du cœur. La menstruation s'est établie dans l'intervalle de deux à trois mois qui sépara du commencement de la chorée la fin du rhumatisme aigu.

Tel est le fait le plus favorable à la théorie de M. Sée que j'aie trouvé en ce moment dans les services hospitaliers.

Un rhumatisme articulaire a existé ; c'est incontestable. Il avait produit une endocardite ; ce n'est pas douteux. Il avait aussi contribué à accentuer une anémie préexistante chez une enfant frêle, étiolée, mal nourrie, privée du grand air et du soleil.

Cette enfant, du reste, intelligente, impressionnable, présentait cette mobilité du système nerveux qui distingue les populations citadines. Elle était donc bien disposée à être ébranlée par un choc : et le choc a été violent.

Quelle influence a eu l'anémie ou la mobilité nerveuse ? Quel rôle faut-il attribuer à la diathèse rhumatismale ? Ne risque-t-on pas de transformer en relation de cause à effet une simple coïncidence ?

Il faut d'autres faits, en grand nombre, pour élucider la question.

Leucocythémie ou leucémie.

On ne s'entend plus sur ce qu'on nomme leucocythémie ou leucémie.

Autrefois le sens de ces mots paraissait très-clair. On les avait créés pour désigner certains états morbides dans lesquels le sang se chargeait d'une proportion beaucoup trop forte de globules blancs.

Il y avait bien l'inconvénient de désigner un ensemble morbide, une maladie, par un terme formé sur un symptôme qui pourrait également se rencontrer ailleurs : inconvénient grave que Trousseau conseillait toujours d'éviter le plus possible.

Mais on était convenu de réserver ce terme pour une seule espèce morbide, celle dans laquelle le phénomène qu'il rappelait restait permanent et avait le plus d'importance.

Aujourd'hui il s'agit de nommer leucémie ou leucocythémie

non-seulement la maladie en question, mais plusieurs autres, très-différentes, dans lesquelles jamais le sang ne contient plus de globules blancs qu'à l'état normal.

Si encore toutes ces espèces qu'on veut confondre se rapprochaient l'une de l'autre par leur marche, leur durée, leur pronostic prochain, leur physionomie pathologique, pour ainsi dire, on pourrait peut-être se résoudre à des définitions telles que celle-ci : le *mycosis est un genre de leucocythémie dont un des caractères est l'absence constante de toute leucocythémie.*

Mais quand on sait que cette logomachie a pour résultat de dérouter le praticien en lui faisant rapprocher à tort des maladies qui n'ont aucunement la même évolution, on se sent peu tenté d'applaudir à la hardiesse de cette œuvre de littérature médicale.

Avant d'étudier dans les détails l'article révolutionnaire que MM. Jaccoud et Labadie-Lagrave viennent de publier sur ce sujet dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*, il est bon de revoir en clinique les types auxquels on réservait jusqu'à présent le nom qu'ils généralisent.

La leucocythémie splénique est assez rare. En voici pourtant un exemple à observer en ce moment :

Dans le service de M. Audhoui, hôpital Temporaire, salle Sainte-Geneviève, nº 6, se trouve depuis quelques mois un homme de quarante-quatre ans, de robuste carrure, d'apparence énergique, dont la maladie aurait débuté, raconte-t-il, au moment du siége. Il exerçait alors la profession de serrurier.

Il s'est d'abord aperçu qu'il s'affaiblissait, que son appétit diminuait, et que son ventre augmentait de volume. Tous ces symptômes allèrent en croissant peu à peu. Enfin la faiblesse devint telle que le travail ne fut plus possible; et il fallut entrer à l'hôpital.

A ce moment le ventre était énorme ; il existait un peu d'ascite ; mais surtout on constata que la rate et le foie avaient augmenté de volume dans une proportion considérable. Aucun antécédent de fièvre intermittente.

On examina au microscope un peu de sang : on y trouva une quantité inusitée de leucocytes. Le nombre absolu des globules blancs dans un volume déterminé de sang et la relation de ce nombre avec celui des globules rouges ne purent pas être précisés, faute d'un appareil à numération ; mais ces globules étaient nombreux dans le champ du microscope, et à première vue on reconnaissait qu'il y avait bien là surabondance de leucocytes, *leucocythémie.*

Le malade n'accusait pas de souffrances proprement dites. Il avait depuis quelque temps de très-fréquentes hémorrhagies nasales, heureusement peu abondantes, qui revenaient surtout la nuit. Il présentait une teinte ictérique très-accusée, les urines étaient abondantes. On s'assura qu'elles ne renfermaient ni albumine ni sucre. Il y avait peu d'appétence, mais la digestion se faisait bien.

Depuis l'entrée à l'hôpital, il s'est fait peu de changements. Pourtant, l'ascite a disparu, et l'accablement, la faiblesse, paraissent peut-être un peu moins grands. La teinte ictérique a persisté. Le foie est gras, il déborde les côtes de 7 centimètres. Pour en atteindre le bord, il faut avoir soin de repousser les anses intestinales qui s'interposent entre lui et la paroi abdominale. La rate est énorme : elle remplit l'hypocondre gauche, déborde les côtes de 12 centimètres environ, et s'étend transversalement jusqu'à 3 centimètres de la ligne médiane.

Les épistaxis ont continué à peu près toutes les nuits, mais très-peu abondantes. Il y a une quinzaine de jours, les jambes s'étaient couvertes de taches de purpura, qui sont maintenant effacées. Auscultant le cœur, on perçoit à la base un très-léger prolongement du premier bruit. Il n'y a jamais eu d'œdème des extrémités inférieures; la circulation abdominale paraît peu gênée, car les veines superficielles ne sont point encore très-dilatées. Aucun des traits fondamentaux de la maladie ne fait complétement défaut chez cet homme, bien que l'évolution en paraisse plus lente que d'ordinaire.

L'affaiblissement est très-marqué : c'est à peine si cet homme, encore bien musclé, peut faire quelques pas de suite. Il s'essouffle facilement et est certainement anémique, bien qu'il mange beaucoup et digère à merveille. A côté de ces phénomènes, communs à toutes les maladies cachectiques, il présente à un haut degré l'hypertrophie caractéristique de la rate et même du foie.

Le nom de leucocythémie est motivé chez lui par une augmentation dans la proportion relative des leucocythes sanguins.

Enfin il est sujet à des hémorrhagies répétées : et c'est encore un des symptômes les plus habituels de la forme de cachexie que nous venons d'examiner.

Dr Victor REVILLOUT.

ABCÈS DU SINUS MAXILLAIRE

ET CARIE DE L'OS MAXILLAIRE SUPÉRIEUR ; GUÉRISON

par le docteur BOUCHUT.

Une enfant de deux mois fut prise de coryza, et du côté de la narine gauche il se fit un écoulement purulent épais. Au bout de deux jours, l'inflammation passant par les conduits lacrymaux, occasionna une conjonctivite grave, et le lendemain je vis un abcès de la gencive au niveau de la canine gauche, cet abcès s'ouvrit et jeta du pus pendant deux jours.

Peu après, le rebord du maxillaire se ramollit, puis un second abcès se montra au fond de la bouche sur le bord alvéolaire, enfin tout le maxillaire se ramollit et fit partie du foyer. Le stylet appréciait un ramollissement considérable de l'os.

C'était une carie du maxillaire consécutive à une inflammation de la muqueuse nasale ayant pénétré dans le sinus de cet os.

J'ai vu cette enfant en consultation avec le docteur Péan, et après avoir ouvert le foyer, fait des injections émollientes et prescrit du sirop de phosphate de chaux, l'enfant a guéri.

ÉTUDE SUR LA RUPTURE DU LIGAMENT ROTULIEN (1)

Par le docteur BLACHER.

Si nous comparons la rupture du ligament rotulien à celle du tendon rotulien, nous trouvons des signes diagnostiques différentiels bien tranchés et tirés surtout de la situation de la rotule. Dans la rupture complète du ligament rotulien, la rotule est remontée; dans la rupture du tendon rotulien, elle s'abaisse plutôt un peu, et en tout cas elle éprouve un mouvement de bascule produisant une saillie de son angle supérieur et donnant la sensation de ce qu'on appelle le *coup de hache* à la partie inférieure de la cuisse, c'est-à-dire un vide brusque plus ou moins large, séparant le bout du droit antérieur de l'extrémité supérieure de la rotule, suivant que la rupture a été plus ou moins complète.

On peut dire d'une manière générale que la rupture du tendon est moins souvent complète que celle du ligament, ce que

(1) Fin. — Voir les numéros des 19, 22 et 24 juin.

ce que l'on comprend bien quand on envisage les dimensions du premier, doubles pour ainsi dire de celles du second, et ses unions aponévrotiques plus intimes avec les muscles congénères. Si les signes objectifs sont différents dans les deux cas, on trouve en revanche les mêmes signes rationnels et physiologiques. L'épanchement articulaire semble cependant plus considérable dans la rupture du tendon rotulien; cela peut être dû à ses rapports plus étendus avec la synoviale articulaire qui causent une hydarthrose aiguë ordinaire dans cet accident. Effectivement, dans onze cas, la rupture du tendon rotulien s'est faite au niveau du bord supérieur de la rotule, dans deux cas à deux centimètres de ce bord, et dans cinq cas à quatre ou cinq centimètres au-dessus; or la synoviale, remontant presque toujours à cinq ou six centimètres au-dessus de la rotule, a donc toujours été sinon rompue, du moins contusionnée. Les fibres musculaires, propres à la synoviale et destinées à empêcher son pincement, peuvent du reste, par leur contraction, favoriser la rupture de cette poche.

L'hydarthrose aiguë consécutive à la rupture du ligament rotulien est moins considérable, mais elle laisse également des traces se traduisant par de l'épanchement, souvent long à se résorber. Pour ma part, je présente au-dessous de la rotule un boursouflement qui n'est autre chose qu'un épanchement synovial non résorbé.

Comme cause productrice de la rupture du tendon rotulien, nous voyons encore intervenir, de préférence à toute autre, la contraction musculaire.

Sous le rapport du pronostic, cette lésion sera moins favorable que la rupture du ligament rotulien, car sur vingt-deux cas de rupture sus-rotulienne réunis dans le mémoire de M. Binet, nous trouvons neuf boiteux consécutivement et treize sujets considérés comme guéris, mais avec roideur du membre et difficulté à marcher sur un plan incliné.

Si nous abordons le traitement des ruptures du ligament rotulien, nous trouvons des indications curatives tirées des symptômes immédiats et des symptômes qu'on peut appeler consécutifs, c'est-à-dire des infirmités consécutives que l'on doit s'efforcer de prévenir. Les premières auront trait à combattre l'inflammation extra ou intra-articulaire résultant du traumatisme. Les secondes auront pour but de favoriser la réunion des deux bouts du ligament, à prévenir son élongation et surtout son défaut de réunion, enfin à empêcher la roideur articulaire et même l'ankylose.

Les symptômes inflammatoires n'ont pas toujours la même intensité et n'exigeront pas toujours des moyens de répression aussi énergiques. Le traitement antiphologistique n'a jamais comporté les émissions sanguines, mais on a obtenu les meilleurs résultats des irrigations froides continues. Il faut joindre à cela la situation du membre favorisant le rapprochement des deux extrémités tendineuses. La meilleure situation sera celle d'un plan incliné du pied à la racine de la cuisse, résultat qu'on obtiendra facilement avec une gouttière métallique rembourrée de ouate et garnie de taffetas gommé si l'on fait des irrigations. Ainsi que dans les fractures du col du fémur, il y a nécessité à fixer le pied par quelques tours de bande, non pour éviter sa chute en dehors, mais pour éviter les désordres apportés à la position par des contractions musculaires brusques. Pour la même raison, on fera bien d'entourer la gouttière et la cuisse de quelques circulaires qui garantiront l'immobilité. Le genou sera laissé à nu pour faire les irrigations ou les pansements locaux. Il faut aussi prendre soin de bien garnir sous le jarret, car il y a une fatigue rapide causée par l'extension continue.

Cette période inflammatoire a rarement dépassé quinze jours, car elle s'est presque toujours terminée par résolution. Il faut à ce moment tenter de fixer la rotule à sa place normale et, en même temps, continuer à garantir l'immobilité pour un temps encore long. On arrive à ce résultat par les bandages inamovibles dextrinés, silicatés, plâtrés, etc... appliqués de différentes façons. Pour maintenir la rotule à sa place et prévenir l'élongation du ligament, les uns ont eu recours au bandage des plaies en travers, d'autres au bandage en huit de chiffre avec coussinet à la partie supérieure de la rotule, d'autres au simple bandage de Scultet.

Malgré toutes ces précautions l'élongation du ligament est fréquente dans la rupture complète, et cela s'explique facilement, car la moindre contraction musculaire de la cuisse tend à éloigner les deux bouts du tendon en présence, et, par suite, la coaptation n'est jamais parfaite. On peut donc dire d'une manière générale que l'élongation est la règle dans la rupture complète, mais elle se corrige avec le temps, et j'en ai eu la preuve pour moi-même. Effectivement, dans les premières semaines où je commençais à marcher, il m'arrivait assez souvent, en posant le pied, d'avoir un mouvement brusque de flexion, et cela ne se produit plus.

La roideur articulaire existe toujours au lever du bandage; elle peut même sembler effrayante au médecin qui se trouve pour la première fois en face de pareil cas. Cette roideur a donné lieu à des discussions importantes pour savoir si elle ne pouvait pas aller jusqu'à l'ankylose et, dans cette prévision, pour fixer l'époque à laquelle on devait imprimer de légers mouvements à l'articulation sans nuire à la consolidation. Un seul fait cité par M. Bourguet note une roideur articulaire persistante jointe à une brièveté trop grande du ligament. Cette brièveté du ligament se retrouve dans l'observation III. Deux faits, dont l'un de Baudens, prouvent la possibilité d'une ankylose, et encore il y avait tumeur blanche causée par une arthrite violente, par conséquent il n'y a rien d'assimilable à une roideur articulaire causée par l'immobilité, et cela n'autorise pas l'opinion, émise par ce chirurgien, d'imprimer des mouvements à l'articulation dès le vingtième jour. Quand on songe que, d'une part, les mouvements communiqués trop tôt à l'articulation, dans le but d'empêcher la roideur, peuvent causer l'absence de soudure du ligament; que, d'autre part, la roideur articulaire succédant à une immobilité de plusieurs semaines et même de deux à trois mois, est toujours facile à combattre, il semble plus sage de se livrer à la pratique de l'immobilisation prolongée dans les limites moyennes de six à huit semaines. A cette époque la roideur pourra être combattue par des mouvements combinés de flexion, en même temps que par les massages, douches, etc... qui auront aussi l'avantage d'aider à la résorption des épanchements plastiques et séreux persistants. Les essais de marche faits avec précaution, après avoir muni l'articulation d'une genouillère permettant des mouvements graduellement étendus, combattront souvent assez efficacement la roideur.

Quant à l'accident le plus grave après l'ankylose, c'est-à-dire l'absence de soudure et consolidation du ligament, il ne s'est produit qu'une fois dans une observation de M. Boinet, et le malade est resté infirme. Dans un cas menaçant de se terminer de la même façon, M. Guérin pratiqua au deuxième mois l'avivement des bouts tendineux par la méthode sous-cutanée et réussit complétement à prévenir l'infirmité. Cet accident peut s'expliquer par un défaut de coaptation favorisé par l'inégalité des surfaces mises en présence ou par leur éloignement, et peut-être plus encore par un vice de nutrition produisant un défaut

d'organisation de la lymphe plastique. Un cas cité par Dupuytren, dans lequel le malade est resté infirme, semble un fait de non-consolidation causée par un épanchement synovial abondant. On comprend, en effet, que dans pareil cas les deux bouts du ligament soient soulevés et écartés l'un de l'autre par le liquide. On pourrait en tirer une conclusion d'importance, savoir : qu'il ne suffit pas d'abaisser la rotule pour mettre les deux extrémités du ligament en présence, mais qu'il faut encore exercer une compression en avant pour empêcher autant que possible l'épanchement synovial et, par suite, la projection des bouts tendineux qui entraînerait la non-consolidation ou l'élongation consécutive.

En dehors de la méthode de l'avivement sous-cutané, il ne reste, pour parer à l'infirmité résultant du défaut de suture, que les appareils prothétiques indiqués par M. Broca et exécutés par MM. Charrière et Mathieu, appareils remédiant à l'infirmité qui consiste a été privé des mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse.

CONCLUSIONS.

1° La rupture du ligament rotulien existe en tant que rupture sans arrachement osseux.

2° Elle est produite bien plutôt par la contraction musculaire que par la flexion forcée de l'articulation.

3° Elle peut être complète ou incomplète.

4° Elle se fait par ordre de fréquence : à l'insertion tibiale, à l'insertion rotulienne, à la partie moyenne.

5° Elle est plus fréquente que la rupture du tendon rotulien et moins grave.

6° Ses modes de terminaison sont : la guérison radicale dans la majorité des cas, fréquemment guérison relative avec élongation du ligament, rarement absence de soudure ou ankylose, rarement brièveté trop grande du ligament.

7° Ses complications possibles sont : l'arthrite, peu fréquente, plus souvent l'hydarthrose chronique succédant à l'hydarthrose aiguë, qui est la règle.

8° Son mode de traitement comprend trois périodes : la première destinée à combattre les accidents inflammatoires, comportant rarement les émissions sanguines, mais toujours l'immobilité dans l'extension, les émollients ou les affusions froides ; la deuxième période consiste à faciliter l'affrontement des deux bouts du ligament et à le maintenir au moyen de bandages inamovibles construits de façon à abaisser la rotule qui, dans la rupture complète, a toujours tendance à remonter, et à prévenir ainsi l'élongation du ligament ; la troisième période consiste à traiter la roideur articulaire et à faire les premiers essais de marche.

On peut donc donner comme durée : deux à trois semaines à la première période, cinq à six semaines à la deuxième, trois à quatre semaines à la troisième ; somme toute, le blessé pourra marcher d'une façon assez régulière au bout de trois à quatre mois, et les défauts de la marche se corrigeront peu à peu les mois suivants, mais souvent sans que le blessé retrouve toute la sûreté et la solidité de ses membres inférieurs.

KYSTES HYDATIQUES DU POUMON ET DE LA PLÈVRE

ÉTUDE CLINIQUE (1)

par le docteur Hearn.

Conclusions. — Les kystes hydatiques intra-thoraciques donnent lieu à deux ordres de symptômes, les uns locaux, les autres généraux.

(1) In-8°. — Prix : 4 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Symptômes généraux. — Une toux sèche, quinteuse et spasmodique au début, accompagnée plus tard d'une expectoration de nature variable ; une dyspnée dont les progrès se trouvent liés au développement du kyste ; des hémoptysies d'abord légères, plus tard abondantes ; ces dernières précèdent de peu ou accompagnent la rupture du kyste. Une douleur persistante du côté du kyste et parfois une sensation spéciale de corps étranger dans la poitrine ; une dépression des forces peu en rapport avec les apparences de santé que présente le malade ; la fièvre et les sueurs nocturnes sont peu prononcées.

Symptômes locaux. — Le kyste soulève souvent la paroi thoracique et détermine une voussure globuleuse caractéristique ; le kyste diminue ou abolit la transmission aux parois thoraciques des vibrations de la voix ; matité dont les limites dessinent les contours du kyste, lorsque ce kyste est en rapport avec le paroi thoracique ; suivant la situation du kyste, absence ou diminution du bruit respiratoire à son niveau ; dans son voisinage inspiration puérile ou même bronchique, et transmission exagérée de la voix. Egophonie très-rare, au bout d'un temps variable, expectoration pathognomonique soit d'un liquide clair et transparent, soit de membranes, soit de crochets.

Les kystes hydatiques intra-thoraciques sont fréquemment confondus avec la tuberculose et les épanchements pleurétiques. — Ils se distinguent de la tuberculose par la lenteur de leur marche, la conservation d'un état général satisfaisant, le siége des phénomènes locaux et la netteté de leurs limites, la forme des hémoptysies, l'intensité croissante de la dyspnée, le caractère quinteux et spasmodique de la toux, la présence de kystes semblables dans d'autres organes, et enfin par l'expectoration d'hydatides. — Ils se distinguent des épanchements pleurétiques par leurs modes de début, par la forme de la matité, la persistance de la douleur, l'intensité croissante de la dyspnée, la voussure globuleuse, l'absence d'égophonie.

Les statistiques d'Europe, où l'on abandonne en général la guérison à la nature, nous donnent une mortalité des deux tiers environ. En Australie, où ces kystes sont très-communs et où l'on intervient chirurgicalement, le pronostic paraît moins fâcheux.

Le traitement médical est sans influence sur le kyste lui-même. Le traitement chirurgical doit être employé aussitôt que le diagnostic est probable ; il consistera soit dans des ponctions, soit dans l'application des courants continus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 juin 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine et une brochure de M. le docteur Goux, intitulée : *Du traitement de la goutte, de la gravelle, de la pierre et du diabète.*

M. le Président annonce à la société la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Demarquay, décédé à Longueval (Somme).

La société décide que la séance de ce jour n'aura pas lieu, en signe de deuil. Une députation la représentera aux obsèques qui se feront le jeudi 24 juin.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

La Rochelle, 22 juin 1875.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire dans votre savante *Gazette* le compte rendu du rapport fait à la Société de chirurgie, au sujet de mon forceps et de

l'appareil à tractions mobiles et continues, que j'avais présentés le 11 novembre 1874 à la susdite société. Qu'il me soit permis de dire que je n'accepte pas le jugement porté sur mon forceps, duquel, le porte-mousqueton à rotation et la barre supplémentaire, *sont inséparables*. Je n'accepte pas, surtout, la triple appréciation que M. Blot a donnée de cet instrument. J'y suis autorisé par des faits que je publierai par la suite, faits qui me permettent dès aujourd'hui de maintenir rigoureusement les conclusions de la communication que j'ai remise à la Société de chirurgie en lui présentant mon appareil obstétrical.

C'est dire par anticipation, que je repousse, dans beaucoup de cas, l'intervention du céphalotribe, toutes les fois qu'elle peut être conjurée. Moi, aussi, je me suis servi, avec plein succès, de ce barbare instrument, et par cela même, j'ai reconnu qu'il y avait mieux à faire que de le perfectionner.

Au reste, l'illustre M. Pajot a bien voulu, avec sa bienveillance habituelle, m'offrir de faire connaître, à son cours, mon appareil obstétrical. Je me permettrai de profiter de cet honneur, non sans une sincère humilité.

Je serai donc bien heureux si je puis, en présence d'un nombreux auditoire, mériter l'ombre d'une approbation pour mon travail, qu'un célèbre accoucheur de Paris a honoré de cette appréciation, aussi loyale que généreuse : qu'il est un progrès en obstétrique.

Veuillez, etc. E. Pros.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

131. Hamon. De la dysentérie dans les campagnes bretonnes, essai sur les causes et le traitement.
132. Gourgeaux. Contribution à l'étude de l'écraseur linéaire, quelques cas d'amputation avec cet instrument.
133. Grodvolle (de Strasbourg). Contribution à l'étude des altérations du foie dans l'alcoolisme.
134. Szerlecki. Essai sur la physiologie pathologique et sur le traitement des délires causés par l'abus des médicaments dystrophiques dits d'*épargne*.
135. Bonnarel. De l'anévrysme variqueux spontané de la crosse de l'aorte communiquant avec la veine cave supérieure.
136. Feytaud. Recherches sur la pathogénie de l'urticaire qui complique les kystes hydatiques.
137. Merly. Considérations sur la bronchite herpétique.
138. Durdos. Des accidents nerveux tardifs dans la convalescence de la fièvre typhoïde.
139. Gaucher. La phthisie pulmonaire dans l'armée française.
140. Cathala. Des fractures du crâne et en particulier du rocher.
141. Lenepveu de Carfort. Du délire dans le cours de la fièvre typhoïde.
142. Noulis. Entorse du genou.
143. Lemaire. De l'emploi thérapeutique du phosphore dans quelques affections du système nerveux.
144. Joal. Essais médicaux sur les eaux du Mont-Dore.
145. Dubergé. Contribution à la géographie médicale. Quelques considérations sur les complications des plaies à la Guyane française.
146. Pathault. Des proprietés physiologiques du bromure de camphre (camphre monobromé de Wurtz) et de ses indications thérapeutiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Si nous sommes bien informés, la Faculté de médecine de Montpellier vient de présenter en première ligne M. Dubrueil, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, pour la place de professeur de clinique chirurgicale actuellement vacante par la mort de M. Moutet.

— Le Muséum vient de faire une perte considérable dans la personne de M. le professeur Deshayes, dont les travaux sur la conchyliologie sont si appréciés du monde savant. M. Deshayes était presque octogénaire.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Bouchardat, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de chimie.

M. le docteur Charpentier, agrégé, est chargé, pendant le deuxième semestre de l'année 1874-1875, du cours clinique des élèves sages-femmes.

M. Gariel, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de physique.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Jacquemet, agrégé, est rappelé à l'activité pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1874-1875.

— *École de médecine d'Alger.* — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'histoire naturelle, de chimie et de pharmacie, sera ouvert près ladite école le 3 avril 1876.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Bor, suppléant de chimie, est nommé professeur adjoint de chimie et de pharmacie.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Chapoy, docteur en médecine, est institué chef des travaux anatomiques, pour une période de six années.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Deroye, docteur en médecine, est institué chef des travaux anatomiques pour une période de six années.

— *École de médecine de Lille.* — M. Denon, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques pour une période de six années.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Papon, pharmacien de première classe, est institué suppléant des chaires de chimie et de pharmacie pour une période de six années.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Charles Ménier, pharmacien de première classe, est institué suppléant de la chaire d'histoire naturelle et de matière médicale pour une période de six années.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Poirault, pharmacien de première classe, est nommé professeur adjoint d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Lefeuvre, docteur en médecine, suppléant d'anatomie et de physiologie, est institué chef des travaux anatomiques pour une période de six années.

— Si l'on compare le personnel médical français existant sous le règne de Louis-Philippe, sous celui de Napoléon III, et le 31 décembre 1874, on obtient les résultats suivants :

En 1847, on comptait en France, 18,099 praticiens, non compris ceux qui, à cette époque, exerçaient en Algérie.

En 1853, leur nombre était de 18,110, y compris 58 praticiens algériens. En 1857, ce chiffre n'était plus que de 17,555. En 1866, il y avait en France, 11,595 docteurs en médecine et 5,729 officiers de santé, soit au total 17,420 y compris les hommes de l'art qui exerçaient alors au nombre de 303 dans les départements cédés en 1871 à l'Allemagne.

En 1874, il n'existe plus sur notre territoire que 10,849 docteurs et 4,219 officiers de santé; ensemble 15,068 praticiens, soit une diminution totale de 1,953 praticiens dont 543 docteurs et 1,410 officiers de santé, défalcation faite du département du Bas-Rhin, et des parties des départements du Haut-Rhin, de la Meurthe, de la Moselle, qui nous ont été enlevées à la suite de la dernière guerre.

— *Excursions scientifiques.* — M. Daubrée, professeur au Muséum, en son absence M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, fera sa prochaine excursion géologique, le dimanche 27 juin 1875, à Longjumeau, Palaiseau et Orsay. — On se réunira à la gare d'Orléans où l'on prendra à neuf heures vingt le train pour Savigny-sur-Orge.

M. le professeur Chatin, directeur de l'École de pharmacie, fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 4 juillet, dans les bois d'Yvette et la vallée de Chevreuse. Le rendez-vous aura lieu à

la gare de l'Ouest (Montparnasse), à sept heures et demie pour le train partant de Paris à huit heures pour la station de La Verrière.

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. le docteur Lailler commencera des conférences sur les teignes le mardi 29 juin à neuf heures, pavillon Saint-Matthieu, et les continuera les mardis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouvelle Géographie universelle; la terre et les hommes, par Élisée Reclus. — Cet ouvrage contiendra environ 2,000 cartes intercalées dans le texte ou tirées à part, et plus de 600 gravures sur bois; sera publié par livraison hebdomadaire de 16 pages, gr. in-8°, au prix de 50 centimes la livraison. L'ouvrage complet formera environ 500 livraisons. — Les sept premières livraisons sont en vente. — Paris, Hachette et Ce.

Manuel d'accouchements, comprenant la pathologie de la grossesse et les suites de couches, par le docteur Carl Schröder, professeur d'obstétrique et directeur de la Maternité à l'université d'Erlangen; traduit de l'allemand sur la 4e édition et annoté par le docteur A. Charpentier, ancien chef de clinique d'accouchements, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol. gr. in-8° de VIII-744 pages avec 155 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — G. Masson.

Manuel d'ophthalmoscopie. Diagnostic des maladies profondes de l'œil, par M. le docteur Daguenet, médecin-major de l'armée, ancien chef de clinique ophthalmoscopique.— 1 vol. in-18, 168 pages avec figures dans le texte et une échelle typographique, cartonné à l'anglaise. Prix : 4 francs. — G. Masson.

Des phlegmons angioleucitiques du membre supérieur, angioleucite, phlegmons diffus et circonscrits, abcès profond de l'avant-bras, phlegmons et abcès de la paume de la main, panaris, par le docteur H. Chevalet. — In-8° avec 2 planches. Prix : 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Leçons sur la structure et les maladies du système nerveux, par J. Luys, médecin de la Salpêtrière; recueillies par J. Dave, interne du service. — Paris, 1875, 1 vol. in-8° de 78 pages. Prix : 3 francs. — J. B. Baillière et fils.

De l'innocuité relative des accouchements chez les primipares âgées, par le docteur Alexandre Coccio. — In-8° de 64 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1875, A. Delahaye.

Mécanisme de l'action de la quinine sur la circulation. Recherches expérimentales exécutées au Muséum d'histoire naturelle, par le docteur V. Chirone. — In-8° de 68 pages. — Prix : 1 fr. 50. — G. Masson.

Leçon sur la balano-posthite et le phimosis symptomatique des chancres infectants, par le docteur Charles Mauriac. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Des paraplégies hyperémiques et ischémiques traitées par l'hydrothérapie, par le docteur Delmas (de Bordeaux). — Paris, 1875, in-8° de 50 pages. Prix : 1 fr. 25.

De la compression de l'aorte dans les hémorrhagies graves après l'accouchement, par le docteur Léon Gros.— Paris, 1875, in-8° de 39 pages. Prix : 1 fr. 25. — Octave Doin.

Études sur certaines modifications dans la sécrétion urinaire consécutives à l'hémorrhagie cérébrale, par le docteur Aug. Ollivier. — In-8° de 30 pages. Prix : 1 franc. — — G. Masson.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 75. — MARDI 29 JUIN 1875. 48e ANNÉE. MARDI 29 JUIN 1875. — N° 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL COCHIN. — M. Desprès.

Du diagnostic et du traitement des épiplocèles et des entéro-épiplocèles étranglées.

Leçon recueillie par M. Marchant, interne du service.

Messieurs, pendant les années précédentes, il ne se passait pas de mois, à l'hôpital Cochin, où nous n'ayons à opérer une hernie étranglée. Le sort semble nous avoir moins favorisé cette année, puisque depuis le mois de janvier, et sur cinq cas de hernie étranglée, nous n'avons eu à intervenir chirurgicalement qu'une seule fois : cependant les faits qui se sont présentés n'en sont pas moins très-instructifs; c'est sur eux que je veux revenir aujourd'hui avec vous, car leur étude vous permettra de bien poser les règles de l'intervention ou de l'abstention du chirurgien en présence d'une hernie étranglée.

Nos observations se répartissent ainsi : trois fois nous avons eu à traiter trois épiplocèles étranglées; dans les deux autres cas, il s'agissait d'entéro-épiplocèle, une fois, et d'entéro-épiplocèle, réduite en ville et suivie de défaut de rétablissement du cours des matières. Je n'insisterai pas sur ce dernier fait, dont vous avez vu seulement la fin, la guérison de la malade après diverses péripéties.

Voici d'abord les deux observations d'épiplocèles étranglées :

Obs. I. — Le premier de nos malades, le nommé L... F..., vingt-huit ans, ouvrier plombier, est entré dans le service le 14 janvier : il était atteint, depuis l'âge de quinze ans, d'une hernie inguinale droite, qu'il avait sans cesse maintenue avec un bandage. Le 13 février 1873, cette hernie devint irréductible et s'accompagna de phénomènes d'étranglement qui nécessitèrent son entrée à l'Hôtel-Dieu; il fut opéré par un chirurgien du bureau central, dont il ne se rappelle pas le nom, et guérit; le seul souvenir du malade, c'est qu'il resta en dehors de la plaie de l'épiploon, qui se flétrit sous l'influence de cautérisations successives, et qu'après un séjour de trois mois et demi, il quitta l'hôpital, ne conservant qu'une petite tumeur du volume d'une noisette (restes probables de l'épiploon).

F... porta de nouveau un bandage, et il n'avait jamais éprouvé d'accidents, lorsque le jeudi 14 janvier, à la suite de repas copieux, mais sans se livrer à aucun effort, il ressentit une douleur très-vive et subite dans la région inguinale droite, et la petite tumeur acquit le volume du poing. Il lui fut impossible d'aller à son travail, et *six heures* après le début des accidents, premier vomissement en partie alimentaire. Il entre à Cochin le jour même. Vous vous rappelez tous cette tumeur peu douloureuse, ayant un très-petit pédicule, donnant une sensation pâteuse... Je diagnostiquai une épiplocèle étranglée, malgré l'absence de gardes-robes, l'inappétence et les vomissements.

Un bain d'une heure, des opiacés, des applications locales de cataplasmes, de la glace sur le ventre, furent prescrits d'abord, et le taxis pratiqué par l'interne de garde étant resté sans aucun résultat, je fus appelé et je prescrivis exclusivement les cataplasmes.

Les vomissements bilieux se reproduisirent, à plusieurs reprises, mais à assez long intervalle les uns des autres; pendant le jour qui suivit, les douleurs devinrent très-vives à un moment donné, il y eut même du ballonnement du ventre, lorsque vers deux heures du matin, dans la nuit du 17 janvier, c'est-à-dire soixante-quatorze heures après le début des accidents, la tumeur, qui s'était notablement affaissée, se *réduisit spontanément*. Le malade éprouva un soulagement immédiat, et une débâcle eut lieu quelques minutes après.

Les jours suivants, il ne se présenta rien de notable, et le 23 janvier il quittait Cochin complétement rétabli, ne portant plus de traces de sa hernie épiploïque.

Obs. II. — La seconde observation concerne le malade entré le 3 mai, et qui était couché au n° 21 de la salle Cochin.

Le nommé F..., vingt-huit ans, cambrurier, portait depuis deux ans à l'aine gauche une grosseur du volume d'une noisette, et dont il rapportait l'existence à un effort qu'il avait fait pour soulever un fardeau. Le 2 mai, vers neuf heures du soir, étant en état d'ivresse, ce malade a éprouvé des douleurs de ventre, et il s'est aperçu d'une grosseur dans l'aine. Un premier vomissement se produisait vers deux ou trois heures; à huit heures le malade rejetait du lait qu'on lui avait donné à boire.

Amené à l'hôpital au moment de la visite, vous avez pu constater dans la région inguinale gauche la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule, pas très-douloureuse, à pédicule peu large, faussement fluctuante : je diagnostiquai une épiplocèle étranglée avec un peu de liquide dans le sac, je prescrivis le taxis. J'ordonnai un bain, des cataplasmes sur la hernie et de l'opium. Un vomissement bilieux eut lieu encore dans la journée du 3 mai, mais la petite tumeur devenait moins tendue.

Le 4 mai, nouveau vomissement bilieux; quelques gaz sont rendus par l'anus. Vers quatre heures, exacerbations dans les douleurs, nouveaux vomissements : l'interne de garde est mandé, et il pratique une piqûre de morphine; à six heures du soir, le même jour, c'est-à-dire quarante-quatre heures après le début des accidents, cette petite masse se réduisait spontanément. Selles copieuses une demi-heure après cette réduction.

Obs. III. — La nommée V... D..., cinquante-deux ans, blanchisseuse, portait depuis de longues années une hernie inguinale habi-

tuellement mal contenue par un bandage qui était placé de temps en temps. Le 22 avril, à trois heures de l'après-midi, après avoir lavé, la malade a remarqué que sa hernie ne rentrait point et la faisait souffrir; à onze heures les vomissements parurent, alimentaires d'abord, puis bilieux.

Le 23, la malade avait rendu quelques gaz par l'anus, il y eut de nouveaux vomissements bilieux. Un médecin appelé fit des tentatives de réduction qui restèrent sans résultat, la tumeur ne diminua pas, et la malade continua à vomir.

Le 24, la malade entre à l'hôpital Cochin à onze heures du matin; elle vomissait encore et se plaignait de coliques. La hernie avait le volume d'une pomme, elle était fluctuante, et son pédicule était étroit, il n'y avait point de sensibilité vive au niveau du pédicule.

Je diagnostiquai sans hésiter une épiplocèle étranglée depuis deux jours et sur le point de se réduire.

Un grand bain d'une heure est administré à la malade, et à deux heures l'interne de garde, que j'avais chargé de ce soin, rentra sans difficulté et *presque sans le vouloir,* la hernie.

La malade vomit encore une fois, dans la nuit, elle alla copieusement à la selle le matin et est sortie guérie de l'hôpital le 27 avril.

N'êtes-vous point frappés, messieurs, des points de ressemblance des deux premières observations? En effet, les symptômes ont été à peu près les mêmes, et la marche de la maladie a été identique dans les deux cas. Quels sont donc les signes qui vous permettront d'affirmer le diagnostic : épiplocèle étranglée, et de prédire à l'avance la réduction spontanée de la masse herniée?

Ces signes se tirent principalement :

a. Des caractères de la tumeur et de son pédicule.

b. De la marche de l'étranglement herniaire.

Voyons d'abord les signes *tirés des caractères de la tumeur.*

Corps de la tumeur. — Dans les deux faits précédents, la hernie était constituée par une tumeur nettement arrondie, du volume moyen d'un œuf, pouvant être pour ainsi dire isolée de la paroi abdominale, un peu mobile sur cette paroi : elle était peu douloureuse, offrant une résistance égale, mate, donnant une sensation de fausse fluctuation. Ce sont là les caractères connus de l'épiplocèle.

Dans le cas d'entéro-épiplocèle, la tumeur est plus ou moins grosse, mais elle présente une résistance inégale, et parfois des bosselures, de la fluctuation, qui devient très-franche dans l'entérocèle pure, la sonorité à la percussion manque souvent, et sa recherche vous exposerait à des mécomptes.

Pédicule. — L'étude du pédicule doit vous fournir aussi de précieux renseignements : son volume varie avec les éléments de la hernie.

Est-il petit, la hernie semble-t-elle tenir par un point limité et restreint à la paroi abdominale; il est constitué exclusivement par de l'épiploon?

Au contraire, un pédicule large, appréciable, qui s'accompagne d'une *induration profonde,* comme un plateau dur semblant faire corps avec la paroi abdominale, coïncide avec une entéro-épiplocèle. C'est l'intestin étranglé qui donne de l'épaisseur au pédicule, et c'est le bout supérieur de l'intestin distendu, en arrière de cette paroi abdominale, qui donne cette singulière sensation de dureté profonde. Vous voyez qu'il y a une raison anatomique qui explique les symptômes observés.

L'état du pédicule, qui est symptomatique d'une entérocèle, est caractérisé par une plus grande épaisseur; ce pédicule est beaucoup plus difficile à embrasser entre le pouce et l'index de la main du chirurgien.

J'appelle toute votre attention sur les notions qu'on doit tirer du degré de sensibilité que provoque la pression, tant au niveau du pédicule qu'au niveau de la hernie : vous pourrez pincer presque impunément le pédicule d'une épiplocèle, et cette épiplocèle elle-même; mais si vous réveillez par la pression de vives douleurs sur une hernie à gros pédicule, vous pouvez être à peu près sûr qu'il y a de l'intestin dans la hernie.

b. Signes *tirés de la marche de la hernie.*

Les signes tirés de la marche de la maladie ne sont pas moins démonstratifs.

Dans le premier cas (OBS. I), les vomissements n'ont apparu que *six heures* après le début des accidents; de même dans l'observation II, où ils ont exigé pour se produire le même laps de temps. Ces vomissements se reproduisaient à de longs intervalles.

Il faut vous rappeler que le vomissement et l'absence de garde-robes n'ont en eux-mêmes qu'une valeur relative. Chaque fois qu'il y a hernie étranglée, quel que soit son contenu (ovaire, vessie), les selles peuvent être supprimées, les vomissements se produisent comme au début de la péritonite; c'est donc bien plus du moment de leur apparition et de leur qualité, que de leur existence, que vous devrez vous enquérir. Une hernie s'accompagne-t-elle dans les deux, trois ou quatre heures qui suivent son étranglement, de vomissements bilieux, il y a beaucoup à craindre que ce ne soit une entérocèle. Deviennent-ils fécaloïdes, vous pouvez affirmer l'existence de l'intestin seul dans la hernie.

Retenez bien ces données, messieurs, elles vous permettront de porter un diagnostic dans les cas simples comme dans les cas complexes; la meilleure preuve que je puisse vous en donner, c'est de vous rapporter, en l'abrégeant, une observation d'entéro-épiplocèle diagnostiquée d'emblée, qui forme le complément de notre statistique depuis le 1er janvier.

OBS. IV. — Je termine ces détails par l'histoire du malade qui est encore dans nos salles. C'est un jeune homme de vingt-quatre ans, employé au chemin de fer, porteur depuis l'enfance d'une hernie inguinale droite : il la maintenait avec un bandage d'une façon fort irrégulière, lorsque le 21 mai, vers trois heures, en faisant un effort violent pour pousser un vagon, il ressentit une douleur au niveau de sa hernie, et s'aperçut qu'elle avait augmenté de volume : les vomissements ne se montrèrent que vers dix heures et demie du soir, c'est-à-dire sept heures environ après le début des accidents.

Lorsque le malade fut apporté à l'hôpital, nous constatâmes l'existence dans le scrotum d'une tumeur du volume d'un gros œuf. Elle était grosse, présentant des bosselures, offrant une consistance pâteuse. Le pédicule était assez volumineux, mais peu douloureux, et se continuait avec une induration profonde en arrière de la paroi abdominale.

Le diagnostic n'était pas douteux : c'était une entéro-épiplocèle étranglée dans une hernie congénitale; des tentatives de taxis faites plusieurs fois en ville avaient fatigué le malade. Je me décidai à débrider autour du collet, sans ouvrir le sac : l'opération réussit; je n'eus plus affaire, après la réduction de l'anse intestinale, qu'à une épiplocèle simple, capable de se réduire seule; j'appliquai le traitement dont je vous ai déjà parlé à plusieurs reprises, et à la quarante-cinquième heure, nous eûmes la satisfaction de voir se produire la réduction spontanée de l'épiploon, puis la guérison du malade.

(*A suivre.*)

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. MARCET.

Sur un cas de glossite papillaire.

Le sujet de l'observation est une dame de quarante-cinq ans environ, mariée, sans enfants; jamais de fausses couches, menstruation toujours régulière; pas d'antécédents spécifiques acquis ou héréditaires. Mais il importe de noter un tempérament nerveux très-accusé, une impressionnabilité telle, qu'une émotion, tant soit peu vive, et

cela depuis longtemps, trouble pour quelques jours son appétit et son sommeil et a pu même occasionner, en deux circonstances, un ictère assez intense. Une autre particularité du sujet, c'est l'excessive sensibilité de la peau aux impressions physiques. Le moindre air vif détermine bientôt une desquamation furfuracée de la face, particulièrement du front et des lèvres; un bain de mer suffit quelquefois à provoquer l'apparition de plaques érythémateuses sur toute la surface du corps.

En juillet 1871, Mme X..., sous l'influence d'une émotion très-violente, fut prise, comme dans les circonstances analogues, de troubles digestifs, caractérisés par des douleurs abdominales, des évacuations abondantes, un état saburral très-prononcé des premières voies, de l'inappétence complète avec soif ardente, le tout accompagné d'une réaction fébrile légère.

La malade ayant manifesté quelque répugnance à prendre un vomitif, le médecin appelé à lui donner des soins conseilla une purgation avec le calomel, prescrit à la dose de 50 centigrammes matin et soir. C'est seulement le surlendemain que la malade fut revue. Son état s'était sensiblement aggravé; la réaction fébrile était intense; il était survenu une stomatite, avec gonflement considérable de la langue, qui débordait les arcades dentaires, emplissait la bouche et empêchait toute déglutition et toute articulation de sons. Haleine fétide; souffrance et anxiété très-grandes; sentiment continuel de suffocation.

Huit paquets de calomel avaient été prescrits. La malade en avait pris cinq, c'est-à-dire 2 gr. 50 de sel mercuriel en quarante-huit heures. Vous aurez de la peine à reconnaître à ce trait la pratique d'un disciple de Hahnneman, et cependant c'est à un médecin homœopathe qu'était due cette prescription.

Il fallut six semaines pour amener la disparition de ces accidents, qui au dire de la famille traduisant les impressions du médecin, mirent quelque temps en danger les jours de la malade.

Plus d'une année s'écoula sans autre manifestation, lorsqu'en décembre 1873, une nouvelle secousse morale vint produire ses effets accoutumés : inappétence, soif vive, langue saburrale, évacuations alvines fréquentes, insomnie, etc. Cette fois, le calomel ne fut pas employé. Quelques boissons tempérantes firent les frais de la médication, et les symptômes disparurent assez rapidement, sans avoir jamais pris de proportions alarmantes. Mais il resta à l'extrémité antérieure de la langue un sentiment de chaleur et de gêne qui donnait à la malade un agacement insupportable, dont rien ne pouvait la débarrasser. C'est dans ces conditions que je fus appelé à la voir.

La langue présentait le volume normal, sans gonflement ni empreinte des dents. Pas de salivation exagérée, pas d'hypersécrétion, pas d'odeur particulière. La dentition était bonne et régulière, à l'exception cependant d'une incisive supérieure qui branlait dans son alvéole depuis plusieurs années, mais sans présenter aucune érosion.

La langue avec son humidité normale ne portait pas trace de sillon; elle était légèrement blanche dans presque toute son étendue; mais à la pointe et sur quelques points des bords, elle offrait une coloration rouge très-prononcée et très-tranchée. Le doigt, promené sur l'organe, percevait une différence de sensation, indiquant le passage de la partie saine à la partie malade. Celle-ci est saillante, dure, rugueuse. La malade accuse à son niveau une légère sensibilité.

Les papilles, parfaitement distinctes en ces points, rouges, hypertrophiées, indurées, sont le siége exclusif de cette sensibilité. En dehors, où les papilles malades se trouvent réunies en grand nombre, on aperçoit de distance en distance, sur la surface de l'organe, une papille affectée isolément. Par la vue, on la reconnaît aisément à sa coloration : elle se montre comme un petit point rouge au milieu d'une surface blanche, et le toucher vient, à son tour, déterminer une sensation douloureuse à ce même point. On en voit ainsi plusieurs, disséminées sans ordre à la face supérieure de la langue.

Examinées à la loupe, ces papilles se présentent avec un renflement de la partie supérieure et un rétrécissement de la base, caractère des papilles fongiformes. L'examen direct, aussi bien que le siége de l'affection, qui est le même que l'anatomie assigne à cet ordre d'organes, montre donc bien que ce sont spécialement les papilles fongiformes, qui se trouvent affectées dans la glossite papillaire. Ces papilles ont le double environ de leur volume normal; elles sont lisses, brillantes, tendues comme si elles étaient remplies d'un liquide rosé et prêtes à se rompre. Des vaisseaux capillaires disposés en pinceaux, pénètrent dans son intérieur et y forment un point sombre, une apparence de noyaux, de sorte que la papille rappelle assez exactement, à la grosseur près, une graine de fruit de grenadier.

Ainsi que je l'ai dit, c'était moins de la souffrance qu'un sentiment de gêne, d'incommodité, d'agacement continuel qui résultait de cet état. Le froid, le chaud, les boissons les plus légèrement acides, les mets épicés ou simplement salés, presque tous les aliments, en somme, produisaient une sensation pénible. A tout instant du jour et même de la nuit, l'attention de la malade était ramenée sur cette incommode pointe qu'elle ne savait où loger.

Avec un traitement général approprié à l'état du sujet, avec des prescriptions hygiéniques sévères, j'ai employé, tour à tour, contre l'état local, les émollients, les astringents, et les révulsifs. Depuis bientôt dix-huit mois qu'a eu lieu mon premier examen, l'état de la malade s'est certainement amélioré, son incommodité est moins grande; mais je suis loin de me croire autorisé à considérer sa guérison comme complète. Nous avons toujours eu des alternatives de bien et de mal; et malgré des périodes de calme presque absolu, les papilles ne sont jamais revenues à leur état normal. Les substances irritantes n'ont pas cessé de produire une impression douloureuse, et quand cette impression s'atténue, quand nous croyons toucher au résultat désiré, la sensibilité apparaît de nouveau, sans qu'il soit habituellement possible de la rattacher à une cause physique, à un écart de régime.

Des divers moyens mis en usage, les émollients appliqués seuls ont été à peu près sans effet; les collutoires astringents, alun, borax, chlorate de potasse, etc., semblent avoir été plutôt nuisibles qu'utiles, quand ils pouvaient être supportés. L'atténuation des symptômes m'a paru d'ordinaire coïncider avec de très-légères cautérisations, répétées deux ou trois fois, à un ou deux jours d'intervalle, et pratiquées avec le nitrate d'argent ou, mieux, le sulfate de cuivre.

Le but de cette communication n'a pas été de vous exposer les symptômes d'une affection dont le diagnostic n'offre aucune difficulté, pour peu que l'on soit prévenu. Je me suis surtout proposé d'appeler votre attention sur les particularités suivantes :

Tout d'abord, sur l'existence même de cette affection, en tant que maladie localisée aux papilles, indépendamment de toute inflammation concomitante des autres éléments constitutifs de la muqueuse linguale. Ce fait, établi par Requin, admis ensuite par Grisolle, qui, cependant, a peut-être confondu l'affection qui nous occupe avec l'inflammation des follicules, a été mis en doute par plusieurs auteurs. L'observation dont je viens de rapporter l'analyse justifie pleinement l'assertion de Requin, et semble autoriser à distinguer la glossite papillaire des autres inflammations de la langue, au même titre que les glossites érythémateuse, aphtheuse, pustuleuse, etc.

Sous le rapport de la cause, Requin avait écrit : « C'est surtout sur des sujets névropathiques et, par conséquent, chez des femmes que j'ai rencontré la glossite papillaire ». Cette opinion se trouve encore confirmée, car mon sujet possède l'excitabilité nerveuse au suprême degré, et le point de départ de l'affection réside manifestement dans une violente secousse morale. Sans doute, nous avons eu aussi au début l'embarras gastrique, considéré par quelques auteurs comme la cause unique de l'affection. Mais cette cause ne peut avoir ici qu'une valeur secondaire. Elle-même se trouvait sous la dépendance de l'impression morale; son apparition semble n'avoir été que simultanée avec l'affection de la langue; et enfin celle-ci résiste avec ténacité quand l'estomac a depuis longtemps recouvré la régularité de ses fonctions.

Doit-on attribuer un rôle dans la production ou la persistance du phénomène, à l'incisive de la mâchoire supérieure, dont j'ai noté l'ébranlement? On le pourrait volontiers, si l'affection était limitée à la portion de la langue qui est en rapport continuel avec cette dent, Mais les bords de la langue sont aussi bien atteints que la pointe, et l'inflammation n'est pas continue entre ces parties; il y a des espaces sains qui séparent plusieurs points malades. Et puis, par une

cause mécanique, comment expliquer l'inflammation des papilles isolées qu'on voit à la surface et jusque vers la base de l'organe?

Enfin, ce qui, dans cette observation, me semble intéressant à signaler, au point de vue pratique, c'est la marche de cette affection, avec ses périodes irrégulières d'acuité et de rémission, c'est sa longue durée, c'est sa désespérante chronicité qui constitue pour les malades un supplice de tous les instants, c'est surtout jusqu'à ce jour l'impuissance presque absolue de toute médication.

DU SCOTOME SCINTILLANT

OU AMAUROSE PARTIELLE TEMPORAIRE (1)

par le docteur E. Dianoux, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — Le scotome scintillant est une affection bien distincte qui peut survenir isolément ou précéder la migraine. — Elle est constituée par une hémiopie de forme variable, habituellement suivie de phosphènes scintillants de forme déterminée. — Elle ne s'accompagne d'aucune lésion appréciable à l'ophthlamoscope. — Sa durée varie de quelques minutes à une heure et plus. — Le siége de l'affection est l'appareil conducteur des impressions lumineuses. — Elle appartient à la classe des névroses essentielles. — Elle reconnaît les mêmes causes que les névralgies en général. — Elle n'a aucun retentissement fâcheux sur la vision.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 juin 1875. — Présidence de M. Cl. Bernard.

COMMUNICATIONS

Lèpre tuberculeuse — M. VIDAL présente un malade atteint d'une forme particulière de lèpre tuberculeuse. (Sera publié.)

M. PONCET a eu l'occasion au Mexique de voir un grand nombre de lépreux. Or il affirme que le malade présenté par M. Vidal est bien effectivement atteint d'éléphantiasis tuberculeux des Grecs. Il fait observer que presque toujours, dans ces cas, le début de la maladie survient à la suite d'un refroidissement. L'hérédité paraît aussi jouer un certain rôle dans l'étiologie de cette affection.

Cet homme présente bien tous les caractères pathognomoniques de cette maladie, entre autres la symétrie des lésions de la face, l'apparition constante de ces taches au début, les ulcères maintenant cicatrisés qui siégent aux jambes et aux parties supérieures. Quant au traitement, tout a été essayé, et jamais les médecins mexicains n'ont obtenu le moindre résultat, pas plus à l'aide de l'hydrothérapie et de l'électricité qu'à l'aide des autres moyens.

Lésions de la rate et des ganglions dans la fièvre typhoïde. — M. CORNIL a eu l'occasion d'examiner trois fois cette année la *rate* de malades mort de la fièvres typhoïde dans le troisième septénaire.

Le sang de la pulpe splénique contenait toujours une quantité considérable de globules blancs ou cellules lymphatiques emprisonnant des globules rouges. Lorsque, par exemple, on étendait une gouttelette de ce sang entre les deux lamelles pour l'examiner au microscope, après l'avoir mélangé avec du picro-carmin, on voyait, dans cette quantité minime de sang, une centaine de cellules lymphatiques renfermant des globules rouges. Ces cellules sont généralement volumineuses et étalées, à contours irréguliers; leur protoplasma granuleux présente un ou plusieurs globules rouges plus ou moins intacts, les uns ayant leur volume normal, les autres très-petits ou réduits en fragments arrondis de la même couleur et formés de la même substance que les produits normaux. On peut compter cinq, six ou même un plus grand nombre de ces globules dans une seule cellule. Dans d'autres cellules on trouve, au lieu de globules, ou avec eux, des granulations brunes d'hématine. Les cellules lymphatiques qui mangent ainsi les globules rouges présentent soit un seul noyau, soit plusieurs noyaux ronds ou ovoïdes : il y a souvent deux, trois ou quatre noyaux dans la même cellule.

Il s'agit bien ici de cellules lymphatiques, et non des grandes cellules des veines spléniques. Dans le sang examiné ainsi à l'état frais, on voit les grandes cellules des veines sans aucune altération. Si l'on n'avait devant les yeux que les plus grandes des cellules à plusieurs noyaux qui renferment des globules rouges dans leur protoplasma, on pourrait hésiter sur leur nature; mais on voit en même temps des cellules lymphatiques ayant leur volume normal et leur forme ronde, ne possédant qu'un seul noyau rond et cependant montrant un ou deux globules rouges dans leur protoplasma. On peut suivre très-facilement toute la série de modifications des cellules lymphatiques comprises entre les extrêmes, depuis celles qui sont à peine modifiées jusqu'aux plus volumineuses d'entre elles.

Sur des préparations de la rate obtenues après durcissement complet, on peut s'assurer facilement que le siége exclusif de ces grandes cellules lymphatiques est le sang contenu dans les veines de la pulpe. Les veines de la pulpe sont en même temps élargies et distendues. Dans les faits que j'ai observés, les cellules endothéliales de ces veines étaient normales.

L'existence de ces grandes cellules contenant des globules rouges dans le sang splénique est un fait normal, mais elles y sont très-rares, tandis que, dans la fièvre typhoïde elles sont extrêmement nombreuses.

Les *ganglions lymphatiques* du mésentère dans la fièvre typhoïde sont toujours enflammés et d'une façon analogue à l'inflammation aiguë ou suraiguë des ganglions due aux lymphangites suppuratives, par exemple.

Lorsqu'on examine une section d'un ganglion lymphatique enflammé à la suite d'une lymphangite suppurative, dans un cas d'infection purulente, par exemple, on voit que, dans l'atmosphère cellulo-adipeuse du ganglion, le tissu adipeux est le siége de très-nombreuses cellules lymphatiques et que la graisse se résorbe. Les vaisseaux lymphatiques afférents du ganglion sont remplis et distendus par des cellules lymphatiques. Il en est de même des sinus lymphatiques périfolliculaires.

Les mêmes lésions peuvent être facilement constatées sur des sections minces des ganglions du mésentère dans la fièvre typhoïde. Le tissu cellulo-adipeux périphérique est le siége de la même inflammation : les vaisseaux lymphatiques afférents sont remplis et distendus par des cellules lymphatiques, en même temps qu'il existe une prolifération des cellules endothéliales des vaisseaux et un épanchement de fibrine réticulé dans son intérieur, qui enserre dans son réseau les cellules lymphatiques. De plus, sur ces préparations, des ganglions de dothénentérie, les petites artérioles, les veinules et les capillaires des ganglions apparaissent tous entourés par des zones de prolifération. On voit, par exemple, une section transversale d'une artériole dont la couche externe est infiltrée de cellules lymphatiques siégeant entre les fibrilles de tissu conjonctif. Le tissu conjonctif voisin en est également rempli. La membrane interne est elle-même le siége d'une inflammation caractérisée par la présence de nombreuses cellules appartenant à l'endothélium et au tissu conjonctif de cette membrane. Les parois des veines présentent la même inflammation de leurs tuniques. La section de ces petits vaisseaux et de leur zone périphérique forme des cercles et des zones de prolifération qui sont répandus dans toute la préparation.

Les sinus périfolliculaires contiennent dans leur intérieur une grande quantité de cellules lymphatiques; leur endothélium est gros et en prolifération, de telle sorte que certains de ces sinus en sont presque complétement remplis de la même façon que dans l'adénite subaiguë que j'ai décrite dans un cas de syphilis. (Société anatomique, 1874).

Le tissu réticulé de la substance des follicules est infiltré de cellules lymphatiques, et, par places, il contient des cellules volumineuses pourvues d'un noyau ovoïde ou de plusieurs noyaux. Dans la substance médullaire, le tissu réticulé présente une grande quantité de ces mêmes cellules. Ces grandes cellules, que j'ai étudiées l'année dernière avec M. J. Renaut dans les ganglions de la fièvre typhoïde, sont de grandes cellules endothéliales tuméfiées et granuleuses, contenant un ou plusieurs noyaux ovoïdes ou arrondis.

(1) In-8°. — prix : 1 fr. 50. — Paris Adrien Delahaye.

Hygiène des plongeurs. — M. P. BERT fait une communication sur ce sujet. Il rappelle que les accidents qui surviennent ordinairement chez les plongeurs, soumis en général à des pressions de trois à six atmosphères, sont des paraplégies, la présence de gaz, en particulier d'azote, dans les veines, les artères et les autres tissus, et quelquefois la mort. Des observations qui ont été faites sur les plongeurs eux-mêmes et des expériences que M Bert a pratiquées sur les chiens, il croit pouvoir conclure que, pour éviter ces accidents, il faut décomprimer graduellement et lentement, et ne pas laisser travailler trop longtemps de suite les plongeurs soumis à ces pressions afin que leur sang ne puisse pas se saturer d'azote.

ÉLECTION

M. Nepveu est élu membre de la société.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 juin 1875. — Présidence de M. WOILLEZ.

COMMUNICATION

Mort subite pendant l'opération de la thoracentèse. — M. BESNIER, considérant comme un devoir pour le médecin de livrer à la publicité les cas malheureux qui lui sont échus, toutes les fois qu'il en peut être déduit quelque donnée utile, communique à la société un cas de mort subite survenue immédiatement après la ponction de la poitrine pour un épanchement thoracique grave.

Il s'agit d'une dame, âgée de quarante-trois ans, qui, dans les premiers jours du mois, fut atteinte d'une douleur intense à la base du thorax, du côté droit, sans expectoration, avec fièvre, et avec des phénomènes généraux graves. Le docteur Matry, le médecin traitant de cette malade, porte dès le début un pronostic fâcheux. Le 9, le docteur Dupouy, qui voit la malade en l'absence de M. Matry, constate tous les signes d'un épanchement pleurétique à droite. Les phénomènes vont en s'aggravant. Le 19, M. Besnier est appelé en consultation et constate, avec les docteurs Dupouy et Matry, tous les signes d'un épanchement pleurétique aigu, abondant; il n'y a pas de lésion cardiaque; l'état général est mauvais.

Toutefois ces messieurs s'accordent à faire des réserves sur la nature du liquide et sur l'issue définitive de la maladie. La journée du lendemain est mauvaise; le 21, la thoracentèse est décidée et aussitôt pratiquée dans le but de parer aux accidents immédiats qui peuvent survenir et d'amener quelque soulagement à la malade. Toutes les précautions possibles avaient été prises pour l'opération. M. Besnier s'était assuré que la respiration se faisait bien dans le poumon sain, que le cœur fonctionnait régulièrement. La malade était presque complétement assise sur son lit. Elle accuse une assez vive sensibilité à la pression du doigt cherchant l'espace intercostal à travers une paroi adipeuse très-épaisse; cependant elle ne fait aucune plainte au moment de la pénétration du trocart n° 2 de l'appareil Mathieu.

Le liquide n'apparaît qu'après quelques secondes et après la désobstruction de la canule; on voit sortir alors un liquide sanieux d'une horrible fétidité. Quelques minutes à peine se sont écoulées, trois ou quatre cents grammes de liquide tout au plus se trouvent dans le flacon récepteur; la malade est dans une complète immobilité; la face est très-pâle; plus de mouvements respiratoires, plus de pouls, plus de battements cardiaques. Des flagellations énergiques pratiquées avec des serviettes trempées dans l'eau froide, l'application du marteau de Mayor, toutes les tentatives possibles restent sans effet; la mort est indubitable, irrémissible. M. Besnier renonce à dépeindre la cruelle situation du médecin en pareil cas.

La mort, dans ce cas, a donc été subite dans toute l'acception du mot. Il est un certain nombre de pleurétiques qui succombent ainsi, on pourrait donc se demander si, dans ce cas exceptionnellement malheureux, il n'y a pas eu simple coïncidence entre la ponction et la syncope. Mais telle n'est pas l'opinion de M. Besnier. Dans certaines conditions que la physiologie expérimentale a précisées, la douleur seule produite par la ponction donne lieu à un arrêt du cœur qui peut devenir définitif. Chez les sujets affaiblis et fortement déprimés, les causes les plus légères peuvent amener une syncope mortelle, qu'il y ait ou non altération anatomique de la fibre musculaire du cœur. M. Besnier rappelle à ce sujet les expériences très-concluantes de MM. Cl. Bernard, Chossat et Tarchanof sur l'arrêt du cœur ainsi produit chez les animaux par une excitation quelconque très-légère.

Or, pendant l'opération de la thoracentèse, une irritation manifeste est produite sur une région qui est le siége d'une hyperesthésie parfois très-positive, et il ne serait pas impossible, dans certains cas de débilité nerveuse exceptionnelle que cette irritation pût devenir le point de départ d'un arrêt du cœur, arrêt devenant mortel par suite d'une lésion préexistante de l'organe ou par suite de l'affaiblissement extrême de l'opéré. C'est la seule explication applicable aux cas de syncope produits par la ponction des kystes abdominaux. Mais pour le thorax, les raisons en sont plus nombreuses encore.

La syncope est donc une éventualité avec laquelle il faut compter pendant la thoracentèse chez les sujets déprimés; le cœur peut s'arrêter définitivement dans ces conditions; il faut donc se mettre en mesure, en pareil cas, de tenter l'application des agents les plus énergiques, en particulier des courants continus.

Bien que, dans ce cas, le diagnostic n'ait pu être confirmé par l'autopsie, il est hors de doute pour M. Besnier que la malade était atteinte d'une pleurésie gangréneuse primitive; l'odeur incontestablement gangréneuse du liquide évacué, la gravité de l'état général dès le début, l'atteinte portée à la vitalité du système nerveux en témoignent suffisamment; et il s'agissait d'une pleurésie gangréneuse proprement dite et non pas seulement d'une gangrène de la plèvre consécutive à une lésion pulmonaire simple ou gangréneuse.

M. Besnier émet quelques considérations sur cette affection encore peu étudiée et peu connue. On a bien constaté l'extrême fétidité de certains épanchements purulents sans en chercher d'autre explication que l'action de l'air sur le liquide épanché. M. Besnier s'est livré à un grand nombre de recherches sur ce sujet, et conclut ainsi :

Il existe une forme de pleurésie qu'il y a lieu d'étudier et de décrire à part, à cause des symptômes particuliers qui l'accompagnent, de la fétidité horrible que présente d'emblée le liquide épanché dans la plèvre et des lésions anatomiques gangréneuses qui lui sont propres. Cette forme de pleurésie, exceptionnellement grave, a une symptomatologie particulière, une anatomie pathologie propre et réclame des procédés thérapeutiques spéciaux. Il y a lieu d'en décrire deux variétés principales, l'une, la pleurésie gangréneuse primitive, l'autre la pleurésie gangréneuse secondaire à la lésion du parenchyme pulmonaire; la première paraît moins fréquente, mais plus grave. M. Besnier en appelle à l'observation ultérieure pour éclairer les différents points.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Forme rare de cirrhose du foie. — M. MARTINEAU présente un foie recueilli sur une femme de vingt-huit ans qui, il y trois mois, a été prise de douleurs, de coliques, de vomissements, de fièvre et de diarrhée. Puis ces phénomènes ont cessé et se sont ensuite établis définitivement. Cette malade accusait une douleur vive au niveau du foie; elle présenta de l'ascite qui nécessita plusieurs ponctions. Cette femme mourut au bout de trois mois. A l'autopsie on trouva le foie irrégulier, quadrangulaire; des signes de péritonite sus-hépatique; des calculs hépatiques. Les lésions qu'on observe à l'œil nu sont assez mal déterminées. La pièce a été examinée au microscope par M. Cornil.

M. CORNIL croit qu'il ne peut pas y avoir de doutes sur la nature de la lésion du foie présenté par M. Martineau, et qu'il s'agit d'une cirrhose ayant marché très-rapidement, et dans laquelle le tissu conjonctif de nouvelle formation est embryonnaire. On ne voit dans ce fait ni cicatrices déprimées et profondes de la surface du foie, ni gommes. La couleur jaune du foie est celle qu'on observe presque constamment dans les cas de cirrhose hypertrophique, parce qu'il

y a alors une rétention de la bile dans les cellules des îlots et parce que les canalicules biliaires microscopiques ont subi une lésion spéciale, qui existe dans tous les faits de cirrhose, mais qui n'est jamais plus développée que lorsqu'il s'agit de la cirrhose hypertrophique.

Cette lésion, que M. Cornil a décrite pour la première fois il y a trois ans, consiste dans un développement considérable du réseau des canalicules biliaires interlobulaires. Dans tout le tissu conjonctif très-épais qui sépare les îlots hépatiques, on voit sur les préparations colorées au carmin et traitées par l'acide acétique, un réseau très-riche de canalicules formant des mailles assez serrées et semblables absolument par leur structure, leur membrane et leur revêtement épithélial aux canalicules biliaires interlobulaires normaux; seulement, au lieu d'un seul de ces derniers qu'on trouve accompagnant chaque branche interlobulaire de la veine-porte, c'est un riche réseau à mailles fines qu'on observe dans la cirrhose. Il y a cependant une différence dans le diamètre de ces canaux et dans la dimension de leurs mailles, suivant qu'on les examine au milieu de la large zone du tissu conjonctif interlobulaire cirrhotique. Ceux qui se trouvent au milieu même du tissu conjonctif qui sépare les îlots voisins sont les plus volumineux; ils sont beaucoup plus gros que les canalicules biliaires interlobulaires normaux; ils sont tapissés par des cellules cubiques ou cylindriques et leur calibre est habituellement aussi rempli de cellules détachées. Les mailles que forment ces canaux assez volumineux en s'anastomosant les uns avec les autres sont assez larges; elles ont une direction longitudinale et allongée dans le sens de la direction des vaisseaux porte, et ces mailles allongées, à bord parallèles, sont unies par de courtes anastomoses perpendiculaires à la direction des vaisseaux porte. Le trajet des vaisseaux biliaires et la forme de leurs mailles sont d'ailleurs là très-irréguliers. De chaque côté de ces larges mailles, composées de gros vaisseaux, il existe, dans la zone fibreuse interlobulaire, en se rapprochant du bord des lobules hépatiques, un réseau de canalicules biliaires beaucoup plus fins que les précédents, en continuité avec eux et formant des mailles beaucoup plus étroites et aussi plus régulières. Ces canalicules sont tellement étroits que certains ne mesurent que cinq ou six millièmes de millimètre de diamètre. Cependant ils sont, même les plus petits, pénétrés par des cellules allongées suivant le diamètre du canal qu'elles remplissent et qui y sont disposées bout a bout. Dans les canaux plus larges, qui ont de 6 à 10 et 15 millièmes de millimètre, les cellules, toujours allongées et généralement plates, sont disposées en deux ou trois rangées parallèles remplissant le conduit biliaire. Ces canalicules étroits, remplis soit par une seule cellule, qui s'est effilée pour y pénétrer, soit par plusieurs rangées de cellules plates, sont en communication directe et facile à voir avec les plus gros canaux tapissés complétement par des cellules épithéliales cubiques ou cylindriques. Il paraît évident qu'il s'agit là d'une pénétration des cellules épithéliales dans les petits canalicules intralobulaires qui n'en possèdent pas à l'état normal.

Sous l'influence de l'inflammation chronique du tissu conjonctif interlobulaire, il se produit donc une irritation chronique des canalicules biliaires, qui y étaient contenus, qui se remplissent de cellules épithéliales, qui se laissent dilater par cette formation nouvelle de cellules dans des canaux qui n'en contenaient pas à l'état normal. De là résulte ce réseau si riche dans tout le tissu conjonctif épaissi.

Comment se fait-il que ce réseau ne puisse pas charrier la bile formée dans les cellules de l'îlot et qui y reste accumulée? Cela est bien simple à expliquer : les plus petits canaux sont bouchés plus ou moins complétement par les cellules qui s'y trouvent : les canaux un peu plus gros sont atteints aussi d'un catarrhe avec formation nouvelle de cellules qui les remplissent : d'où la difficulté et même l'impossibilité de l'écoulement de la bile. D'où résulte la stase biliaire dans les cellules du foie et l'ictère par suite de l'accumulation de la matière colorante biliaire dans le sang. De telle sorte que la richesse apparente du réseau biliaire corespond en réalité avec une insuffisance absolue puisqu'il ne peut plus livrer passage à la bile.

Depuis plusieurs années, on a fait une série de recherches et décrit beaucoup d'autopsies relatives à la cirrhose hypertrophique, et l'on peut dire que cet état du foie est presque constamment accompagné d'un ictère plus ou moins intense. La raison de cet ictère est celle qui vient d'être exposée.

Pour en revenir à l'observation de M. Martineau, on trouve dans le tissu conjonctif embryonnaire qui entoure les îlots un réseau de canalicules biliaires très-net et assez riche, moins développé cependant que dans les cirrhoses hypertrophiques où le tissu conjonctif périlobulaire est plus épais. Dans cette observation, il est probable que le foie avait subi une atteinte par la décomposition putride si rapide en cette saison, car les cellules épithéliales des canaux biliaires étaient finement granuleuses, et moins bien nettement limitées qu'ordinairement.

L'observation de M. Martineau est surtout importante comme spécimen d'un foie cirrhosé à surface lisse, ce qui est plus rare que l'état granuleux. La cirrhose y est semblable à ce qu'on trouve dans les foies granuleux au point de vue de la lésion des canalicules biliaires qui sont très-développés, et de la lésion des cellules hépatiques qui sont infiltrées de bile et remplies de grosses gouttelettes adipeuses. Elle en diffère surtout par la prédominance du tissu embryonnaire, qui est là en rapport avec le peu de durée et l'acuité de la maladie.

Calculs hépatiques. — M. LABOULBÈNE présente des calculs hépatiques analogues à ceux qu'il a déjà présentés, et qui offrent des prolongements rameux particuliers. L'analyse microscopique a montré que ces calculs étaient presque exclusivement composés de matière colorante du sang.

Coloration noire de la langue. — M. FÉRÉOL, après avoir rappelé et analysé les travaux de M. Gubler et ceux de M. Maurice Raynaud sur ce sujet, ainsi que les cinq observations qui ont été publiées, apporte un sixième cas. Voici la description qui a été donnée de cette affection par MM. Gubler et Maurice Raynaud.

Ces colorations noires siégent à la partie postérieure de la langue, en avant du V lingual, sur la partie médiane où elles forment un autre V à pointe antérieure, sans s'étendre sur les côtés de l'organe, et où elles constituent une sorte de gazon, plus ou moins épais, comparable à des épis ou à du foin couché par la pluie.

M. Gubler se demandait si cette coloration n'était pas due à la présence d'un parasite. M. Raynaud, dans l'observation qu'il a communiquée, a trouvé des spores disséminés en grande quantité dans ces sortes de poils épithéliaux et qui, suivant lui, présentaient de grandes analogies avec les éléments sporulaires du tricophyton de la teigne tonsurante. Mais il paraît y avoir une contradiction, dans le mémoire de M. Raynaud, entre les faits qu'il a observés et les déductions qu'il en tire. En effet, il donne à cette affection le nom d'affection parasitaire de la muqueuse linguale, et sur quatre cas qui servent de base à son mémoire, il s'en trouve trois dans lesquels le parasite a fait défaut. Il en est de même du cinquième cas, qui a été communiqué par M. Gubler et du sixième que communique M. Féréol.

Il met sous les yeux de la société des préparations et un tube contenant une assez grande quantité de ces poils épithéliaux développés sur la langue d'un homme de quarante ans. Les spores décrits par M. Raynaud y font complétement défaut. Dans le cas unique observé par lui, il y avait donc simple coïncidence entre cette affection particulière et l'existence de ces spores. M. Féréol donne à cette affection le nom d'hypertrophie épithéliale piliforme.

Endocardite typhoïde non ulcéreuse. — M. MAURICE RAYNAUD met sous les yeux de la société le cœur d'un malade mort dans son service. Il s'agit d'un homme de trente-quatre ans qui, à la suite de grands chagrins, était devenu aliéné. Subitement, dans la nuit de lundi au mardi, cet homme est devenu hémiplégique du côté gauche. A son arrivée à l'hôpital, il présenta un aspect typhique des plus prononcés, avec perte de l'intelligence, phénomènes fébriles, etc. Au cœur, on perçoit un énorme bruit de souffle correspondant au premier bruit. L'état typhoïde se prononce de plus en plus; la mort survient le septième jour. M. Raynaud avait diagnostiqué une endocardite typhoïde.

A l'autopsie on trouva que l'encéphale était le siége d'un ramollissement blanc, considérable, entourant la couche optique et le corps strié; il y avait un infarctus rénal. Sur les valvules sigmoïdes,

et sur la valvule mitrale du cœur se trouvent des végétations fibrineuses. M. Raynaud appelle l'attention sur ce fait spécial d'une endocardite typhoïde non ulcéreuse.

Une discussion s'engage sur ce fait entre MM. Hérard, Laboulbène, Dumontpallier, et le diagnostic admis par M. Raynaud est assez discuté.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Un concours public pour la nomination à deux places de chefs de clinique médicale aura lieu cette année, dans le courant de juillet.

Le jour de l'ouverture de ce concours sera ultérieurement fixé.

Ne sont admis à concourir que les docteurs en médecine âgés de moins de trente-quatre ans.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la faculté du 1er au 10 juillet prochain, de une à quatre heures.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Chauffard, inspecteur général de l'ordre de la médecine, a visité jeudi dernier la Faculté. Il a parcouru rapidement les cliniques chirurgicales et médicales, ainsi que la clinique obstétricale. — Le soir les professeurs ont été réunis en conseil, sous sa présidence. Le lendemain matin M. Chauffard quittait la ville.

— Une exposition internationale de médecine et de secours humanitaires — placée sous le protectorat du roi des Belges — se tiendra à Bruxelles de juin à octobre 1876.

L'exposition comprendra dix sections : 1° Appareils préventifs de sauvetage contre l'incendie. — 2° Appareils et engins divers, pour diminuer les dangers sur l'eau et dans l'eau, prévenir les accidents et porter secours. — 3° Appareils prévenant les dangers inséparables de la circulation sur les routes, les tramways et les chemins de fer. — 4° Secours en cas de guerre. — 5° Santé et hygiène publiques. — 6° Art de guérir, mesures préventives et secours dans leurs applications à l'industrie. — 7° Hygiène domestique et privée. — 8° Médecine et chirurgie, pharmacie dans leurs relations avec les sept classes précédentes. — 9° Institution tendant à améliorer le sort des classes ouvrières. — 10° Hygiène et secours dans leurs applications à l'agriculture.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Besnard, décédé à Tours, dans sa quatre-vingt-onzième année ; de M. le docteur Cousin, rédacteur médical de l'*Événement;* de M. le docteur Baud, médecin à Contrexéville, et de M. le docteur Brun, qui vient de périr au milieu des inondations de Toulouse.

— Le *Progres de l'Est* signale les visites faites dans les diverses manufactures par les élèves qui suivent le cours d'hygiène du professeur Poincarré (de Nancy).

Cet enseignement pratique des conditions hygiéniques des fabriques est suivi avec beaucoup d'intérêt par les étudiants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Histoire de la génération chez l'homme et chez la femme, par le docteur David Richard. — 1 vol. in-8° de 350 pages gravées en taille douce et tirées en couleur. Cartonné : 12 francs. — Paris, 1875, J. B. Baillière et fils.

Aperçu général de l'hérédité et de ses lois, par le docteur Marc Lorain. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Nº 76. — JEUDI 1er JUILLET 1875. 48e ANNÉE. JEUDI 1er JUILLET 1875. — Nº 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le choléra a dégénéré en une sorte de conversation assez confuse, d'après laquelle on peut juger de la diversité des opinions.

Il en sera toujours ainsi tant qu'on n'aura pas élucidé les points de fait sur lesquels cette question repose.

Il faudrait savoir si le choléra a toujours existé dans l'Inde; s'il y existe en permanence à l'état bénin ou sporadique; s'il s'y développe en raison directe de certaines causes climatériques; s'il y occupe d'ordinaire certains cantons déterminés.

Il n'y a pas longtemps encore qu'une maladie inconnue jusqu'à cette époque dans l'île Maurice s'y est tout à coup développée d'une manière formidable, au point de diminuer, dans une proportion considérable, la population de ce pays. Ce fléau, nommé *relapsing feber*, fièvre à rechutes, présentait tous les caractères de contagion, d'épidémicité qui rendent probable l'hypothèse d'un germe spécifique. Mais comment expliquer la genèse de ce germe? Où avait-il pris son origine? Était-ce une fièvre de marais, née à Maurice, et devenue contagieuse par des influences indéterminées? Beaucoup de praticiens anglais le prétendirent. Suivant eux, il ne s'agissait que de fièvres paludéennes, d'une nature, au fond, identique à celle des simples fièvres intermittentes, mais qui, de sporadiques, devenaient épidémiques et contagieuses par une sorte d'efflorescence spontanée, revêtaient une nouvelle forme, de nouveaux symptômes et acquéraient une nouvelle nocuité.

D'autres prétendirent que l'épidémie avait dû être importée à Maurice. Mais importée d'où? On ne connaissait aucune autre contrée où l'on eût observé la *relapsing feber*.

Ainsi, prouver que le choléra est une maladie propre à l'Inde, ce ne serait point encore démontrer qu'il y eût existé de tout temps. La *fièvre à rechutes* s'est bien révélée dans ces dernières années comme une maladie propre à l'île Maurice. La fièvre jaune elle-même n'a pas existé de tout temps dans les contrées qui sont maintenant sa patrie. La peste, qu'on croyait endémique en Égypte, n'y existe plus depuis longtemps, et, quoi qu'on en dise, ce changement ne tient en aucune façon à des mesures sanitaires ou à des précautions hygiéniques. Un jour elle y avait paru, un autre jour elle s'y est éteinte, sans qu'on sache au juste pourquoi. Quand, tout récemment, le fléau a fait sa réapparition, ce n'était point en Égypte, mais, d'une part, en Perse et, d'une autre part, dans la régence de Tripoli, au sein de conditions telluriques, climatériques, etc., aussi différentes que possible.

On voit combien est difficile la question de l'étiologie des maladies épidémiques considérées en bloc. Il faudrait avoir des faits bien précis pour trouver le moindre avantage à se cantonner dans l'étude du seul choléra, pris isolément.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL COCHIN. — M. DESPRÈS.

Du diagnostic et du traitement des épiplocèles et des entéro-épiplocèles étranglées (1).

Leçon recueillie par M. MARCHANT, interne du service.

Les *hernies épiploïques* ne doivent être ni *réduites* ni *opérées*, car elles n'entraînent pas et ne peuvent entraîner d'accidents mortels, parce qu'elles se réduisent seules et parce que l'épiplocèle opérée offre des chances de mort par péritonite. L'intervention chirurgicale doit être réservée pour les entérocèles et les entéro-épiplocèles. C'est vous laisser deviner la nécessité d'un diagnostic précis et rigoureux. Voilà, en effet, la *seule difficulté!* la difficulté que, jusqu'ici, on n'avait cherché à résoudre qu'à l'aide de l'examen du ballonnement plus ou moins évident du ventre et surtout de l'intermittence des vomissements. Et ces signes avaient été jugés insuffisants, puisque Garengeot, Pott, Laurence, ont souvent pris des hernies intestinales étranglées pour des épiplocèles et réciproquement.

Je ne reviendrai pas sur les signes exposés précédemment; mais je dois vous dire que si, pris séparément et isolés, ils n'ont pas une grande valeur; réunis, comparés et pesés, ils doivent changer votre indécision en un jugement presque absolu. Les quatre faits exposés devant vous, où le diagnostic a été vérifié par des résultats annoncés à l'avance, vous serviront de preuves; il n'est pas nécessaire d'insister.

Dans le cas d'épiplocèle, un bain d'*une heure* doit être prescrit; les tentatives de taxis sont inutiles, car elles ne serviraient qu'à enflammer la masse épiploïque et à retarder la réduction spontanée.

Vers le troisième jour, elles se réussissent parce que l'épiploon est sur le point de se réduire seul. C'est ce qui est arrivé dans notre troisième observation; mais on ne saurait dire que

(1) Fin. — Voir le numéro du 29 juin.

le taxis fait quelque chose lorsqu'on le pratique sur une hernie qui devient réductible, et les faits de ce genre rendent bien compte de ces cas de guérisons merveilleuses par le café, la glace, etc., ou des taxis extraordinaires appliqués sur des hernies où tout avait été auparavant employé pendant deux jours; tout le merveilleux de ces faits est qu'il s'agissait d'épiplocèles pures qui, en trois jours, se réduisent seules peu à peu et sûrement.

Le repos au lit, l'usage de l'opium donné en pilules jusqu'à 15 centigrammes dans les vingt-quatre heures, enfin l'application constante de cataplasmes, suffisent pour amener un affaissement notable de l'épiplocèle, et puis *spontanément, sans effort aucun*, cette masse sur laquelle les tentatives de taxis avaient été vaines, se réduit. Soixante-quatorze heures (OBS. I), quarante-quatre heures (OBS. II), cinquante et une heures (OBS. III) ont été nécessaires pour arriver à ce résultat.

Cette réduction spontanée semble toujours avoir été précédée d'une recrudescence dans les douleurs et les vomissements; dans un cas même (OBS. II), ces douleurs, ces crampes acquièrent un tel degré d'intensité, que l'interne de garde appelé, jugea nécessaire une piqûre de morphine. Ne pourrait-on pas expliquer ces symptômes, en admettant qu'à mesure qu'on s'éloigne du début des accidents, la corde épiploïque se tend de plus en plus, et que c'est dans un de ces efforts suprêmes que l'épiploon rentre spontanément dans la cavité abdominale.

Toute différente doit être la conduite du chirurgien dans le cas d'entéro-épiplocèle. Je me hâte de le dire, ici les vomissements et l'arrêt des gardes-robes ne sont plus des phénomènes sympathiques, mais le fait de l'occlusion complète ou incomplète du calibre de l'intestin.

Notre premier soin sera encore de prescrire un grand bain d'une heure, comme dans le cas d'épiplocèle. Les tentatives de taxis auront bien plus de chance de réussir après cette précaution que je vous recommande d'une façon toute particulière, car elle m'a rarement donné des déceptions, dans les entérocèles étranglées depuis moins de six à huit heures.

Mais ces manœuvres seront faites avec une extrême prudence et peu prolongées; elles ne doivent pas être tentées sur les entéro-épiplocèles, au delà de la douzième heure, surtout si la hernie est petite. Je vais même plus loin : quand des tentatives de taxis ont été pratiquées en ville, je ne les renouvelle pas et j'exécute l'opération d'emblée.

Un des côtés fâcheux du taxis appliqué sur des hernies qu'il ne peut pas réduire, c'est de contusionner les hernies; vous m'avez vu faire une ponction dans le sac herniaire du malade de l'observation IV, dans lequel nous avions diagnostiqué la présence d'un liquide. Le trocart, d'un moyen calibre, a donné issue à de la sérosité sanglante; cette ponction n'était pas nécessaire, mais elle avait pour but de vous montrer que les tentatives imprudentes d'un taxis fait *larga manu*, transformaient le liquide séreux des sacs herniaires en un contenu sanguin, ce qui revient à dire que le taxis contusionne la hernie.

Pour moi, le taxis forcé est un mot qui devrait être rayé du langage médical, une opération qu'il faut abandonner comme dangereuse.

Avez-vous reconnu une entérocèle, ou une entéro-épiplocèle, après vous être entouré de tous les moyens de diagnostic sur lesquels j'ai insisté; un taxis modéré, après un grand bain, reste-t-il insuffisant, vous n'avez pas de temps à perdre, il faut opérer.

Comme je vous le disais au début de cette leçon, nous n'avons pas eu cette année d'entérocèle à opérer, mais une entéro-épiplocèle; c'est donc de l'opération dans ces derniers cas dont je vais m'occuper.

Il faut ici établir deux catégories de faits, et nous en trouvons des exemples dans nos deux observations III et IV d'entéro-épiplocèle.

Tantôt le taxis peut amener la réduction de l'anse intestinale herniée (ce résultat se traduit, comme phénomène immédiat, par la sensation classique du gargouillement). Il reste alors seulement une portion d'épiploon, que vous reconnaîtrez aux caractères assignés plus haut. Vous ne devez faire aucune tentative de réduction sur cet épiploon; vous avez, en effet, converti votre entéro-épiplocèle en une épiplocèle pure; ne vous inquiétez plus des vomissements bilieux qui peuvent encore persister; appliquez le traitement indiqué, et attendez la réduction spontanée de cet épiploon.

Lorsque le taxis a été insuffisant pour amener ce résultat heureux, l'intervention chirurgicale devient alors nécessaire; c'est ainsi que les choses se sont passées chez le malade de l'observation IV.

J'appelle votre attention sur le procédé opératoire que j'ai mis en usage, car il est très-pratiqué en Angleterre, dans le cas de hernies aussi volumineuses que l'était celle du patient; il est loin d'être nouveau, puisqu'il a été préconisé par J. L. Petit. J'avais le dessein de faire rentrer l'intestin, sans me préoccuper de l'épiploon, en un mot, de transformer l'entéro-épiplocèle en une épiplocèle. Le taxis avait été reconnu inutile; il fallait débrider et débrider juste assez pour que l'intestin pût rentrer. L'opération du débridement sans ouverture du sac me paraissait indiquée.

Partant de ce principe que tout obstacle à la rentrée de la hernie siége au niveau du collet du sac dans les hernies congénitales, c'est là que le chirurgien doit porter son action; c'est au niveau des anneaux qu'il trouvera ces brides, dépendances d'un fascia développées sous l'influence d'un bandage, d'une inflammation, etc., etc., dont la formation s'oppose à la rentrée de l'intestin. Cette opération n'est pas difficile. Le toucher guide dans la recherche du collet de la hernie : ainsi dans le cas qui nous occupe, on sentait au collet de la hernie une bride tendue, circulaire, au-dessus et au-dessous de laquelle on n'éprouvait plus qu'un défaut de résistance. Pour vous dépeindre cette sensation, je ne saurais mieux la comparer qu'à celle que ferait éprouver un lien constricteur, un ruban de fil, par exemple, serré assez fortement autour d'un bras, et que l'on peut sentir par le toucher sans regarder. C'est sur ce point que j'ai sectionné en dédolant. A un moment donné, il s'est produit une détente subite, qui indiquait la perte de résistance de l'anneau contricteur, et la masse intestinale s'est alors réduite facilement sous l'influence d'une pression modérée sur la hernie. Nous n'avions plus affaire qu'à une épiplocèle, et ce qui le prouvait, c'est que le pédicule de la hernie avait diminué des trois quarts, quoique la hernie eût dans son entier à peu près le même volume, c'est que, en arrière de la paroi abdominale, il n'y avait pas trace d'induration. Vous avez vu que je n'ai fait aucune tentative pour faire rentrer cet épiploon. Instruit par l'expérience, nous avons pu prédire à l'avance sa réduction spontanée, laquelle, en effet, est arrivée après quarante-cinq heures.

L'incision verticale faite au niveau du collet du sac est presque entièrement cicatrisée, et notre malade a échappé à tous les accidents; le 20 mai, le malade se lève et commence à porter son bandage; il est sorti guéri de l'hôpital le 22 mai.

HOPITAL DE LA MARINE DE BREST

Observation d'un cas de purpura rhumatismal à forme érythémateuse

Par le docteur Borius, médecin de première classe de la marine.

Le nommé V... (François), âgé de dix-huit ans, matelot à bord du vaisseau *la Bretagne*, entre à l'hôpital de la marine de Brest, le 21 avril 1875, salle n° 11, lit n° 24.

L'avant-veille de son entrée à l'hôpital, cet homme éprouvant quelque difficulté dans la marche, ainsi que dans les mouvements du bras gauche, examina ses membres et fut surpris de les trouver couverts de larges taches sanguines. En vingt-quatre heures, l'éruption qui avait débuté par les jambes et l'avant-bras gauche, envahit dans toute leur périphérie les membres inférieurs et supérieurs. Le malade fut porté à l'hôpital et y entra sous le diagnostic purpura.

Ce jeune homme, d'une bonne santé habituelle, mais de constitution légèrement lymphatique, n'a jamais eu de maladie dont il ait gardé souvenir, ni scrofule, ni rhumatisme, ni scorbut; aucune affection vénérienne, ni cutanée.

Avant de ressentir dans les mouvements des membres la gêne qui attira son attention, il n'avait éprouvé ni frisson, ni fièvre, ni douleur lombaire, ni mal de gorge, ni épistaxis; l'appétit était intact.

Au premier examen du malade nous constatons que les membres sont couverts de plaques d'un rouge pourpre. Ces plaques sont réparties sur toute la surface cutanée des membres, avec une égale confluence; celles qui datent déjà de vingt-quatre heures n'offrent aucune élevure au-dessus du niveau cutané. Elles sont irrégulières de forme et d'étendue; les plus petites sont circulaires, et d'un diamètre de 2 à 3 millimètres; les plus grandes atteignent les dimensions de la paume de la main. Leurs bords sont inégalement limités, mais avec une tendance à la forme semi-circulaire. La teinte rouge hématique n'est aucunement modifiée par la pression digitale, ni par la gêne que l'on peut apporter à la circulation artérielle ou à la circulation veineuse du membre. Les plaques les plus récentes, celles qui siégent dans le voisinage du tronc, sont parfaitement délimitées: elles ont pour base des élevures qui, à la vue, sont analogues à celles de l'urticaire. A la palpation, on sent au-dessous des taches rouges une induration très-marquée du derme; cette induration déborde d'environ un millimètre la surface colorée; elle ne forme en aucun point des nodosités parfaitement isolables, et pouvant se comparer à celles de l'érythème noueux. Les dimensions varient de 1 à 2 millimètres à 4 centimètres de diamètre.

Quelques plaques ont une forme irrégulière; mais la plupart affectent une forme circinée nettement caractérisée. Les plus petites constituent un cercle complet avec ou sans partie saine au centre; les autres ont l'aspect de croissants. Parfois au centre de l'arc formé par ce croissant, et séparé de lui par du tissu sain, se voit un point rouge avec légère induration papuliforme à la base. La concavité de ces croissants est indifféremment dirigée vers les parties inférieures, supérieures ou latérales des membres. Quelques taches plus rares ont une forme complétement annulaire: au centre de l'anneau est une surface décolorée et pâle, au milieu de laquelle se trouve une tache rouge de diamètre variable, comme celui de l'anneau.

La teinte des plaques récentes est d'un rouge écarlate; six heures après leur apparition, elle est d'un rouge framboisé, faisant place plus tard au rouge vineux, puis à des teintes semblables à celles qui succèdent aux ecchymoses traumatiques, et qui persisteront encore avec un aspect jaunâtre au quinzième jour.

Il n'y a de douleur ni de prurit en aucun point; la tension des parties profondes dans les points où la confluence est considérable rend seule les parties malades légèrement douloureuses à la pression. En aucun point l'épiderme n'est soulevé; pas de desquamation. Aux deux genoux, aux coudes, à la face dorsale de la main gauche, le malade éprouve des douleurs accompagnées d'un gonflement modéré. Ces douleurs rendent les mouvements très-pénibles; elles ont le caractère de celles du rhumatisme articulaire à forme subaiguë.

A ces symptômes locaux ne répondent aucun des symptômes généraux qui accompagnent ordinairement les exanthèmes généralisés. Le pouls est plein, régulier, de force modérée; la peau n'est pas chaude; il n'y a pas de céphalalgie; les yeux ont leur aspect normal; la langue est légèrement blanche; l'appétit est bon: le malade mange le quart de la ration d'hôpital et réclame à manger; les selles sont normales; pas de mal de gorge; pas de toux. Résultat négatif de l'examen des poumons.

Au cœur nous trouvons les signes d'une endocardite; la matité n'est pas augmentée, cependant les bruits du cœur sont légèrement affaiblis. Nous notons un souffle très-accusé au premier temps, avec maximum à la pointe. Le pouls est irrégulier, faible, donne au sphygmagraphe un tracé à amplitudes très-faibles. Aucune douleur à la région précordiale.

Tel est l'état du malade à son entrée à l'hôpital, le 21. — Suivons de jour en jour la marche de la maladie et les modifications que cette éruption a suivies dans sa forme.

Le 22, à la visite du soir, on remarque quelques plaques d'induration du tissu cutané, à la partie supérieure du bras gauche. Ces plaques ne sont le siége d'aucune coloration; la peau est plutôt légèrement décolorée que congestionnée.

Le 23, à la visite du matin, on remarque que la surface des plaques est devenue rouge et a pris l'aspect des parties déjà envahies. L'induration a augmenté; elle déborde d'un centimètre les plus larges taches. Les taches les plus anciennes commencent à se décolorer et à prendre une teinte ecchymotique. Les douleurs articulaires ont disparu aux genoux et à la main; l'état général est toujours très-bon; le pouls à 64.

Le soir, le gonflement du bras droit est devenu considérable; il y a de la douleur résultant de la tension des tissus; la peau semble doublée d'épaisseur. Les joues, les deux oreilles et le menton sont envahis d'indurations. Ces indurations, plus prononcées que celles des membres, sont surmontées d'une teinte à peine rouge pâle. Sans offrir complétement l'aspect et la forme de nodosités ou de tubercules, ces indurations sont assez prononcées pour donner au malade l'aspect d'un homme atteint de lèpre léonine.

Le 24, l'éruption a gagné la partie supérieure de la face; les paupières sont fortement infiltrées; les yeux sont clos; les plaques, d'un rouge beaucoup moins prononcé que celles des membres, affectent surtout la forme circulaire; pas de fièvre.

Le soir, tuméfaction considérable du front. Le gonflement du visage n'est pas uniforme. Les muqueuses des lèvres et des yeux sont à l'état normal. On remarque quelques indurations très-discrètes du cuir chevelu, sans coloration. Il n'y a pas de céphalalgie proprement dite; mais la tension de la peau de la face est douloureuse. Le pouls s'élève à 80; douleur à la gorge, sans rougeur; difficulté de la déglutition, paraissant due à la tension de la peau du cou.

Le 25, l'éruption de la face entre dans une période de décroissance; les yeux peuvent s'ouvrir; pas de fièvre.

Le 26, pas de progrès de l'éruption; elle a jusqu'ici complétement respecté le tronc, elle est limitée d'une manière bien nette en bas, aux plis cruraux, au cou et aux épaules, en haut. Elle ne s'étend en aucun point aux muqueuses.

Le 27, la marche de l'éruption reprend son cours: le tronc est envahi; les organes génitaux, le ventre sont atteints de bas en haut, tandis que l'éruption gagne de haut en bas l'épaule et la partie supérieure du thorax.

Le 28, toute la poitrine est envahie, et l'éruption supérieure rencontre celle qui, de bas en haut, a couvert la partie inférieure du tronc. Mouvement fébrile dans la soirée.

Le 29, le dos est atteint: les plaques y sont confluentes avec des indurations très-prononcées. Le décubitus est d'autant plus douloureux qu'en même temps les épaules sont le siége d'un gonflement considérable et de douleurs rhumatoïdes. La fièvre est modérée. La température, normale le matin, 37°2, s'élève le soir à 38°4. A ce moment les taches des membres et de la face ont perdu l'intensité

de leur couleur; les membres restent tigrés d'ecchymoses à forme semi-lunaire.

Le 30 au matin, la température est normale ; mais il y a le soir une élévation de la chaleur. Le thermomètre atteint pour la seconde fois 38 degrés, et, avec ce mouvement fébrile, débute une nouvelle poussée de l'éruption, qui va suivre une marche inverse de la précédente, c'est-à-dire du tronc vers les extrémités. Le souffle au cœur est toujours intense; il y a de l'irrégularité du pouls. Sous l'influence d'un purgatif et d'une dose de trente gouttes de teinture de digitale, le pouls redevient régulier, et la température se maintient les jours suivants normale ou même au-dessous de la normale.

(*A suivre.*)

DE L'ARTHRITE TUBERCULEUSE

DÉMONSTRATION DE L'EXISTENCE DE CETTE AFFECTION PAR INOCULATION DE PRODUITS SYNOVIAUX (1).

par le docteur J. Roux (de Lyon).

Conclusions. — Il existe dans la catégorie des tumeurs blanches une variété véritablement tuberculeuse, qui mérite d'en être distinguée à tous les points de vue. — La nature tuberculeuse de cette arthrite se démontre, soit par l'anatomie pathologique, soit par l'expérimentation. — Les rapports étiologiques entre l'arthrite tuberculeuse et la tuberculose pulmonaire sont évidents et bien connus d'une façon générale, mais ne sont pas encore précisés dans leur détail. — La symptomatologie de l'arthrite tuberculeuse est obscure actuellement; le diagnostic, dans la majorité des cas, n'arrive qu'à une probabilité et non à une certitude. — L'existence d'une arthrite tuberculeuse, ou tout au moins phthisiogène, est le plus souvent une indication d'intervention active : résection ou amputation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 juin 1875. — Présidence de M. GOSSELIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des épidémies observées en 1874, dans le département de l'Aveyron. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. Burdel (de Vierzon), récemment nommé membre correspondant.

M. LARREY présente : 1° de la part de M. Bérenger-Féraud, un *Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal;* 2° au nom de M. le docteur Passot, *Trois Observations d'accidents produits par la foudre.*

M. RICORD, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours suivant, qu'il a prononcé, au nom de l'Académie de médecine, sur la tombe de M. Demarquay.

Mon cher Demarquay,

Je viens, au nom de l'Académie de médecine, qui te regrette, et au mien, te faire de derniers adieux dans ce pays qui t'a vu naître et que tu ne dois plus quitter. Triste mission à laquelle je ne m'attendais guère dans les longs et charmants voyages que nous avons faits ensemble et que tu aimais tant.

Aurai-je le courage de rappeler ta vie si laborieuse, si pleine de succès, mais aussi si tourmentée. Il faudrait, pour te faire connaître, un panégyriste moins ému et plus éloquent que moi; ce sera l'œuvre d'un autre qui fera mieux sans doute, mais sans t'aimer autant.

Vous tous, parents ou amis, tristement réunis autour de cette tombe, vous le savez, l'homme de bien qui nous quitte et que nous pleurons, Jean-Nicolas Demarquay, est né ici, à Longueval, en 1814, d'une famille honorable de cultivateurs. Sa première éducation a été faite dans ce village par le respectable maître d'école qui vit encore pour rendre les derniers honneurs à son ancien disciple.

Demarquay quitta Longueval à l'âge de quinze ans, pour venir à Paris, sans autres ressources que son courage et sa force de volonté, ressemblant en cela à quelques-uns de nos éminents collègues que nous avons perdus. Il dut refaire des études sérieuses et, pour cela, suivant les préceptes de Barthez, il se mit à enseigner aux autres ce qu'il avait besoin d'apprendre lui-même : il se fit maître d'études, et ses élèves l'aidèrent ainsi à vivre et à s'instruire. Une mémoire prodigieuse, une grande justesse d'esprit et l'amour du travail lui permirent d'acquérir les titres nécessaires pour commencer l'étude de la médecine.

Vous connaissez tous la carrière brillante qu'il a parcourue à travers des luttes incessantes qui ne l'ont jamais arrêté; mais s'il a eu des opposants nombreux, son caractère droit, honnête et bienveillant lui a valu des amis sincères et dévoués qui, lorsqu'ils l'ont connu, lui sont restés attachés. C'est ainsi qu'interne, lauréat des hôpitaux en 1845, puis aide et prosecteur d'anatomie, il est devenu le disciple favori de Blandin, pour lequel il a toujours, avec sa bonne nature, conservé un respect religieux et une éternelle reconnaissance.

Breschet fut aussi son guide, et notre vénérable collègue, M. le professeur Cloquet, son constant et bienveillant protecteur. Reçu docteur en médecine en 1847, je ne l'ai connu qu'en 1853, lors de son concours pour le bureau central. Il était déjà lauréat de l'Institut et membre de la Société de chirurgie. J'ai eu l'honneur et le bonheur d'être son juge dans ce concours si brillant pour lui et dont il est sorti le premier parmi des compétiteurs du plus grand mérite, qui font aujourd'hui l'honneur de la chirurgie française.

Dès ce jour, Demarquay est devenu mon ami inséparable, sans que jamais une question de science ou toute autre ait élevé un nuage entre nous.

Nommé chirurgien de la Maison municipale de santé en 1858, on a pu le voir jusqu'à ces derniers jours, où la fatigue et la maladie qui le minaient, et qu'il cachait, l'ont forcé à demander un congé qui, hélas ! devait être définitif.

C'est dans cette maison hospitalière, qui conservera longtemps son souvenir, que le grand chirurgien s'est révélé à tous ceux qui venaient le voir et suivre ses intéressantes visites : élèves, médecins français et célébrités étrangères ont pu juger et apprécier sa grande habileté opératoire, ses vues ingénieuses et ses grandes et infaillibles connaissances anatomiques.

C'est sur ce théâtre que sa réputation grandissait chaque jour, et en faisait un des praticiens les plus répandus et un des plus aimés de ses malades.

C'est de la Maison de santé que sont partis ses plus beaux et ses plus nombreux travaux; c'est là aussi que l'Académie de médecine l'a pris, en 1867, pour en faire un de ses membres les plus distingués.

Ce n'est point le lieu d'énumérer tout ce qu'a fait pour la science notre malheureux collègue et d'en donner l'analyse, il a fait ce travail lui-même dans l'exposé de ses titres, lors de sa candidature à l'Académie des sciences, une de ses légitimes ambitions que la mort cruelle vient d'arrêter, ainsi que les intéressants travaux qui devaient l'y conduire.

Mais laissons reposer en paix l'homme de sciences pour lui adresser les hommages dus à son courage et à son dévouement pendant nos derniers malheurs. Tout le monde a pu le voir dans les ambulances de la presse affrontant les plus grands dangers et se montrant partout où ses secours pouvaient être utiles. Le général Ducrot et l'amiral la Roncière le Noury lui ont rendu, comme il le méritait, la plus éclatante justice.

Rien ne l'a arrêté, et les horreurs de la Commune et ses sinistres violences ne l'ont pas empêché de rester à son poste. Aussi a-t-il bien mérité la croix de commandeur de la Légion d'honneur qui lui a été conférée pour faits de guerre.

J'ai pu, dans notre intimité et dans nos longs voyages, où l'amour de l'art, et surtout de l'art chrétien, le préoccupait toujours, appré-

(1) In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris J. B. Baillière et fils.

cier ses sentiments religieux qu'il a conservés jusqu'à sa dernière heure.

Sa mort a été celle de notre éminent collègue Trousseau : même maladie, même abnégation, même tranquillité d'âme, même exemple sublime pour nous apprendre à mourir dignement.

Adieu Demarquay, homme aimable et aimé, savant honnête et consciencieux, la science, tes malades et tous tes amis te pleureront toujours.

M. LE PRÉSIDENT annonce, d'après des renseignements officieux auxquels on peut ajouter une entière confiance, que M. Demarquay a fait à l'Académie un legs très-considérable. Le Conseil, sur la proposition de M. Devilliers, a décidé que, pour témoigner à la mémoire de M. Demarquay la reconnaissance de l'Académie, il serait célébré un service funèbre, dont le jour et l'heure seraient ultérieurement indiqués.

M. le président annonce ensuite qu'une souscription sera ouverte dans les bureaux de l'Académie pour les victimes des inondations du midi de la France.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES

M. DEPAUL met sous les yeux de l'Académie une pièce qui lui a été adressée par le docteur Moussous (de Bordeaux). Cette pièce provient d'une femme accouchée, il y a trente jours, de trois enfants vivants et bien portants, encore actuellement. La particularité la plus intéressante de cette pièce est relative à la disposition du placenta, des trois cordons et des poches amniotiques. Le placenta ne forme qu'une seule masse, sur laquelle les trois cordons s'insèrent de trois manières différentes : l'un, en effet, s'insère au centre du placenta, l'autre sur son bord, l'autre sur les membranes ; des communications vasculaires unissent un de ces cordons à chacun des deux autres ; les poches amniotiques ont été au nombre de trois. D'après le récit de M. le docteur Moussous, en effet, il y eut trois fois rupture de membrane avant l'extraction d'un fœtus. En ce moment, dans l'état de la pièce, il est difficile de reconnaître distinctement chacune de ces trois poches. Les communications vasculaires qui se rencontrent ici sont surtout fréquentes quand les fœtus sont réunis dans une poche unique.

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA.

M. BRIQUET lit la première partie d'un discours qu'il doit continuer dans la séance prochaine.

Il se propose de montrer :

1° Que les causes du choléra ne se trouvent que dans l'Inde et dans quelques pays voisins, et non ailleurs.

2° Que cette maladie existe depuis un temps immémorial dans l'Inde, et qu'elle ne s'est montrée ailleurs que depuis 1817.

3° Que les grandes épidémies qui ont parcouru successivement le globe sont constamment parties de l'Inde.

M. Briquet rappelle que, depuis Hippocrate, on a constamment regardé comme causes productives du choléra morbus un certain nombre d'agents, dont les principaux sont l'usage de certains aliments indigestes et surtout l'action brusque du froid humide sur la peau échauffée, ou couverte de transpiration, et celle des boissons froides pendant la chaleur. Or l'influence de ces agents morbifères n'est nulle part élevée au degré où elle existe dans l'Inde et surtout dans le Bengale.

Il y a dans l'Inde tant de causes cholérifiques, que cette maladie y est continuelle et extrêmement répandue sous forme sporadique, mais que sa fréquence va en augmentant à partir de la fin de la saison des pluies durant tout le temps des inondations. L'atmosphère est tellement sursaturée d'humidité et les organismes humains sont tellement modifiés par la vapeur d'eau infectée, et par les passages brusques et fréquemment répétés du chaud au froid, que la moindre imprudence dans les aliments dans les boissons et dans l'exposition à l'air est infailliblement suivie d'une attaque de choléra.

M. Briquet déclare que la genèse du choléra épidémique est la même que celle de la fièvre typhoïde, transformée en typhus, et de la dysentérie, devenue épidémique. Les épidémies de choléra ont donc leur point de départ dans l'Inde, d'où elles se propagent par contagion. M. Briquet rappelle un certain nombre de faits tendant à démontrer que telle est la marche du choléra.

M. LE PRÉSIDENT demande si quelqu'un des orateurs inscrits veut prendre la parole dès aujourd'hui, avant la suite du discours de M. Briquet.

M. JULES GUÉRIN désirant traiter la question à un point de vue tout personnel, préfère attendre que les réponses qui doivent être adressées au discours de M. Tholozan soient terminées.

M. BOUILLAUD dit que vu le peu de temps que M. Tholozan doit passer à Paris, il conviendrait de borner actuellement la discussion sur le choléra à la question traitée par M. Tholozan dans la dernière séance.

M. THOLOZAN. Cette question est celle de l'origine du choléra épidémique. Il s'agit de savoir si cette maladie est toujours engendrée en Inde et par des influences qui ne se font jamais sentir ailleurs. M. Briquet vient de soutenir que dans l'Inde le choléra résulte de l'action de la température, de l'humidité, etc., en un mot, des causes banales, tandis qu'ailleurs il serait produit exclusivement par des causes spécifiques. Ainsi le choléra serait tout différent en Inde et ailleurs.

M. BRIQUET. J'admets que le choléra est contagieux dans l'Inde.

M. THOLOZAN. Si le choléra était en Inde un produit du sol pour ainsi dire, s'il y naissait spontanément, sans avoir besoin de causes spécifiques, le fait aurait été facilement reconnu par les médecins anglais qui exercent dans cette contrée. Or, au contraire, j'ai lu avec grand soin, depuis plusieurs années, tous les documents qui émanent de l'administration sanitaire de l'Inde anglaise. Je n'ai pas voulu entrer, ici, dans le détail des faits parce qu'ils sont trop nombreux. Mais mon impression générale, basée sur cette étude, est que tous les médecins anglais admettent des causes spécifiques pour le choléra aussi bien dans l'Inde que dans les pays occidentaux. Ils n'admettent pas l'action des causes banales.

M. BRIQUET. Ce ne sont pas des causes banales puisqu'elles produisent le choléra. J'ai montré que le choléra sous des influences climatériques, devenait épidémique et contagieux, de sporadique qu'il était auparavant. Quand la température devient plus mauvaise, les pluies plus fréquentes, la maladie se développe de plus en plus. Le parallélisme est constant, et il est complet.

M. BOULEY. On ne doit pas parler de causes banales lorsqu'il s'agit de choléra. Le choléra est une maladie propre à l'Inde, comme la fièvre jaune est propre à certaines contrées, en dehors desquelles elle ne peut naître, comme la peste bovine,

M. HARDY. La fièvre intermittente,

M. BOULEY. Et beaucoup d'autres maladies qui se développent toujours sous des influences locales. Maintenant, pour le choléra, quelles sont ces influences? Faut-il les rattacher aux émanations du Gange, ou bien des marais, ou à autre chose? Nous ne le savons pas. Le fait est que le choléra naît toujours dans l'Inde.

M. GUÉRIN. Moi, je prétends qu'il peut naître aussi dans toutes les parties de l'Europe, et que, même dans les dernières épidémies, il était né en plusieurs endroits simultanément; je l'ai déjà prouvé.

M. BOULEY. Vous l'avez déjà dit, mais non pas démontré.

M. GUÉRIN. M. Bouley n'était pas disposé à recevoir ma démonstration, à cause de sa théorie sur la genèse de la peste bovine. Mais je ne suis pas seul à croire que cette théorie elle-même est hasardée, et que la peste bovine naît dans plusieurs endroits.

M. THOLOZAN. M. Briquet paraît attribuer aux seules causes climatériques le développement des épidémies de choléra. Suivant lui, cette maladie resterait sporadique et légère dans l'Inde jusqu'à ce que ces causes vinssent lui donner une impulsion nouvelle. Mais d'abord il faudrait prouver qu'il y a en Inde des choléras légers, comparables au choléra *nostras*, et dont cinquante guérissent sur cinquante et un. J'ai parcouru, à ce propos, toutes les publications anglaises, et je n'y ai trouvé nulle part démontrée l'existence de ces choléras bénins; au contraire, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, le choléra y est très-violent dès sa naissance.

M. CHAUFFARD. Ceci prouve qu'on ne doit pas confondre le choléra épidémique avec le choléra *nostras* ou sporadique.

M. BRIQUET. Le choléra épidémique naît du choléra sporadique

qui existe en Inde en tout temps. Il n'y a pas lieu de distinguer plusieurs espèces de choléra, mais des degrés très-différents dans l'intensité, la nocuité, la contagiosité de cette maladie. Je reviendrai sur ce sujet dans la suite de mon discours.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1875.

147. Sommeillier. Considérations sur l'épididymite caséeuse.
148. Virolle. Du traitement des rétrécissements de l'urèthre.
149. Wolff. Recherches sur la pourriture d'hôpital.
150. Thomas. De l'érysipèle périodique cataménial.
151. Leconte. De certaines manifestations morbides qu'il est dangereux de guérir.
152. Soudée. Des troubles fonctionnels du pneumogastrique chez les femmes hystériques.
153. Cazes. Étude sur les adhérences du cœur.
154. Coccio. De l'innocuité relative des accouchements chez les primipares âgées.
155. Lozes. Contributions à l'étude de l'action physiologique et thérapeutique de la digitale.
156. Lesueur. De l'état du foie chez les hémorrhoïdaires.
157. Ménard. Essai sur la congestion pulmonaire localisée aux sommets.
158. Wagnier. De la mort par la chaleur extérieure.
159. Mornard. Séméiologie des éruptions cutanées dans la fièvre typhoïde.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hier mardi M. le docteur Bouchut a fait devant un nombreux auditoire une exposition de ses travaux sur la cérébroscopie. Les projections à la lumière de magnésium permettaient de se rendre parfaitement compte des images ophthalmoscopiques. On ne saurait trop applaudir à la vulgarisation d'une méthode d'exploration *toute française*, et à laquelle M. Bouchut a, depuis 1862, consacré tant de travail. La cérébroscopie est certainement appelée à prendre place, comme exactitude et utilité pratique, auprès de l'auscultation, de la percussion, de la thermométrie et du microscope. Les applaudissements de son auditoire ont dû faire oublier un instant à M. Bouchut les attaques injustes avec lesquelles a d'abord été accueillie la cérébroscopie. On nous rendra cette justice que nous avons dès le début prêté toute notre publicité aux travaux de l'éminent médecin des Enfants malades; et nous serons toujours heureux d'enregistrer les recherches si précieuses de notre savant collaborateur.

— *Concours d'agrégation.* — Le tirage au sort des sujets de thèses a eu lieu samedi dernier, il a donné les résultats suivants :

MM. Berger : *De l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques.* — Blum : *Des arthropathies d'origine nerveuse.* — Marchand : *Des accidents qui peuvent compliquer la réduction des luxations traumatiques.* — Monod : *Étude comparative des diverses méthodes d'exérèse.* — Pozzi : *De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus.* — Terrillon : *Du rôle de l'action musculaire dans les luxations traumatiques.* — Richelot : *Pathogénie, marche et terminaison du tétanos.* — Jullien : *De la transfusion du sang.* — Pénières : *Déterminer les progrès que l'histologie a fait faire au diagnostic des tumeurs.* — Roustan : *Des lésions traumatiques du foie.* — Chantreuil : *Des dispositions du cordon, la procidence exceptée, qui peuvent troubler la marche régulière de la grossesse et de l'accouchement.* — Pinard : *Faire connaître les contre-indications de la version dans la présentation de l'épaule et des moyens qui peuvent remplacer cette manœuvre.* — De Soyre : *Dans quel cas est-il indiqué de provoquer l'avortement?*

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Le conseil général d'administration des hôpitaux et hospices civils de Lyon donne avis que le lundi 18 octobre 1875, à huit heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de quatorze élèves internes, appelés à faire le service de médecine et chirurgie dans les hôpitaux et hospices civils.

Ce concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu, devant le conseil d'administration, assisté d'un jury médical ; il comprendra quatre séances. Le temps accordé pour traiter les questions orales et les questions écrites sera fixé par le jury.

1re séance. — I. Préparation anatomique. II. Question d'anatomie et de physiologie à traiter de vive voix.

2e séance. — Question de pathologie chirurgicale à traiter par écrit.

3e séance. — Question de pathologie médicale à traiter par écrit.

4e séance. — I. Opération de petite chirurgie. II. Trois questions dites de garde, à traiter de vive voix : chirurgie ; médecine ; pathologie spéciale ; accouchement, aliénation mentale, syphilis, maladies de la peau.

Conditions d'admission au concours. — Les candidats devront :

1° Se faire inscrire au secrétariat général des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, n° 44, cinq jours au moins avant le 18 octobre, passé ce délai aucune inscription ne sera admise.

2° Déposer leur acte de naissance et un certificat de bonne vie et mœurs, délivré par le maire de leur résidence ou par le chef de l'école où ils ont fait leurs études.

3° Justifier de huit inscriptions prises pour le doctorat en médecine. Si le candidat est élève de l'école de Lyon, il devra de plus présenter un certificat de stage, délivré par son chef de service et visé par l'administrateur directeur de l'Hôtel-Dieu. Les élèves d'une autre école ne seront admis à concourir que s'ils sont pourvus de douze inscriptions prises en vue du doctorat.

Service et traitement. — Les candidats nommés rempliront dans les hôpitaux et hospices civils les fonctions d'élèves internes suppléants à partir de leur nomination jusqu'au 3 novembre 1876, et à cette époque ils deviendront titulaires pour trois ans.

Ils seront tenus de se conformer aux règlements actuellement relatifs aux élèves internes et à ceux que le Conseil pourra établir.

Ils recevront, en outre, à titre de traitement annuel, savoir : les internes de l'Hôtel-Dieu, de l'hôpital de la Croix-Rousse, de la Charité, de l'Antiquaille, 260 francs; ceux du Perron et de l'Asile Sainte-Eugénie, 400 francs.

L'administration se réserve le droit de ne nourrir et loger les élèves internes de l'Hôtel-Dieu et de la Charité que pendant leurs jours de garde; dans ce cas leur traitement sera de 650 francs pour la première année, de 750 francs pour la deuxième, 850 francs pour la troisième.

Le prix de fondation *Amédée Bonnet*, une trousse d'honneur, sera décerné en séance publique au candidat qui obtiendra le premier rang sur la liste des internes nommés à la suite du concours.

Modifications apportées au concours pour l'internat à partir de 1875.

En se faisant inscrire pour le concours qui aura lieu en 1875, de même que pour les concours suivants, les candidats aux fonctions d'internes appartenant à l'école de Lyon, devront présenter un certificat constatant qu'ils ont rempli pendant un an au moins les fonctions d'élève externe dans l'un des hôpitaux ou hospices civils de Lyon. Ce certificat sera signé par tous les chefs de service auprès desquels l'élève externe aura été placé, et par le chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, et sera en outre visé par les administrateurs-directeurs des hôpitaux ou hospices auxquels ils auront été attachés comme élèves externes.

Les candidats appartenant à d'autres écoles que celle de Lyon devront ou présenter un certificat constatant qu'ils ont été nommés au concours internes ou externes dans un hôpital, et qu'ils en ont rempli les fonctions pendant un an au moins ; ou avoir douze inscriptions de faculté ratifiées par un examen de fin d'année.

Si le nombre des candidats est plus considérable que le triple de places à donner, les épreuves du premier jour pourront, sur avis du jury, être considérées comme épreuves d'admissibilité, à la suite desquelles un classement serait établi.

Ne seront alors admis à subir les épreuves des 2e, 3e et 4e séances, que ceux des candidats qui occuperont les premiers rangs jusqu'au numéro déterminé par le nombre triple des places à donner. Si enfin le nombre des candidats se présentant le premier jour était tel que tous ne puissent subir les épreuves le même jour, ils pourront être divisés en plusieurs séries qui subiront successivement les épreuves d'admissibilité.

Un second concours s'ouvrira le 26 octobre, à huit heures du matin, pour la nomination d'élèves externes appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les hôpitaux et hospices civils de Lyon.

Les formalités à remplir pour l'inscription sont les mêmes que celles précédemment décrites; mais les candidats ne devront justifier que de quatre inscriptions prises pour le doctorat en médecine.

Les épreuves comprendront deux séances et seront composées :

1re séance. — D'une question d'anatomie : ostéologie, myologie, syndesmologie, à traiter par écrit;

2e séance.— I. D'une question de petite chirurgie à traiter de vive voix. II. D'une opération de petite chirurgie à pratiquer.

Si l'administration le juge nécessaire, une troisième séance pourra être ajoutée pour traiter une question de matière médicale, et, dans ce cas, les candidats en seront avertis, par voie d'affiche, un mois avant l'ouverture du concours.

Le nombre des élèves externes à nommer sera fixé d'après les besoins du service au moment de l'ouverture du concours.

Service et traitement. — Les candidats nommés rempliront les fonctions d'élèves externes depuis le 1er novembre 1875 jusqu'au 31 octobre 1877. Ils devront se conformer aux règlements actuels relatifs aux élèves externes et à ceux que le conseil pourra établir. Ils recevront un traitement de 25 francs par mois.

— *Excursions scientifiques.* — M. le professeur Chatin, directeur de l'École de pharmacie, fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 4 juillet 1875, dans le bois d'Yvette et de la vallée de Chevreuse.

Rendez-vous à la gare de l'Ouest (Montparnasse) à sept heures et demie par le train partant de Paris à huit heures pour la station la Verrière.

— M. Bureau, professeur au Muséum fera sa prochaine herborisation, le dimanche 4 juillet 1875, dans la forêt de Saint-Germain.

Rendez-vous à la station du Pecq, à l'arrivée du train qui part de Paris (gare Saint-Lazare) à neuf heures trente minutes.

— M. Daubrée, professeur au Muséum, en son absence M. Stanislas Meunier, fera une excursion géologique, le dimanche 4 juillet 1875, à la Côte-Saint-Martin, Ormoy, Morigny, Jeurre, et Étrechy.

On se réunira à la gare d'Orléans, où l'on prendra, à sept heures quinze, le train pour Etampes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Kystes hydatiques du poumon et de la plèvre. Étude clinique par le docteur Alfred Hearn. — In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Aphorismes sur les maladies vénériennes, suivis d'un formulaire magistral pour le traitement de ces maladies par le docteur Edmond Langlebert. — 2e édition, revue et augmentée. — 1 vol. in-16. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Du rôle de l'inanition dans la pathologie, par le docteur Albert Balestre, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme, par le docteur Henri Petit. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Contribution à l'étude des tumeurs du testicule, par le docteur G. Nepveu. 2e édition. — In-8° avec 2 planches. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Contribution à l'étude de l'héméphalocèle acquise, par le docteur Lerris A. Lebeau. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

De la hernie du poumon ou pneumocèle, par le docteur Desfosses. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude sur la paraplégie dans le mal de Pott, par le docteur A. Courjon. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Contribution à l'histoire des suites de couches normales et pathologiques, par le docteur Calvet. — In-8°. Prix : 2 francs. Paris, Adrien Delahaye.

Du cornage broncho-trachéal et de ses rapports avec la mort subite, par le docteur J. Binet. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Du rhumatisme; manifestations diathésiques traitées par les eaux de Plombières, par le docteur C. Leclère. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Des déplacements du cristallin sous la conjonctive, par le docteur F. Massie. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Quelques mots sur l'hygiène militaire, par le docteur Carrière, In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Du scotome scintillant ou amaurose partielle temporaire, par le docteur Dianoux. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

—

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Versailles, le 31 mai 1875.

Monsieur le président,

Le décret du 14 juillet 1865, qui a organisé le corps de santé de la marine, a consacré un ensemble de mesures qui ont été un progrès marqué sur la situation antérieure; mais une expérience de près de dix années a conduit à reconnaître que, si les intérêts individuels avaient trouvé dans cette organisation une satisfaction légitime, ceux du service n'en avaient par recueilli tous les résultats sur lesquels le département de la marine avait compté.

Il était devenu nécessaire d'introduire dans la constitution et dans le fonctionnement de ce corps quelques modifications essentielles. Tel est l'objet du projet de décret que j'ai l'honneur de placer sous vos yeux.

Ce décret réunit pour la première fois dans un effectif commun le service des ports et de la flotte et celui des colonies, qui n'avaient pas eu jusqu'à présent, malgré les lourdes charges qu'ils imposent, un caractère exactement défini. Un roulement sera établi désormais entre le service métropolitain et le service colonial, et pour que les conditions d'avancement n'aient pas à souffrir de cette disposition nouvelle, la durée de la présence obligatoire dans nos établissements d'outre-mer sera la même que celle imposée à chaque grade pour le service à bord des bâtiments de l'État.

Toutefois, comme la diversité et l'importance des obligations auxquelles les officiers du corps de santé ont à satisfaire, exigent que les effectifs de tous les grades soient maintenus au complet réglementaire, le diplôme de docteur en médecine ne sera plus exigé pour le concours au grade de médecin de 2e classe. Il est, en effet, démontré que les sacrifices consentis par la marine en faveur des aides-médecins sont restés à peu près improductifs; munis de trop bonne heure d'un titre qui leur donne accès dans la carrière civile, ces jeunes gens s'éloignent en grand nombre du corps qui leur avait ouvert ses rangs, et laissent ainsi vacants les emplois qu'ils étaient destinés à occuper.

Le savoir théorique et professionnel des médecins de 2e classe étant garanti par les sérieuses et difficiles épreuves du concours qu'ils ont à subir pour arriver à ce grade, il a été jugé sans inconvénient pour la pratique du service de ne plus demander le doctorat que pour le grade de médecin de 1re classe. Des dispositions analogues seront appliquées aux officiers de la ligne pharmaceutique.

En revisant avec le plus grand soin les effectifs de chaque grade, on a pu, d'une part, les proportionner d'une manière plus favorable, améliorer les conditions d'avancement des officiers attachés à l'enseignement; de l'autre, augmenter le nombre des places de médecins en chef et étendre jusqu'au grade de directeur l'avancement des officiers voués à la navigation et aux dures fatigues du service colonial.

La ligne pharmaceutique obtient également par le nouveau décret des avantages bien justifiés par l'importance incontestée de ses services.

Telles sont dans leur ensemble, monsieur le président, les modifications qu'il a paru nécessaire d'introduire dans l'organisation du corps de santé de la marine. Elles ont reçu l'approbation du conseil d'amirauté; et en présentant à votre signature le décret qui les renferme, je suis convaincu qu'en assurant d'une manière plus régulière la marche du service, elles seront aussi plus favorables à l'avancement dans un corps dont les preuves de savoir, de zèle et de dévouement ne sont plus à faire.

Veuillez agréer, monsieur le président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre de la marine et des colonies,
MONTAIGNAC.

—

Le président de la République française,

Vu le décret du 14 juillet 1865, concernant l'organisation du service de santé de la marine;

Considérant qu'il existe dans l'ensemble des effectifs du corps de santé des vacances qui ne peuvent être remplies que lentement dans les conditions édictées par le décret susvisé ;

Considérant, en outre, que l'expérience a démontré la nécessité de régler le service à la mer, dans les corps de troupe et aux colonies, dans le sens d'une répartition plus égale des charges que ce triple service impose ;

Sur le rapport du ministre de la marine et des colonies :

Le conseil d'amirauté entendu,

Décrète :

TITRE Ier

COMPOSITION DU CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES.

Article 1er.—Le cadre général du corps de santé de la marine, comprenant le personnel nécessaire au service des ports, de la flotte, des corps de troupes et des colonies, est fixé comme suit :

Service médical.

Inspecteur général.	1	
Directeurs du service de santé.	5	
Médecin inspecteur.	1	
Médecins en chef.	20	
Médecins professeurs.	9	666
Médecins principaux.	40	
Médecins de 1re classe. . . .	200	
Médecins de 2e classe.	240	
Aides-médecins.	150	
A reporter. . .		666

Report. . .		666

Service pharmaceutique.

Pharmacien inspecteur. . . .	1	
Pharmaciens en chef.	4	
Pharmaciens professeurs. . .	6	
Pharmaciens principaux. . .	3	84
Pharmaciens de 1re classe. . .	20	
Pharmaciens de 2e classe. . .	25	
Aides pharmaciens.	25	
Ensemble		750

Les grades de directeur du service de santé, de médecin et de pharmacien inspecteur comportent, dans leur ensemble, trois emplois de 1re classe.

La 1re classe est attribuée à l'ancienneté.

Art. 2. — Les emplois de médecin-major et de médecin aide-major près les corps de troupes de la marine, en France et dans les colonies, sont remplis par les médecins de 1re et de 2e classe dans les proportions déterminées par un règlement du ministre de la marine et des colonies.

Toutefois, lorsque les circonstances l'exigeront, l'emploi de médecin-major pourra être occupé par un médecin principal après décision spéciale du ministre de la marine et des colonies.

Art. 3. — Les emplois du service de santé aux colonies sont remplis par des officiers du corps de santé de la marine.

En cas d'insuffisance numérique des officiers appelés à occuper ces emplois, et si les circonstances ne permettaient pas de recourir aux ressources du cadre général, ni de pourvoir à leur remplacement par une augmentation temporaire d'effectif, il pourra être fait appel, après décisions spéciales du ministre, à des médecins ou à des pharmaciens auxiliaires.

Art. 4. — La solde des médecins et des pharmaciens de la marine est fixée conformément aux règlements en vigueur.

Art 5. — Le diplôme de docteur en médecine cesse d'être obligatoire pour les aides-médecins candidats au grade de médecin de 2e classe.

Cette disposition est applicable aux aides-pharmaciens, en ce qui concerne le diplôme de pharmacien universitaire de 1re classe.

Art. 6. — Les médecins de 2e classe promus à ce grade dans les conditions énoncées par l'article 5 du présent décret devront, en s'inscrivant comme candidats au grade de médecin de 1re classe, justifier des trois ans de grade déterminés par le décret du 14 juillet 1865 et de l'accomplisssement dans leur grade d'une période de deux ans de service à la mer ou aux colonies.

Ils devront produire le diplôme de docteur en médecine.

Ces dispositions sont applicables aux pharmaciens de 2e classe candidats pour le grade de pharmacien de 1re classe remplaçant pour eux celui de docteur en médecine.

Art. 7. — Les aides-médecins nommés à ce grade à la suite du concours de 1874, et ceux qui seront nommés ultérieurement, ne seront admis au concours pour le grade de médecin de 2e classe qu'en justifiant de trois années de service dans le grade d'aide-médecin déterminées par le décret du 14 juillet 1865 et de dix-huit mois d'embarquement dans leur grade.

Pour les aides-pharmaciens candidats au grade de pharmacien de 2e classe, l'embarquement est remplacé par la justification d'un temps égal de service aux colonies. Toutefois le service à la mer remplacera l'obligation du service colonial pour ceux qui compteront dix-huit mois d'embarquement.

Art. 8. — Les médecins auxiliaires de 2e classe comptant, depuis leur admission dans la marine, trois ans au moins de service médical sur les bâtiments de la flotte ou dans les colonies, peuvent concourir pour le grade de médecin titulaire de 2e classe, s'ils réunissent dans leur carrière assez de services à l'État pour être retraités à cinquante-trois ans.

La même disposition s'applique aux pharmaciens auxiliaires de 2e classe.

Art. 9. — Nul ne peut être nommé médecin principal s'il ne réunit quatre années de grade de médecin de 1re classe, s'il n'a accompli dans ce grade une période de service à la mer ou aux colonies, et s'il ne compte d'ailleurs trois ans au moins d'embarquement dans la durée totale de ses services.

Art. 10. — Nul n'est admis à concourir pour le grade de médecin professeur s'il n'est médecin principal ou médecin de 1re classe, et, dans ce dernier cas, s'il n'a servi pendant deux ans au moins dans son grade et accompli en cette qualité un tour d'embarquement ou de service colonial.

Art. 11. — Les directeurs du service de santé et le médecin inspecteur sont choisis parmi les médecins en chef ayant accompli deux années de service effectif dans leur grade.

Ceux qui sont appelés à diriger les écoles de médecine navale de Brest, de Rochefort et de Toulon ne peuvent être choisis que parmi les médecins en chef provenant de l'enseignement.

Les directeurs du service de santé des ports de Cherbourg et de Lorient et le médecin inspecteur sont choisis parmi les médecins en chef provenant des médecins principaux.

Le pharmacien inspecteur est choisi parmi les pharmaciens en chef provenant de l'enseignement.

L'un des pharmaciens en chef compris dans l'effectif des officiers supérieurs de ce grade peut être choisi parmi les pharmaciens principaux ayant accompli quatre années de service dans leur grade.

Art. 12. — L'inspecteur général du service de santé est choisi parmi les directeurs du service de santé appartenant à l'enseignement.

Art. 13. — Les dispositions des articles 9 et 10 du présent décret sont applicables aux officiers de la ligne pharmaceutique en ce qui concerne l'avancement aux grades de pharmacien principal et de pharmacien professeur, avec cette seule différence qu'ils n'ont pas à justifier d'une période de service à la mer.

TITRE II

DU SERVICE A LA MER

Art. 14. — 1° A la mer, le service de santé est dirigé :

Dans une armée navale, par un médecin en chef;

Dans une escadre sous les ordres d'un vice-amiral commandant en chef, par un médecin en chef ou médecin principal;

Dans une division commandé par un officier général commandant en chef, par un médecin principal;

Sur tout bâtiment monté par un officier général en sous-ordre, par un médecin principal;

Dans une division navale commandée par un capitaine de vaisseau, par un médecin de 1re classe pourvu d'une commission de division, qui remplit les fonctions de médecin-major du bâtiment;

Sur tout autre bâtiment comportant la présence d'un médecin, et, selon les effectifs réglementaires, par un médecin de 2e classe ou par un aide-médecin ayant satisfait aux conditions voulues, sauf les exceptions mentionnées au paragraphe 6 ci-après :

2° Les officiers du corps de santé prennent, suivant leur position, les titres temporaires de médecin en chef d'armée, de médecin en chef ou de médecin principal d'escadre, de médecin principal de division, de médecin de division, de médecin-major;

3° Le médecin en chef et le médecin principal d'armée, d'escadre ou de division, font partie de l'état-major général;

4° Le médecin de division fait partie de l'état-major du bâtiment sur lequel il est embarqué;

4° Les médecins de 2e classe et les aides-médecins sont également employés en sous-ordre;

6° Le ministre peut modifier la composition du personnel médical à embarquer sur les bâtiments affectés à des transports de troupes ou autres passagers. Il peut également la modifier en ce qui touche les bâtiments-écoles et les bâtiments destinés à des missions spéciales, et désigner, dans ces deux derniers cas, les officiers du corps de santé qui devront être embarqués.

Art. 15. — Sur tout bâtiment dont l'effectif réglementaire est de 300 hommes au moins, il est embarqué, en outre du médecin de 1re classe médecin-major, un médecin de 2e classe et un aide-médecin.

Sur tout bâtiment ayant un effectif de 300 à 150 hommes, un médecin de 1re classe et un aide-médecin.

Sur tout bâtiment ayant un effectif au-dessous de 150 hommes, un médecin de 2e classe médecin-major.

Il peut être embarqué un aide-médecin, en vertu d'une décision spéciale du ministre, sur les bâtiments dont l'équipage est inférieur à 150 hommes.

Art. 16. — Les aides-médecins reconnus, à la suite d'un concours, admissibles au grade de médecin de 2e classe, peuvent être embarqués pour remplir les fonctions de ce grade, à défaut de médecins de 2e classe titulaires.

TITRE III

SERVICE MÉDICAL DES CORPS DE TROUPES DE LA MARINE.

Art. 17. — Les médecins attachés au service des corps de troupes de la marine, conformement à l'article 2 du présent décret, prennent, suivant leur grade, le titre, et exercent les fonctions de médecin-major et de médecin aide-major.

Ils conservent l'uniforme et ont droit à la solde et aux indemnités attribuées à leur grade dans le corps de santé de la marine.

Art. 18. — Les médecins de 1re classe qu'il y a lieu de détacher près des corps de troupes de la marine sont désignés sur leur demande, et, à défaut, sont pris en tête de la liste de départ.

Les médecins de 2e classe sont désignés, soit à la suite des concours annuels, soit sur leur demande.

Toutefois, lorsqu'il y a nécessité de pourvoir, entre deux concours, à un emploi pour lequel il n'y a pas de demande, le ministre désigne d'office le médecin qui devra l'occuper. Cette désignation s'effectue suivant les conditions réglées pour l'envoi aux colonies par l'article 20 du présent décret.

Le médecin de 2e classe désigné d'office pour les corps de troupes est replacé dans le cadre des ports et de la flotte après deux ans, si pendant ce temps il n'a pas servi aux colonies.

Si le tour de départ pour les colonies l'atteint, il n'est relevé sur sa demande et replacé dans le service général qu'après avoir accompli un tour régulier de service colonial.

TITRE IV

DU SERVICE AUX COLONIES

Art. 19. — Les médecins en chef qu'il y a lieu d'appeler au service des colonies sont désignés d'après une liste spéciale sur laquelle figurent tous les médecins en chef provenant des médecins principaux qui sont employés en France.

Les officiers supérieurs de ce grade provenant de l'enseignement peuvent être admis à servir aux colonies, s'ils en font la demande. La durée des fonctions coloniales des médecins en chef est de trois ans.

Le séjour d'un médecin en chef aux colonies ne peut être prolongé pour une nouvelle période de trois ans que par permutation avec le médecin en chef inscrit en tête de la liste de départ. Ce dernier est alors considéré comme ayant satisfait à son tour de service colonial et classé au dernier rang de la liste.

Les mesures qui précèdent ne seront applicables aux médecins en chef actuellement en exercice dans les ports de Lorient et de Cherbourg que deux ans après la promulguation du présent décret.

Les médecins en chef du service colonial provenant de l'enseignement, rentrent au service métropolitain sous les mêmes conditions que les médecins en chef provenant de la navigation, et ne peuvent, en aucun cas, reprendre leur place dans l'enseignement.

Art. 20. — Les emplois du service de santé aux colonies sont attribués à ceux des médecins de la marine qui en font la demande, ou donnés à la suite des concours ouverts dans les écoles, et d'après les dispositions ordinaires établies pour l'avancement.

Toutefois, lorsqu'il y a lieu de remplir, entre deux concours, des emplois devenus vacants dans le service colonial, et que des demandes n'ont pas été produites, il est procédé à ces remplacements par la désignation, dans chacun des grades de médecin de 1re classe et de médecin de 2e classe, de l'officier le plus jeune de grade parmi ceux qui sont inscrits au premier rang de chacune des listes d'embarquement des ports militaires.

Les médecins principaux qu'il y a lieu de désigner d'office pour occuper des fonctions de ce grade aux colonies, sont pris en tête de la liste d'embarquement ou de départ établie pour ces officiers supérieurs.

Art. 21. — Les emplois de pharmacien du service colonial continuent à être remplis par des pharmaciens de la marine, d'après le mode établi par arrêté du ministre de la marine et des colonies.

La période coloniale est, dans tous les cas, de dix-huit mois pour les aides-pharmaciens.

Art. 22. — Les médecins et les pharmaciens principaux, les médecins et les pharmaciens de 1re et de 2e classe qui ont été affectés au service colonial sur leur demande, ou d'après leur tour de service, ou à la suite des concours, sont replacés dans le service des ports de la flotte après avoir servi aux colonies pendant deux ans.

Cette période peut être doublée sur la demande de l'intéressé transmise au ministre et appuyée par le gouverneur. Toutefois, il n'est statué dans ce sens que si l'officier dont c'est le tour de partir consent à permuter.

Il est alors considéré comme ayant satisfait à son tour de service.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 23. — Les aides-médecins actuellement au service et qui comptent moins de trois ans de grade seront maintenus dans les écoles de médecine navale jusqu'à la fin de leur quatrième année de grade.

Les aides-médecins qui, dans le cours ou à la fin de cette quatrième année de grade, n'auront pas été déclarés admissibles au grade de médecin de 2e classe, seront considérés comme disponibles pour le service à la mer.

Les aides-médecins comptant actuellement plus de quatre ans de service dans leur grade seront disponibles pour le service à la mer aussitôt après la clôture des opérations du prochain concours, dans le cas où ils ne seraient pas reconnus admissibles au grade de médecin de 2e classe.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux aides-pharmaciens en ce qui touche la destination coloniale.

Art. 24. — Restent en vigueur toutes les dispositions des actes antérieurs et notamment du décret organique du 14 juillet 1865, qui ne sont pas contraires à celles que renferme le présent décret.

Art. 25. — Le ministre de la marine et des colonies est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Versailles, le 31 mai 1875.

Maréchal DE MAC MAHON,
Duc DE MAGENTA.

Par le président de la République :

Le ministre de la marine et des colonies,
MONTAIGNAC.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Paralysie glosso-labio-laryngée.

La paralysie glosso-labio-laryngée est une des nombreuses maladies que M. Duchenne (de Boulogne) a fait connaître le premier, dont il a parfaitement observé, déterminé, décrit les symptômes, la marche habituelle et le pronostic. Nous en avons vu récemment, à sa clinique du jeudi, un cas qui peut servir de type, et dont il a fait habilement ressortir la physionomie pathologique. Un ensemble de traits nettement accusés permet, en effet, en pareil cas un diagnostic rapide et sûr.

L'homme dont il s'agit se présentait un mouchoir à la main ; ce mouchoir lui servait à essuyer sans cesse la salive qui tendait à couler de sa bouche : premier signe à ne pas négliger, car dès que les mouvements de la langue commencent à être

gênés, la salive n'est plus déglutie continuellement d'une manière instinctive, elle s'accumule dans la bouche et vient s'échapper entre les lèvres.

Quand le malade commence à parler, on est frappé d'un autre phénomène plus caractéristique : la parole est embarrassée, un peu nasonnée ; elle est surtout rendue moins distincte par la transformation de certaines syllabes. Ainsi la consonne *r* est devenue grassayée, la syllabe *qua* est remplacée par une émission de voix gutturale, analogue à l'aspiration rude de la langue arabe, au hheth des Hébreux ; la lettre *s* s'adoucit en *ch*, le *p* en *b*, le *t* en *d*. Ceci tient en partie à la paralysie portant sur la langue et les lèvres, et en partie aussi à l'affaiblissement de la puissance expiratrice.

Si l'on examine, en effet, quels sont les mouvements affaiblis ou perdus, on remarque d'abord que la langue ne peut plus se porter en haut ; la pointe ne s'en relève plus pour se mettre en contact soit avec le palais, soit avec la lèvre supérieure. De là une grande difficulté pour prononcer les lettres palatales ou dentales. Immobile ordinairement derrière l'arcade maxillaire, la langue peut pourtant être portée en avant, sortir de la bouche : elle paraît alors large, étalée. La salive qui s'y dessèche la couvre d'un enduit visqueux que le malade enlève souvent avec son mouchoir, ou même avec les doigts ou avec les ongles. Il se râcle le palais pour la même raison.

L'orbiculaire des lèvres est affecté en même temps que la langue, ce qui ajoute encore à la difficulté de l'articulation des mots et rend impossible l'action de siffler, celle de donner un baiser, etc.

La paralysie porte également sur le voile du palais et sur l'ensemble des muscles du pharynx, ce qui contribue à rendre la voix moins distincte et à gêner la déglutition. L'homme en question se plaint de sentir quelquefois ce qu'il mange s'arrêter dans la gorge. Et c'est ainsi que certains malades sont morts étouffés par des aliments qui avaient pénétré dans leur larynx. Ce défaut d'action des muscles pharyngiens a pour résultat de diviser la colonne d'air expirée. Le malade ne peut se moucher ; il ne pouvait récemment souffler une chandelle à courte distance ; et la paralysie du voile du palais y était bien pour quelque chose. Mais il existe en outre, ainsi que nous l'avons déjà dit, un affaiblissement évident de la puissance expiratrice.

De là une oppression d'une nature spéciale, toute différente de celle que l'on peut observer dans l'asthme. Le malade compare la gêne qu'il éprouve à celle qu'il ressentirait s'il était pressé entre deux matelas. L'expiration est courte ; l'air n'est jamais chassé entièrement de la poitrine ; il y séjourne alors qu'il a déjà perdu son oxygène ; et de là, un sentiment pénible d'étouffement, qui fait exagérer les mouvements d'inspiration. Souvent les malades s'éteignent ainsi, surtout quand il survient, comme complication, une bronchite ou quelque autre affection sécrétante des voies respiratoires. Ils peuvent aussi mourir au milieu d'une syncope, dont M. Duchenne (de Boulogne) explique également l'origine par les fonctions des nerfs pneumogastriques.

Ces phénomènes étaient très-mal connus lorsque Trousseau écrivit sa leçon sur la paralysie glosso-laryngée. Ils ont été décrits depuis lors en détail par M. Duchenne (de Boulogne) dans une note complémentaire de la dernière édition du *Traité d'électrisation localisée*. Nous allons donner quelques extraits de cette note importante.

« J'ai constaté que les sujets tantôt succombaient à l'asphyxie et tantôt mouraient dans une syncope...

« 1° Les troubles respiratoires s'annoncent par une diminution dans la puissance de l'expiration. Les malades commencent par accuser de la fatigue et bientôt un épuisement rapide, lorsqu'ils parlent ; on constate alors que la puissance de leur expiration est considérablement affaiblie... Cependant rien ne paraît anormal dans l'étendue ou le rhythme des mouvements respiratoires. A l'auscultation, on ne constate l'existence d'aucun râle ; mais si alors on fait respirer largement le malade, on entend l'air entrer avec force dans les bronches pendant l'inspiration, qui est longue, tandis qu'on distingue le bruit de l'expiration, qui est très-courte. Bien qu'à chaque inspiration, une grande quantité d'air soit entrée sans obstacle dans les bronches, le malade éprouve incessamment un besoin d'air... J'ai montré ailleurs que ces troubles fonctionnels de la respiption devaient être le résultat de la parésie des muscles bronchiques de Russessens... Cet état est permanent, à des degrés divers ; c'est dans ces conditions qu'arrivent des crises d'étouffement avec cyanose (sans doute par une paralysie plus complète des muscles bronchiques) ; crises qui peuvent se terminer par l'asphyxie, ce que j'ai constaté plusieurs fois *de visu*...

« 2° Les troubles cardiaques se montrent par crises et sont caractérisés par un sentiment de défaillance, par une sorte d'oppression cardiaque, avec anxiété extrême et crainte d'une mort prochaine, par une grande vitesse (140 pulsations), avec irrégularités, intermittences et petitesse du pouls. A l'auscultation cardiaque on n'entend aucun souffle ; mais les claquements valvulaires sont très-confus ; le cœur semble s'agiter dans un liquide ; la face est très-pâle, et les yeux sont ternes. Alors souvent peut survenir une syncope plus ou moins longue. C'est par l'une d'elles que se termine habituellement la paralysie glosso-labio-laryngée. »

Ces troubles cardiaques, par eux-mêmes, n'ont rien de caractéristique. Nous avons eu l'occasion de voir des crises tout à fait semblables dans des cas qui n'offraient, d'ailleurs, aucune analogie avec ceux de paralysie glosso-laryngée. En ce moment même notamment nous donnons nos soins à un malade chez lequel une névrose portant spécialement sur le pneumo-gastrique se manifeste tantôt par des crises semblables, tantôt par des accès d'oppression comparables à ceux qui constituent les troubles respiratoires dans la paralysie glosso-laryngée, tantôt par de vraies crises d'asthme, tantôt, enfin, par des troubles gastriques avec vomissements, etc.

Ceci, du reste, ne fait que confirmer l'attribution aux nerfs pneumo-gastriques de ces accès cardiaques et, en même temps, des troubles respiratoires concomitants.

A propos de ces troubles respiratoires, M. Duchenne (de Boulogne) raconte avoir observé cette même espèce d'asphyxie dans un cas d'intoxication diphthéritique terminée par la mort. Je les ai observés aussi à la suite d'une angine couenneuse chez un homme qui a guéri, et dont j'ai déjà publié l'observation.

Chez le malade dont nous parlons, il n'y a point encore de trouble cardiaque ; la gêne de la respiration n'est pas très-marquée. Après quelques séances de faradisations, il a éprouvé un mieux sensible. En ce moment, il peut souffler une chandelle à quelques pouces de distance ; il prononce mieux certaines lettres, surtout quand il n'est pas fatigué ; il commence à éprouver moins de difficulté pour mouvoir la mâchoire inférieure de droite à gauche et de gauche à droite : les mouvements de latéralité sont habituellement entravés par une paralysie des muscles ptérygoïdiens.

A quoi attribuer tout cet ensemble de paralysies portant à la fois sur les orbiculaires des lèvres, les muscles de la langue, ceux du voile du palais et du pharynx, les ptérygoïdiens ?

M. Charcot a démontré que la lésion anatomique siégeait dans le bulbe rachidien et y produisait l'atrophie des cellules nerveuses dans lesquelles les nerfs bulbaires prennent leur origine.

Mais il reste encore beaucoup à faire pour élucider pleinement, dans tous les détails, la physiologie de chacun des points des centres nerveux.

Anémie, névroses, congestions momentanées.

On attribue généralement un assez grand rôle à l'anémie parmi les causes des affections nerveuses, y compris l'hystérie. Mais on pourrait souvent renverser la proposition et rechercher la cause de l'anémie dans l'hystérie ou quelque autre névrose. M. Bernutz nous en fait voir un bel exemple dans son service à la Charité.

Il s'agit d'une jeune fille de seize ans, qui s'étant toujours bien portée, était grasse et fraîche, lorsqu'un jour, à la suite d'une frayeur vive, elle fut prise d'un premier accès d'hystérie. Depuis ce moment, elle a commencé à maigrir, à pâlir; les accès d'hystérie se sont du reste renouvelés. La menstruation est restée assez régulière, au point de vue des intervalles entre les époques; mais les règles sont de moins en moins abondantes, le sang de moins en moins rouge, les lèvres se décolorent, le visage prend une teinte presque chlorotique. Cependant l'alimentation n'est pas moins bonne, les digestions semblent se faire convenablement. Les troubles fonctionnels qui produisent l'anémie et la faiblesse croissante ne sont pas manifestes. Ils portent sans doute sur la nutrition organique, moléculaire, sur la sanguinification, et ils seraient inexplicables, si l'on n'admettait pas que ces grandes fonctions sont réglées, comme toutes les autres, par une action nerveuse. Tout n'est pas dit, tant s'en faut, sur la classe des nerfs trophiques et des vaso-moteurs.

On en est encore à cette période où la clinique peut précéder l'anatomo-physiologie, comme elle l'a fait pour la paralysie glosso-labio-laryngée, pour l'ataxie locomotrice, pour la paralysie spinale de l'enfance, etc., etc.

Il faut étudier les névroses dans leurs symptômes, dans leur marche, dans leur pronostic, avant de songer à les connaître dans leur nature et dans leurs causes.

C'est malheureusemeut un terrain des plus vastes, presque illimité.

En effet, le système nerveux intervient momentanément par quelque phénomène surajouté, même dans le cours de maladies vraiment organiques, même au milieu de lésions permanentes. Il est alors bien difficile de faire, parmi les symptômes, la part de la névrose, celle de la lésion.

Ainsi est-ce par l'anémie directement, est-ce par une névrose concomitante qu'il convient d'expliquer le plus souvent les bruits de souffle cardiaque, dits *bruits de souffle anémiques ?* Ces bruits présystoliques, qui siégent à la base du cœur, et qui acquièrent quelquefois une si grande intensité, sont bien loin d'être en proportion constante avec l'hydrémie. Non-seulement certains malades, très-hydrémiques, n'en présentent jamais; mais chez d'autres, on les voit paraître et disparaître sans que l'état du sang se soit modifié. J'ai vu, par exemple, chez des jeunes gens fort affaiblis par un mauvais régime, et que j'auscultais régulièrement toutes les semaines, un bruit de souffle anémique très-intense alterner avec diverses névralgies, avec des douleurs d'estomac, des maux de reins, des douleurs de tête, ou divers troubles fonctionnels non douloureux.

Dans les maladies organiques, les affections valvulaires du cœur, il n'est pas rare de prendre pour de l'asystolie proprement dite ce qui n'est qu'accès passagers de névrose. M. Rigal nous en montrait récemment un exemple chez une femme hystérique de son service.

Il paraît même y avoir de très-fortes raisons de penser que les bruits du cœur, jusqu'à présent considérés comme exclusivement organiques, ceux de la pointe, peuvent, dans certains cas, être exagérés, sinon produits, par une influence nerveuse momentanée. Nous examinerons bientôt les observations et les arguments sur lesquels repose cette hypothèse.

Mais, s'il ne faut pas se refuser à reconnaître l'action du système nerveux lorsqu'elle se manifeste, il faut bien se garder d'abuser de ce mot *névrose.*

Il peut arriver que des phénomènes aient quelque chose d'irrégulier, d'intermittent et de fugace, alors qu'ils sont le résultat d'une congestion, par exemple.

Tel semble être le cas d'une malade couchée dans le service de M. Laboulbène à l'hôpital Necker. Cette malade, aveugle de naissance, a été prise, à plusieurs reprises, d'une faiblesse des membres inférieurs, qui ne lui permettait pas de se tenir debout. M. Laboulbène, attribuant cette parésie à une congestion de la moelle, l'a traitée par l'application de pointes de feu dans les gouttières vertébrales. En peu de temps, par suite de cette médication, cette malade se rétablit; les mouvements et la marche redeviennent faciles; la guérison persiste pendant plusieurs semaines, tant que le temps est beau; mais, si le temps se gâte, la parésie des membres inférieurs ne tarde pas à reparaître, et tout est à recommencer.

Dr Victor Revillout.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 juin 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. Boinet donne lecture du *Journal de Péronne*, qui rend compte des obsèques de Demarquay, et annonce à la société qu'elle a été comprise pour une somme de 10,000 francs, destinée à fonder un prix triennal, parmi les legs nombreux qu'il a faits à son pays, aux sociétés savantes et à ses élèves.

ÉLECTION

Il est procédé à l'élection d'un membre titulaire. La commission présente :

En 1re ligne. — M. Théophile Anger.

En 2e ligne. — MM. Lucas-Championnière et Gillette.

En 3e ligne. — M. Delens.

Après deux tours de scrutin, M. Lucas-Championnière ayant réuni la majorité des suffrages, est élu.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

M. Marjolin reprend et développe les arguments qu'il a exposés dans la séance du 16 juin en faveur de l'augmentation du nombre des lits d'enfants dans les hôpitaux ou hospices qui leur sont destinés, et de la création de salles d'isolement pour les petits malades contagieux. Il reproche à M. Després d'avoir exagéré, dans son argumentation, les dangers du traitement à l'hôpital pour les enfants, et démontre, au contraire, dans quelles déplorables conditions d'hygiène et de traitement se trouvent souvent les enfants soignés à domicile.

M. Després soutient que les hôpitaux d'enfants actuellement existants sont plus que suffisants. Mais il demande l'augmentation, dans les hôpitaux d'adultes, des lits de nourrices pouvant entrer avec leurs enfants. Il n'y en a que quatre-vingt-quatre dans tous les hôpitaux

de Paris. Les nourrices ne sont reçues dans les services ordinaires qu'en abondonnant leurs enfants ,qui sont mis au dépôt, c'est-à-dire aux Enfants assistés, où ils sont exposés à toutes les chances de mortalité : croup, fièvres éruptives, etc. L'encombrement y est excessif, les soins tout à fait insuffisants, par suite du nombre restreint du personnel. Aussi le nombre des enfants qui y meurent, est-il effrayant. Il faudrait créer dans tous les hôpitaux de dix à vingt lits pour les nourrices avec leurs enfants et autant pour les enfants sevrés. Ces lits seraient réservés à ceux qui ont réellement besoin des soins de l'hôpital pour le croup, la coxalgie, le mal de Pott; tous les autres seraient, avec avantage, traités à domicile par un chirurgien qui les verrait tous les jours et une sœur de charité qui ferait les pansements quotidiens. Tous les petits malades atteints de lésions des membres supérieurs, de bec de lièvre, même d'ophthalmie purulente, pourraient être soignés de la sorte. M. Desprès demande à M. Broca quel est son avis sur la question.

M. BROCA ne partage pas l'opinion de M. Desprès sur le trop grand nombre de lits dans les hôpitaux d'enfants, mais il est entièrement de son avis sur l'insuffisance absolue du nombre de lits de nourrices dans les hôpitaux d'adultes.

M. SÉE. On a beaucoup discuté dans ces derniers temps, et l'on discute encore en ce moment la question du traitement à domicile, pour les indigents, des affections chirurgicales par les chirurgiens des bureaux de bienfaisance. Ce traitement est très-difficile pour les adultes, mais tout à fait impossible pour les enfants. On peut voir par les résultats du traitement dans les nombreuses cliniques ophthalmologiques combien est dangereuse pour les enfants notamment l'insuffisance des soins, qui ne peuvent leur être donnés qu'une fois par jour dans ces conditions.

Les soins que demande l'ophthalmie purulente sont si minutieux qu'ils exigent la visite, plusieurs fois par jour, d'un chirurgien, et les soins continus de personnes habituées à les donner. Trop souvent ce manque de soins amène des résultats désastreux que l'on constate à l'hôpital, où l'on amène les enfants trop tard.

M. VERNEUIL fait remarquer que la discussion s'est éloignée considérablement de son point de départ. Il avait nettement posé une question à laquelle il n'a pas été répondu : quel est le pronostic des opérations chez les scrofuleux. Il partage d'ailleurs l'opinion de M. Marjolin sur la question incidente qui est discutée en ce moment.

M. LARREY demande également que la discussion se continue sur la question posée par M. Verneuil. Si l'on veut reprendre ensuite la question de l'hygiène des hôpitaux au point de vue chirurgical, il faut la mettre à l'ordre du jour.

M. LE PRÉSIDENT fait observer que la question de M. Verneuil n'est plus en discussion, personne n'ayant pris la parole pour lui répondre lorsqu'il l'a posée. Elle s'est pour ainsi dire d'elle-même transformée en celle-ci : Dans quelles circonstances de milieux les enfants atteints de lésions chirurgicales, presque toutes scrofuleuses à cet âge, peuvent-ils guérir à l'hôpital et en ville?

M. GIRAUD-TEULON se trouve amené à prendre part à la discussion par les paroles de M. Sée concernant les cliniques ophthalmologiques. Il proteste, pour ce qui le concerne, contre l'assertion que les soins y sont insuffisants. Depuis douze ans qu'il dirige sa clinique, où il voit environ quatre-vingts enfants tous les matins, il n'a pas eu, dans les cas d'opthalmie purulente, à se reprocher la perte d'un seul œil, quand les malades n'arrivaient pas trop tard. Il ne les voyait cependant qu'une fois par jour, et c'est leur mère qui était chargée des autres soins.

M. SÉE n'a voulu incriminer personne en particulier, son collègue moins que tout autre, mais le principe même du traitement des maladies des yeux. A une consultation, les malades se croient suffisamment guéris quand ils ont reçu quelques gouttes de collyre dans l'œil et négligent les autres soins si importants.

M. GUÉNIOT s'associe aux conclusions de M. Marjolin contre celles de M. Desprès. Il faudrait augmenter les lits d'enfants dans des proportions considérables. Il faudrait les décupler. On ne connaît pas l'ophthalmie purulente dans les hôpitaux de Nancy ni de Bordeaux; il n'y a pas non plus de fièvre puerpérale à la Maternité de Rouen. Cela tient à ce que les salles sont beaucoup plus vastes, et que cependant on fait dans ces salles beaucoup moins d'accouchements chaque année que dans celles, plus petites, de la Maternité de Paris. Quant aux enfants assistés, il faudrait augmenter le nombre de leurs lits, les isoler, avoir un personnel beaucoup plus nombreux pour les soigner. Voilà ce que réclame l'humanité, mais le budget de l'Assistance publique s'y oppose sans doute.

M. LE PRÉSIDENT. Aucune conclusion pratique ne peut résulter d'une discussion aussi superficielle. Tous les médecins sont d'avis qu'il faut augmenter le nombre des lits de nourrices, mais il faut qu'une commission soit nommée et qu'un rapport soit fait sur cette importante question pour qu'elle puisse être discutée avec fruit.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. SICHEL présente une malade sur laquelle il a pratiqué, il y a quinze jours, une blépharoplastie par greffe dermo-épidermique par le procédé d'Ollier. Le lambeau pris dans la région du coude de la malade a été débarrassé de tout le tissu cellulaire et adipeux, puis divisé en six petits fragments qui ont été placés les uns à côté des autres sur la perte de substance palpébrale, puis maintenus à l'aide de baudruche gommée fixée par le collodion. Une couche d'ouate très-épaisse, formée de dix feuilles superposées, fixée par un bandage roulé, a mis la région opérée à l'abri de toute violence extérieure.

Au bout de six jours, seulement, l'appareil a été enlevé. On voyait sous la baudruche, une mosaïque formée par les lambeaux. L'épiderme s'était mortifié, mais était déjà remplacé par un autre de nouvelle formation. M. Giraud-Teulon avait présenté le 19 mai, de la part de M. Sichel, une malade complétement guérie, M. Sichel a voulu cette fois faire voir à la société le travail de réparation en voie de se faire, mais déjà assuré par la réunion des greffes.

M. PERRIN félicite M. Sichel de ses deux beaux succès ; on constate sur le terrain d'implantation de petits tubercules cutanés de la consistance du tissu de cicatrice. Se résorberont-ils; que sont-ils devenus dans le premier cas?

M. SICHEL. Lorsque les lambeaux sont taillés, ils se rétractent considérablement, mais ils s'étalent de nouveau quand ils se soudent à la surface de la plaie. Ils se touchent d'abord, les bords se croisent ensuite. Puis ces tubercules se résorbent. Ils sont quelquefois cependant si considérables qu'il faut les exciser.

M. LE PRÉSIDENT a employé ce procédé avant Ollier, une première fois en 1869, mais sans succès, par suite de l'emploi d'un lambeau unique et trop grand. Une seconde fois, en 1872, il avait fragmenté le lambeau et a obtenu la guérison. Ce cas a été l'objet d'une communication à l'Académie. M. Le Fort ne réclame pas d'ailleurs la priorité, car il avait lu dans un journal de médecine anglais la relation de cette opération faite sur un Indien par un barbier indigène. M. Ollier ne l'a faite qu'après la communication de M. Le Fort à l'Académie.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. FOUCHER présente une nouvelle pile pour la galvano-caustique dermique. Cette pile n'a pas besoin d'être nettoyée chaque fois qu'elle a fonctionné, et le courant est à la fois plus énergique et plus constant que dans les autres. (Commis. : MM. Verneuil, Paulet, Nicaise.)

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

160. Lewis Lebeau. Contribution à l'étude de l'encéphalocèle acquise.

161. André (André). Contribution à l'étude des fractures de l'olécrâne.

162. Bassompierre. Description d'une bourse séreuse crépitante sous-scapulaire.

163. Massie. Déplacements du cristallin sous la conjonctive.

164. Glais. De la grossesse adipeuse.
165. Jobbé-Duval (de Brest). Étude sur la pleurésie et la thermométrie pleurale.
166. Roux. De l'arthrite tuberculeuse.
167. Louis. De la catalepsie chez les aliénés.
168. Guilhembet. De quelques accidents extérieurs comme unique symptôme d'un rétrécissement de l'urèthre.
169. Giraud. De l'ailante glanduleux.
170. Piétri. De l'anesthésie chirurgicale par l'emploi combiné du chloroforme et du chlorhydrate de morphine.

Nous avons reçu — trop tard pour l'insérer mercredi dans le numéro qui était sous presse, — l'appel suivant, que nous sommes heureux de reproduire.

Aux étudiants en médecine de l'université de France.

Vous avez tous appris les effroyables désastres qui viennent de semer le deuil et la ruine parmi les populations du Midi. Aussitôt, des quatre coins de la France s'est élevé un cri de pitié et de sympathie, qui a ému tous les cœurs et ouvert toutes les bourses.

Les étudiants en médecine, ceux-là mêmes qui doivent un jour, comme médecins, soulager de nombreuses misères, ne peuvent rester indifférents à ce mouvement généreux, qui va réveiller les plus humbles villages et fait de la nation française la plus belle des nations.

Si notre peu de fortune ne nous permet pas de briller par la magnificence des dons, du moins donnons à la jeunesse française l'exemple d'une noble générosité et affirmons ainsi fièrement que le pays qui possède de tels jeunes gens n'est pas encore un pays mort.

Amis, tendons à l'infortune une main généreuse.

Pour le comité de souscription :

Le président, Le Garrec, externe des hôpitaux, rue Gay-Lussac, 47.

Le secrétaire, A. Duhard, étudiant en médecine, rue des Écoles, 12.

Paris, le 29 juin 1875.

Aux étudiants en médecine de la province.

Nous vous invitons à agir promptement et à nous envoyer le plus tôt possible le montant de vos souscriptions avec les noms des souscripteurs. Si elle nous arrive à temps, c'est-à-dire pour le 9 juillet au plus tard, nous joindrons votre souscription à celle des étudiants en médecine de Paris, et nous la présenterons en même temps que cette dernière à Mme la maréchale de Mac-Mahon.

Vous pouvez aussi l'envoyer à l'école de médecine de Toulouse, qui doit centraliser les souscriptions des étudiants en médecine du Midi.

Le Garrec, rue Gay-Lussac, 47. A. Duhard, rue des Écoles, 12.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Académie de médecine. — Un service sera célébré le mardi 6 juillet, à onze heures et demie très-précises, dans l'église de Notre-Dame-de-Lorette, à la mémoire de M. le docteur Demarquay, dont les obsèques ont eu lieu il y a quelques jours à Longueval. Ceux de ses amis qui n'auraient pas été convoqués sont priés de considérer cet avis comme une invitation.

— *Prix Aubanel.* — La Société médico-psychologique de Paris décernera, au mois d'avril 1878, le prix fondé par Aubanel, de la valeur de 2,400 francs, à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« Étudier, au point de vue clinique et médico-légal, à tous ses degrés, sous ses différentes formes, et principalement à son début, l'affaiblissement intellectuel symptomatique des affections organiques du cerveau ».

La Société médico-psychologique appelle particulièrement l'attention des candidats sur l'état mental des apoplectiques, et insiste sur l'importance d'une étude comparative de l'affaiblissement intellectuel, au début de la démence sénile et de la démence paralytique.

Les mémoires, écrits en français, porteront une épigraphe reproduite dans un pli cacheté contenant le nom et l'adresse de leur auteur.

Ils devront être parvenus avant le 31 décembre 1877, à M. le docteur Motet, secrétaire-général de la société, à Paris, 161, rue de Charonne.

— *Excursion scientifique.* — M. Hebert, professeur à la faculté des sciences, fera, le dimanche 4 juillet 1875, une excursion géologique à Beauchamp, Franconville, Argenteuil.

Rendez-vous à la gare du Nord, à sept heures et demie précises, où l'on prendra le train pour la station d'Herblay.

De la saccharimétrie clinique, par le docteur Duhomme. — Paris, 1875, in-8° de 32 pages. Prix : 1 fr. 25. — Octave Doin.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Chevreul lit une note fort intéressante *sur l'explication des nombreux phénomènes qui sont une conséquence de la vieillesse.*

Le vénérable académicien ne partage pas entièrement l'opinion du professeur Lordat (de Montpellier), à savoir que le sens intime, l'âme, l'esprit, conserve ses facultés sans vieillir, jouissant par conséquent de l'*insénescence*.

M. Chevreul admet, en principe, que les facultés intellectuelles s'affaiblissent avec l'âge, mais il ne reconnaît pas qu'il soit démontré par l'observation que l'affaiblissement de l'intelligence soit proportionnel à l'affaiblissement visible de tels organes en particulier, et il pense qu'il est des connaissances acquises, du ressort des sciences de la philosophie naturelle, qui, loin de s'affaiblir avec l'âge, gagnent en généralité et en précision.

Nous pensons, avec M. Chevreul, que les connaissances acquises gagnent avec l'âge en *généralité*. Il en est du cerveau du vieillard comme de l'intelligence des peuples de l'antiquité, qui, pour la première fois, appliquèrent leur attention sur l'ensemble des choses créées. Le cerveau du premier comme l'intelligence des seconds ne sont impressionnés que par les vues générales ; l'un voit les détails à travers un prisme lointain, les autres ne les connaissent pas encore.

Quant à la *précision* que revendique M. Chevreul, il nous paraît difficile de la lui accorder, alors que lui-même admet, parmi les inconvénients de la vieillesse, l'affaiblissement de l'ouïe, de la vue, de la souplesse musculaire, etc., etc.

Parmi les infirmités séniles, M. Chevreul accorde une attention particulière à l'*amnésie des noms substantifs*.

D'après l'illustre académicien, cette amnésie proviendrait de ce que l'ensemble des attributs qui caractérisent un substantif n'a pas été suffisamment déterminé par l'esprit de celui qui oublie.

L'amnésie des figures, qui survient généralement après celle des substantifs, serait due à l'affaiblissement de la vue, qui ne permet pas de reconnaître la personne à laquelle on parle. Comme correctif à cet inconvénient, M. Chevreul conseille de profiter de toute occasion de réunir sous ses yeux les deux personnes dont on confond les figures pour chercher, comme le fait un naturaliste, à découvrir un caractère différentiel. Ce moyen de réparer des ans l'irréparable outrage n'est pas compliqué dans sa conception, mais sa réalisation pourrait être parfois difficile.

Cette note n'est sans doute que l'extrait d'un mémoire plus complet, car un sujet si vaste et si neuf ne saurait être résumé en si peu de mots. Parmi les sujets que M. Chevreul aurait pu développer, il en est un surtout qui n'a pas dû échapper à son attention, car il se rencontre chez tous les hommes arrivés à un âge avancé. Nous voulons parler de la difficulté qu'éprouve l'intelligence à acquérir des notions nouvelles, ou, pour parler le langage de M. Chevreul, à modifier la signification d'un nom substantif par l'addition ou la soustraction d'un attribut. Cette difficulté, jointe à l'oubli facile des choses actuelles, est une des caractéristiques de l'âge *très-avancé*. Bien entendu, tout est relatif dans cette question ; les différents hommes perdent plus ou moins tôt ces bienheureuses prérogatives, et, dans tous les cas, il y a des exceptions qui confirment la règle.

— M. P. Bert lit un mémoire intitulé : *Influence de l'air comprimé sur les fermentations*. Voici les conclusions de ce mémoire :

1° « L'oxygène à forte tension arrête les fermentations proprement dites, qui ne reparaissent plus quand on rétablit la pression normale : il tue les êtres ferments.

2° « Il est sans action appréciable sur les ferments diastasiques, qu'il permet même de conserver actifs pendant un temps illimité.

« On comprend que cette méthode nouvelle d'analyse pourra être utilement appliquée à l'étude des problèmes qui divisent encore les physiologistes. Le sang charbonneux, le sang des maladies infectieuses, les liquides pathologiques, les virus, les venins, doivent-ils leur action à des corpuscules analogues aux vrais ferments, ou à une altération des liquides agissant à la manière d'un ferment diastasique? Les résultats constatés après le séjour dans l'air comprimé devront apporter sur cette question des lumières nouvelles. »

Les règles de la critique expérimentale ne permettent pas d'accepter ces conclusions. En effet, M. Bert met un morceau de viande fraîche dans une cloche dans laquelle il pratique une tension d'oxygène correspondant à plusieurs atmosphères, et de ce que cette pression empêche le développement des vibrions dont la présence est toujours liée aux fermentations putrides, il en conclut que l'oxygène à forte tension *tue les êtres ferments*. Pour tuer un être il faut que celui-ci existe d'abord. Les êtres ferments existaient-ils dans la viande quand

M. Bert l'a placée sous la cloche? Non, certes, car la viande était fraîche. Il n'était donc pas autorisé à dire, d'après ses expériences, que l'oxygène à haute pression *tue les êtres ferments.*

Les règles de l'expérimentation permettaient seulement de dire : L'oxygène à haute pression s'oppose au développement des conditions favorables à la fermentation putride. Ce qui est bien différent.

Cette critique nous rappelle une circonstance analogue, et dans laquelle Magendie fut tout à la fois l'expérimentateur coupable et le critique sévère.

Les études de Magendie sur le suc pancréatique l'avaient conduit à dire que ce liquide contient de l'*albumine*. Quelque temps après, M. Cl. Bernard reprend la même étude, et il constate que le suc pancréatique se coagule par la chaleur, comme l'avait observé Magendie, mais qu'il ne renfermait pas d'albumine. Obligé de se rendre à l'évidence des faits, Magendie répondit : « Cette dissidence entre nous vient *de ce que j'ai conclu plus que je n'ai vu*; si j'avais dit simplement : Le suc pancréatique est un liquide coagulable par la chaleur, je serais resté dans le fait et j'aurais été inattaquable » (1).

Pour être autorisé à dire que l'oxygène à forte tension tue les êtres ferments, M. Bert aurait dû mettre sous la cloche un morceau de viande présentant les vibrions de la fermentation et constater la mort de ces derniers sous l'influence de la pression. Si M. Bert n'a pas agi ainsi, c'est que probablement il aura été conduit à dire par induction : L'oxygène, à une tension équivalant à la pression de 20 ou 30 atmosphères, est un *poison des plus violents* pour les animaux supérieurs, donc il doit tuer aussi les infiniment petits.

M. Bert n'est pas plus exact lorsque, dans la deuxième conclusion, il dit que l'oxygène à haute tension est *sans action appréciable sur les ferments diastasiques*. Action nocive, c'est possible; mais il ressort des propres expériences de M. Bert que la myrosine et l'émulsine peuvent, après la compression, se conserver indéfiniment dans le flacon bouché, tandis que les mêmes substances, placées dans les mêmes conditions, mais sans compression préalable, sont bientôt envahies par les moisissures. *Il y a donc action et action très-appréciable.*

Malgré l'inexactitude des conclusions, l'idée de soumettre les liquides normaux ou pathologiques à l'influence d'une haute pression renferme une vue de l'esprit dont l'avenir nous dira l'utilité pratique.

— M. Carlet adresse la description de plusieurs appareils schématiques au moyen desquels l'honorable professeur explique aux élèves le mécanisme de la respiration des mammifères, des batraciens, des poissons et des crustacés décapodes. Ces appareils reproduisent très-ingénieusement le mécanisme de la respiration dans toute la série animale.

Dr Édouard FOURNIÉ.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Éclampsie albuminurique et urémie. — Hallucinations. — Traitement par l'hydrate de chloral. — Guérison.

Dans cette clinique, les faits d'éclampsie albuminurique ne sont pas très-rares. J'ai eu l'occasion d'en observer bien des exemples, et, il y a quatre ans, l'un de ces cas m'a servi de sujet pour une leçon qui a été publiée par la *Gazette des Hôpitaux*. Alors, comme aujourd'hui, je pensais que les convulsions et le coma albuminuriques étaient la conséquence de l'hydropisie méningée plutôt que de ce qu'on appelle l'urémie. J'en ai fourni les preuves par de fréquentes nécropsies. Alors, aussi, je pensais que les meilleurs remèdes à employer contre cet état si rapidement mortel étaient soit une abondante saignée, soit l'hydrate de chloral.

Dans le fait qui vient de se passer sous vos yeux, je trouve une nouvelle confirmation de ce que j'enseigne depuis vingt ans, et je saisis l'occasion de me répéter, heureux privilége d'une expérience déjà ancienne et des convictions que nul fait nouveau n'a encore pu modifier.

La petite fille dont je parle était malade depuis quinze jours au moment de son arrivée à l'hôpital. Elle n'avait pas eu de scarlatine ni d'angine, et sous l'influence du froid, sans doute, elle avait eu une néphrite albumineuse suivie d'anasarque, puis d'éclampsie violente, et elle a guéri. L'hydrate de chloral a été l'instrument de cette guérison. Tel est le résumé du fait. Voici maintenant l'observation :

Éclampsie albuminurique. — Hallucinations. — Anasarque de la papille. — Hydrate de chloral. — Guérison. — Un peu plus tard, *variole hémorrhagique. — Mort. — Nécropsie.*

R..., âgée de cinq ans, entrée le 19 mai 1875 à l'hôpital des Enfants-Malades, au nº 32 de la salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut.

Cette enfant, sujette aux bronchites, en a eu une autre il y a deux mois; elle n'a pas eu de scarlatine, ni d'autre maladie.

Il y a quinze jours, elle a été prise de fièvre avec des vomissements bilieux répétés mais sans diarrhée. Ces vomissements ont duré huit jours, ont cessé, puis il est survenu une anasarque générale. Avant-hier elle a eu de nouveaux vomissements, puis une attaque de convulsions avec perte de connaissance qui a duré une heure. Le visage était livide, violacé, la bouche écumeuse, grimaçante, et l'on aurait cru la mort prochaine.

Hier, au moment de son entrée à l'hôpital, elle a eu de nouveaux vomissements et une autre convulsion caractérisée par la perte de connaissance, la fixité du regard, la pâleur du visage, l'écume aux lèvres, les contractions spasmodiques de la bouche, la roideur des membres. Cette attaque a duré près d'une heure.

Elle n'a pas mal à la tête, voit clair et ne se plaint que de la gorge qui n'offre rien de particulier.

Langue un peu blanche. Pas de vomissements ce matin et pas de diarrhée.

Peau fraîche. Pouls 92. Temp., soir, 38°.

Tout le corps est pâle. Les cuisses et le ventre sont enflés et gardent l'empreinte du doigt, et il y a à peine de la bouffissure au visage.

Traitement. Enveloppement dans un maillot de laine imprégné de vapeur de benjoin, 2 grammes d'*hydrate de chloral.*

L'enfant urine d'une façon normale des urines claires et fortement albumineuses. Un bâton de verre trempé dans l'acide chlorhydrique et mis devant la bouche, ne donne pas de vapeurs blanches.

Le ventre est gonflé, renferme de l'eau dans le péritoine, et il y a un peu d'épanchement dans les plèvres. Le cœur n'offre rien de particulier.

20 et 21 *mai.* Sous l'influence du chloral, elle a dormi cinq heures, puis s'est réveillée et a joué sans offrir rien de particulier. Elle a dîné comme de coutume. Cette nuit elle a eu des terreurs causées par des visions d'animaux qui l'effrayaient et lui faisaient jeter des cris; puis tout s'est calmé, et elle n'a pas eu de nouvelles convulsions, pas de vomissements ni de diarrhée. L'enflure a un peu diminuée.

Pas de mal de tête. Vision distincte. Les yeux examinés à l'ophthalmoscope présentent sur le nerf optique, une diffusion blanchâtre, laiteuse, de la papille qui cache ses contours et les veines rosées, sont extrêmement larges.

---

(1) Ce fait est relaté dans l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, par M. Cl. Bernard, dans le chapitre consacré à la critique expérimentale.

Temp., matin et soir, 37° 6 et 38°. Urines albumineuses.

Traitement. Sudation dans le maillot de laine parfumé de benjoin. Hydrate de chloral 2 grammes 50 centigrammes.

22 *mai.* L'enfant n'a pas eu de vomissements ni de diarrhée. Elle urine deux fois par jour assez abondamment des urines albumineuses. Elle n'a pas eu de nouvelle convulsion et dans la journée a eu constamment des hallucinations de rats courant dans la salle. Même état de la papille optique. Son intelligence n'est pas très-lucide. L'œdème diminue un peu. La température du soir qui était de 37° 4, est ce matin de 39° 6, le pouls 112.

Traitement. Hydrate de chloral 2 grammes 50. Sudation dans le maillot de laine.

23 *mai.* Encore des hallucinations : l'anasarque a disparu.

Traitement. Hydrate de chloral.

24 *mai.* Plus d'hallucinations, l'enfant a repris son intellligence et sa gaieté; elle joue sur son lit. On cesse le chloral.

25 *mai.* Plus d'hallucination. Bain de vapeur.

26 *mai.* Rien de particulier à noter. L'amélioration s'accentue, il n'y a plus de phénomènes cérébraux, et il ne reste que l'albuminurie, qui est peu considérable.

Du 26 mai au 11 juin, l'enfant reste dans le même état, elle paraissait guérie complétement, quand on s'aperçoit le matin qu'elle a une forte fièvre qui laisse supposer le début d'une maladie aiguë. Temp., 40° 5. Comme elle n'est pas vaccinée, on craint le début d'une variole. Deux jours après apparaît l'éruption.

14 *mai.* Une éruption variolique est apparue hier, dans l'après-midi, elle semble devoir être confluente, et j'ordonne le passage à la salle des varioleux.

Urines rouges, ensanglantées, avec dépôt d'épithelium rénal brun rouge. *Epistaxis, melœna,* pustules plates, blanchâtres sans suppuration et sur beaucoup de points ecchymotiques noirâtres.

Mort, le 16. Autopsie le 17.

Cerveau pâle, anémique, non ramolli, sans obstruction des sinus ni des veines.

Poumons remplis de noyaux de pneumonie septicémique avec traces de pleurésie.

Endocardite végétante mitrale et tricuspide. *Reins* peu volumineux, plus gros qu'ils ne devraient être. La substance corticale est hypertrophiée, rougeâtre, lie de vin, par suite de l'infiltration sanguine, et dans son épaisseur une foule de grains blanchâtres semblables à des grumaux de semoule. Cette substance est aussi colorée que la substance tubuleuse qu'on ne distingue que par la forme des cônes et à l'aspect lisse du tissu.

Laissant de côté cette complication de variole hémorrhagique chez l'enfant non vaccinée, je ne m'occuperai ici que de la néphrite albumineuse, *a frigore,* ayant produit l'anasarque, la suffusion séreuse du péritoine, des plèvres, du cerveau et du nerf optique, puis l'éclampsie et les hallucinations.

Je vous dirai d'abord mon opinion sur la cause réelle de l'éclampsie albuminurique, et je terminerai en vous indiquant le meilleur traitement à suivre dans ces cas difficiles et dangereux.

Deux théories sont toujours en présence pour l'explication de l'éclampsie albuminurique. L'une, d'origine allemande, hypothétique, nuageuse, bonne pour les esprits qui savent se contenter d'affirmations plus ou moins habilement présentées, et l'autre française, précise comme les faits anatomiques sur lesquels elle repose, ne permettant pas, selon moi, la moindre contradiction. Celle-là qu'un auteur français, par une regrettable inadvertance attribue à Traube, lequel était à peine né lorsqu'on la professait en France, je l'ai reçue de mes maîtres, vous la trouverez dans le *Compendium de médecine*, et je vous la transmets avec les preuves à l'appui, en attendant qu'on me montre une raison suffisante de l'abandonner.

Dans l'hypothèse germanique, c'est à l'*urémie,* c'est-à-dire à l'excès d'urée dans le sang qu'on attribue les éclampsies albuminuriques, chez les enfants comme chez les adultes, dans l'état puerpéral et non puerpéral lorsqu'il y a une néphrite parenchymateuse avec albuminurie et anasarque.

D'après Addison et Frerichs on pense alors que les reins ne séparant plus du sang la quantité d'urée nécessaire, ce produit s'accumule, et que sa présence dans le système artérioso-veineux, agit sur le cerveau pour en troubler les fonctions de façon à engendrer l'éclampsie.

On sait enfin que dans l'état normal il s'échappe par les urines 12 à 18 grammes d'urée dans les vingt-quatre heures, et que ce produit vient du sang. Dans la néphrite albumineuse, il n'en sort plus que 6 à 10 grammes. Différence réelle ou imaginaire 6 à 8 grammes qui restent dans l'économie en s'ajoutant aux quantités des jours précédents et qui seront augmentées chaque jour à vivre par une quantité nouvelle.

Comme déduction, ce calcul semble irréprochable, et s'il n'y avait pas d'autre voie d'élimination de l'urée que la sécrétion urinaire, cet albuminurique depuis six mois, un an et plus aurait des quantités d'urée dans le sang capables de solidifier ce liquide. On a donc imaginé la transformation de l'urée dans le sang (Frerichs), et son élimination par les voies respiratoires sous forme de carbonate d'ammoniaque, fait variable inconstant, quelquefois établi par l'expérience du bâton de verre trempé dans l'acide chlorhydrique, mis devant la bouche, et donnant alors des vapeurs blanches de chlorhydrate d'ammoniaque.

Qu'il y ait de l'urée dans le sang, c'est incontestable ; qu'il y en ait un peu plus dans le sang des albuminuriques, c'est possible; mais cela ne prouve pas que cette urémie soit la cause de l'éclampsie. A côté de l'urémie il y a d'autres conditions pathogéniques, l'hydropisie méningée, par exemple, et cette dernière cause vaut bien l'autre.

L'urémie n'ayant pu satisfaire tous les cliniciens et donnant lieu aux objections que je viens de formuler, on a dit : Mais ce n'est pas l'urée qui seule altère le sang, c'est toute l'urine. Voici le motif de cet amendement.

Comme souvent lors des attaques d'éclampsie qui viennent compliquer l'anasarque albuminurique, il y a diminution notable de la quantité des urines rendues dans les vingt-quatre heures, et qu'au lieu d'en émettre 500 à 1000 grammes, il n'en sort plus que 100 à 300, on a dit : c'est la rétention d'urine altérée qui est la cause des troubles fonctionnels du système nerveux. C'est de l'*urinémie* et, pour parler plus savamment, de l'*ammoniémie.*

Cette manière d'interpréter les faits a au moins l'avantage de représenter un phénomène passager de l'albuminurie. Les urines ont diminué de quantité et altèrent le sang par leurs produits ammoniacaux. Voilà la cause des éclampsies, qui cessent dès que les urines sont sécrétées avec plus d'abondance. Avec un trouble transitoire de la sécrétion, trouble transitoire des fonctions nerveuses intellectuelles, sensoriales et motrices. Cela se comprend, tandis qu'on ne comprend pas pourquoi l'urémie, due au défaut d'élimination de l'urée chez les albuminuriques, fait constant, aggravé de jour en jour, d'autant plus prononcé que la maladie est plus ancienne, ne produit que si rarement l'éclampsie. J'ajouterai que je comprends encore moins comment l'urémie, qui produit l'éclampsie, ne cessant pas, cette éclampsie peut cesser. Il est évident qu'il y a là quelque chose d'oublié, de négligé ou d'inconnu qui est à rechercher ou à découvrir. Ces théories sont insuffisantes. L'hypothèse leur sert de base, et c'est ailleurs qu'il faut chercher la cause des éclampsies qui surviennent dans les néphrites albumineuses compliquées d'anasarque.

La véritable cause de ces éclampsies n'a rien d'humoral et

d'urémique. Elle est organique et très-matérielle. Elle est visible et tangible. L'anatomie pathologique la révèle aux yeux de tous les médecins, et il suffit d'ouvrir le crâne du sujet mort d'éclampsie pour la découvrir.

Comme vous le voyez, l'hypothèse fuit devant la réalité, et cette réalité, c'est l'hydropisie méningée, c'est l'hydropisie ventriculaire et l'infiltration séreuse de la substance cérébrale en rapport avec l'anasarque des membres et la suffusion des cavités séreuses et du fond de l'œil.

Dans ces cas, la cérébroscopie est d'un grand secours. A l'ophthalmoscope : on constate la gêne de la circulation cérébrale révélée par la dilatation des veines rétiniennes et l'œdème du cerveau et des méninges par l'œdème du nerf optique et de la rétine avoisinante.

Tous les tissus sont infiltrés de sérosité. Comment le cerveau ne le serait-il pas? Et, s'il y a infiltration séreuse du cerveau et des méninges, pourquoi laisser de côté cette lésion et ne pas la considérer comme cause suffisante de l'éclampsie.

Consultons donc l'anatomie pathologique.

Chez tous les sujets qui succombent aux convulsions éclamptiques produites par l'anasarque de l'albuminurie, on trouve toujours des lésions qui, mieux que l'urémie, expliquent les accidents convulsifs. En effet, à l'ouverture de la dure mère, sous l'arachnoïde, on voit que la pie-mère est infiltrée d'une quantité plus ou moins considérable de sérosité opaline formant une épaisseur qui varie d'un demi à un centimètre. Le cerveau est mollasse, fortement congestionné ou infiltré de sérosité, et les ventricules latéraux renferment une quantité exagérée de liquide.

Cette hydropisie cérébrale et méningée, déjà signalée par beaucoup de médecins, me paraît une lésion considérable, qui est bien de nature à expliquer les troubles nerveux que présentent les albuminuriques. Elle est en rapport avec l'anasarque et la suffusion séreuse du péritoine, des plèvres et du péricarde. Elle n'existe pas toujours; elle n'arrive que par degrés quand l'anasarque a gagné la tête; une fois développée, elle peut disparaître, et l'on comprend à merveille qu'étant accidentelle et transitoire, les symptômes convulsifs qu'elle engendre soient eux-mêmes transitoires et accidentels. — L'observation démontre qu'il en est ainsi. C'est lorsque l'anasarque gagne le cerveau que paraît l'éclampsie, et toute médication qui stupéfie le cerveau et qui diminue l'anasarque générale ou cérébrale guérit l'éclampsie.

C'est en dégorgeant le cerveau par une *forte saignée,* par *d'abondantes sudations* et en le stupéfiant par *le chloral* que l'on arrive à ce résultat.

Quels que soient l'âge des sujets et la situation des malades affectés d'éclampsie; qu'il y ait état puerpéral, que la néphrite albumineuse résulte d'une scarlatine ou du froid, peu importe, lorsque les accidents convulsifs se développent, on peut au début les arrêter par une émission sanguine abondante au moyen des sangsues ou de la lancette. J'ai vu des éclampsies puerpérales et des éclampsies chez l'homme atteint de néphrite albumineuse guérir par cette médication. Ce fait est connu de tous les cliniciens depuis vingt ans, et l'on ne peut le mettre en doute.

Mais, à côté de ce traitement, il faut mettre la sudation prolongée par le maillot de laine chauffé ou par le jaborandi, et l'action antispamodique de l'hydrate de chloral. Ce médicament se donne à la dose de 3 à 6 grammes. Chez les enfants auxquels je l'ai donné, il m'a suffi de 3 grammes par jour. Sous l'influence de ce remède, les convulsions ont cessé ou n'ont pas reparu, et les malades ont guéri. Dans ces cas, il ne m'a pas été possible de croire que le médicament ait dissipé l'urémie puisque l'albuminurie continuant, l'accumulation de l'urée dans le sang, devait continuer aussi. Malgré l'urémie, l'hydrate de chloral a guéri l'éclampsie. Il faut donc admettre que, dans ces cas, la médication s'adresse à un autre élément de la maladie qu'à l'altération du sang; mais si elle ne remédie pas à l'altération du sang invoquée à tort comme cause de l'éclampsie, c'est donc à son action stupéfiante sur le cerveau qu'il faut attribuer son succès.

Tout vient donc confirmer la théorie que je défends sur la cause de l'éclampsie albuminurique. La clinique montrant une anasarque générale fait supposer l'œdème du cerveau et des méninges. L'anatomie pathologique permet de constater l'existence de cet œdème que démontrent encore les effets de la déplétion du cerveau et sa sédation par le puissant hypnotique dont je viens de parler. Cela n'empêche pas d'admettre qu'il y ait de l'urémie puisque toute néphrite parenchymateuse doit la produire. Seulement ce n'est pas cette urémie qui engendre l'éclampsie, c'est la suffusion séreuse du cerveau et des méninges.

DES DÉPLACEMENTS DU CRISTALLIN
SOUS LA CONJONCTIVE (1)

par le docteur F. Massie.

Conclusions. — Les déplacements du cristallin sous la conjonctive sont très-rares, et toujours causés par des traumatismes. — Certaines conditions sont nécessaires à leur production : que le corps vulnérant ou l'extrémité de ce corps soit moins volumineux que le pourtour de l'orbite; que le coup soit porté dans la direction d'un axe du globe oculaire; que la pression soit presque instantanée et non continue. — Il n'y a dans les causes qui produisent cette lésion aucune raison pour qu'un œil soit atteint plus souvent que l'autre; mais le siége de prédilection en est pour ainsi dire indiqué par l'anatomie. — La rupture des membranes de l'œil se fait de dedans en dehors, et en un point opposé à celui qui a été frappé. — Quant aux conséquences de cet accident, elles ont été presque toujours surprenantes. On ne peut mieux les comparer qu'à celles d'une extraction de la cataracte qui aurait été faite par une méthode sous-muqueuse; les deux plaies de la conjonctive et de la sclérotique étant assez éloignées l'une de l'autre pour bénéficier de tous les avantages des incisions sous-cutanées.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance publique annuelle du 21 juin 1875.

PRÉSIDENCE DE M FRÉMY.

M. LE PRÉSIDENT prononce une allocution dans laquelle il rend hommage à la mémoire de M. Mathieu, le savant astronome, doyen de l'Académie; à la science et au dévouement des diverses missions du passage de Vénus, et enfin aux infortunés Crocé-Spinelli et Sivel dont on se rappelle la fin si malheureuse dans cette ascension dont M. G. Tissandier est le seul revenu vivant.

Après cette allocution, M. le président proclame le nom des lauréats. Nous ne plaçons sous les yeux de nos lecteurs que les prix qui ont trait aux sciences médicales physiques et naturelles.

PRIX DÉCERNÉS, ANNÉE 1874.

MÉDECINE ET CHIRURGIE.

Prix Bréant.

(Commissaires : MM. Andral, Cl. Bernard, baron J. Cloquet, Bouillaud, Gosselin, Sédillot, rapporteur.)

Le prix de *cent mille francs,* légué par Bréant à l'Académie pour

(1) In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris Adrien Delahaye.

être décerné à celui qui découvrira la cause du choléra épidémique, ou un moyen spécifique de guérison de cette maladie, a été, cette année, comme les années précédentes, l'objet de nombreux travaux, et si la commission a le regret de ne pouvoir encore proposer de donner ce magnifique prix, elle a cependant reconnu l'importance des mémoires manuscrits ou imprimés qui lui ont été adressés, et a particulièrement distingué ceux de M. le docteur Charles Pellarin et de M. le docteur Armieux, et les a jugés dignes d'encouragements.

M. le docteur Ch. Pellarin a fait parvenir à l'Académie :

1° Une note remontant au mois de septembre 1849, *Sur la contagion et les modes de transmission du choléra.*

2° Une seconde communication sur le même sujet, en 1850.

3° Une brochure intitulée : *le Choléra ou Typhus indien. Épidémie de 1865. Prophylaxie et traitement.* (Paris, 1866.)

4° Une seconde brochure : *le Choléra, comment il se propage et comment l'éviter; solution trouvée et publiée en 1849.* (Paris, 1873.)

5° Une note manuscrite, ayant pour titre : *les Déjections cholériques, agents de transmission du choléra.* (Séance de l'Académie du 15 septembre 1873.)

6° Une deuxième note, *Sur le rôle des déjections cholériques dans les transmissions du choléra.* (Séance du 17 novembre 1873.)

7° *Note supplémentaire à titre de renseignements.* (Séance du 23 février 1874).

Le fait dominant de ces recherches est la constatation du caractère et des modes de la contagion cholérique.

Parmi les médecins envoyés en Pologne en 1831 pour y étudier le choléra, M. Brière de Boismont fut un des premiers à en signaler la propagation par les corps d'armée en campagne; mais la transmission d'homme à homme par le contact ne parut pas admissible, et les courageuses expériences du docteur Foy, devenu plus tard un des chefs pharmaciens des hôpitaux de Paris, et qui s'était ingéré, sans accidents, du sang et des déjections cholériques, l'immunité de la plupart des médecins et de leurs aides, l'insuffisance des cordons sanitaires, la crainte d'alarmer les populations et l'autorité des doctrines anticontagionistes, professées alors au sujet de la fièvre jaune par Chervin et d'autres médecins renommés, firent repousser et comme proscrire toute idée de contagion.

L'épidémie qui régna en France et sévit à Paris en 1832 ne modifia pas cette opinion jusqu'en 1849, et l'on doit tenir grand compte à M. Ch. Pellarin, alors médecin attaché à la garnison de Givet, d'avoir nettement reconnu le caractère contagieux de l'épidémie, d'en avoir signalé la transmission par des malades dont l'itinéraire fut suivi et constaté, et d'avoir, sans hésitation, appelé l'attention sur le danger des émanations des déjections cholériques et sur l'importance d'y remédier par des mesures prophylactiques dont le succès fut la sanction de ses conseils.

M. Ch. Pellarin recommanda l'emploi des solutions de sulfate de fer pour la désinfection des objets contaminés, fit combler les fosses dont les émanations provoquaient et propageaient la maladie, obtint que divers groupes de troupes fussent changés de casernement et adressa plusieurs communications à ce sujet à l'Académie (1849 et 1850).

M. Ch. Pellarin n'a pas cessé depuis ce moment, comme nous l'avons montré par l'énumération de ses travaux, de défendre et de propager les mêmes doctrines, et il est un de ceux qui ont le plus contribué à prouver les propriétés contagieuses des déjections cholériques.

Delpech, à son retour d'Angleterre en 1832, avait déjà soutenu ces idées, mais il n'avait pas été écouté; l'ouvrage du docteur Snow, en août 1849, sur la propagation du choléra par les eaux de Londres, viciées par des matières cholériques, leva tous les doutes.

Les faits publiés par Snow, un mois avant la communication de M. Ch. Pellarin à l'Académie des sciences, n'en ont pas diminué l'importance.

La conférence sanitaire internationale de Constantinople et celle, plus récente, de Vienne, ont maintenu et confirmé les mêmes observations.

C'est par une suite de recherches non interrompues qu'on parviendra certainement à mieux préciser et à résoudre la question des causes et des moyens de traitement du choléra, et les connaissances déjà acquises au prix de longs travaux et de généreux dévouements mettent dans tout leur jour le mérite de ceux qui y ont successivement concouru.

En considération de vingt-cinq années de labeurs utilement consacrés à la poursuite de la vérité, la commission a cru devoir recommander M. Ch. Pellarin aux bienveillants suffrages de l'Académie.

M. le docteur Armieux, l'un de nos médecins militaires les plus distingués, membre résidant de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, a envoyé à la commission deux mémoires imprimés ayant pour titres : *le Choléra à Toulouse, la Répartition du choléra en France.*

M. Armieux a rappelé en quelques pages, dans la première de ces publications, les faits relatifs à l'origine, aux invasions, à la propagation et aux modes de transmission du choléra et a signalé, avec une science profonde et une remarquable sagacité, toutes les influences topographiques, géologiques, orographiques, hydrologiques, anémologiques, climatologiques et ethnographiques, qui s'y rapportent; a rappelé les diverses suppositions faites au sujet des organismes microscopiques : germes, spores, ovules, microphytes, microzoaires, qui sont très-probablement la cause première de la maladie.

M. Armieux a passé en revue les moyens de prophylaxie et de traitement qui ont été recommandés et employés, et, appliquant ces connaissances à l'épidémie qui a régné en 1854 à Toulouse, il a donné le tableau de la mortalité proportionnelle des cholériques dans la population civile et la garnison, et a exposé tout un système de précautions réglementaires pour borner, combattre et arrêter les envahissements et les ravages de la maladie dans les lieux où on la verrait se manifester.

Ce ne sont pas, cependant, ces études pleines d'intérêt qui ont le plus fixé l'attention de la commission.

M. Armieux a donné un tableau complet des départements de la France teintés de quatre nuances de plus en plus sombres, du blanc au noir, selon que les quatre épidémies de 1832, 1849, 1854 et 1865, avaient épargné ou envahi une ou plusieurs fois ces localités, et un simple coup d'œil permet de reconnaître, à l'aide de chiffres, quelles ont été les conditions de chacun de nos départements dans la propagation du choléra dont la gravité, la durée, les retours et les principaux modes de transmission sont faciles à suivre et à étudier.

C'est l'application au choléra du tableau départemental que notre illustre et regretté confrère le baron Ch. Dupin avait établi pour les différents degrés de l'instruction en France, et, sur une échelle bornée, la reproduction des itinéraires et des immenses propagations des épidémies cholériques, des embouchures du Gange à toutes les parties du globe qui en ont été victimes.

L'influence du nombre et de la facilité des voies de communication et de transport sur la marche et la propagation du choléra semble résulter de l'immunité des départements des Landes, des Hautes-Pyrénées, du Gers, du Lot, de la Dordogne, de la Corrèze, du Cantal, etc., comparée aux quatre épidémies subies par les départements de la Seine, des Bouches-du-Rhône, de la Manche, du Finistère, de la Loire-Inférieure et de la Moselle, etc., sans qu'on puisse néanmoins négliger l'étude des conditions qui devront expliquer pourquoi Lyon, par exemple, n'a encore été atteint qu'une seule fois, et assez légèrement, quoique centre d'une grande activité commerciale et de translations très-multipliées.

Toute nouvelle source de vérité et de science ne saurait être trop encouragée, et c'est à ce titre que la commission propose à l'Académie d'accorder une *récompense* de *trois mille cinq cents francs* à M. Ch. Pellarin, et de *quinze cents francs* à M. Armieux, à prélever sur les cinq mille francs des intérêts annuels du prix Bréant.

L'Académie a adopté ces conclusions.

Prix Montyon, médecine et chirurgie.

(Commissaires : MM. Bouillaud, Cl. Bernard, Robin, J. Cloquet, Andral, Sédillot, Larrey, Bouley, Gosselin, rapporteur.)

La commission des prix Montyon de médecine et chirurgie, pour

l'année 1874, a reçu et examiné trente-cinq ouvrages ou mémoires. Dans ce nombre, elle en a distingué six, qui, par les découvertes qu'ils contiennent ou les progrès qu'ils font faire à l'art de guérir, lui ont paru remplir les conditions indiquées dans le testament de M. de Montyon.

Conformément à la tradition des dernières années, la commission accorde à trois de ces travaux un prix, et aux trois autres une mention.

Prix. — Les trois prix sont obtenus par MM. les docteurs Dieulafoy, Malassez et Méhu (par ordre alphabétique) :

1° M. Dieulafoy est l'auteur d'un ouvrage *Sur l'aspiration des liquides morbides dans le traitement des maladies chirurgicales.* (Paris, 1873, chez G. Masson, éditeur.)

L'idée capitale produite dans ce livre est de vider les tumeurs formées par des collections liquides ou gazeuses au moyen de l'aspiration avec un corps de pompe dans lequel le vide a été fait préalablement à l'opération. Il y a longtemps assurément que les chirurgiens ont eu recours, de temps à autre, à l'aspiration; mais ils la pratiquaient en adaptant le corps de pompe représenté par la seringue vulgaire à un tube, qui plongeait dans le foyer, et en retirant doucement le piston. D'une part, ce procédé n'était ni commode ni expéditif; d'autre part, il avait l'inconvénient de ne pas faire un vide parfait et, conséquemment, de nécessiter des canules un peu volumineuses. En outre, les mains qui amenaient le piston transmettaient inévitablement quelques mouvements à la canule et risquaient de déchirer l'intérieur de la poche, d'où l'impossibilité d'appliquer la méthode à ces cavités qu'il importait d'ouvrir étroitement et de ne pas déchirer. Ces inconvénients sont évités par le vide préalable. Le corps de pompe est fabriqué de telle sorte que ce vide y est complet, et que l'aspiration se fait exclusivement sur le liquide contenu dans la poche.

Des canules très-petites peuvent êtres employées, et la main du chirurgien conserve, pendant que l'aspiration se fait, une immobilité telle que les déchirures sont impossibles. L'appareil instrumental est d'ailleurs complété et perfectionné par des robinets qui fonctionnent bien et par l'emploi de tubes en caoutchouc vulcanisé, dont les déplacements ne se transmettent en aucune façon au tube métallique plongé dans le foyer morbide.

L'idée ingénieuse et simple de M. Dieulafoy lui a permis l'emploi de l'aspiration pour des maladies pour lesquelles on n'aurait pu songer prudemment à se servir de l'ancien procédé, et notamment pour la hernie étranglée, la ponction de la vessie, les kystes hydatiques du foie, les épanchements articulaires.

Des critiques et des contestations de priorité ont été adressées à M. Dieulafoy, sous ce prétexte, dont nous parlions tout à l'heure, que d'autres avant lui avaient songé à l'aspiration avec une seringue; mais on a fait à cet égard une confusion regrettable. Ce qui caractérise l'invention de M. Dieulafoy, ce n'est pas l'aspiration seulement, c'est l'aspiration faite au moyen du vide préalable, et faite avec des modifications instrumentales nouvelles auxquelles personne n'avait songé avant lui. L'innovation a été si universellement reconnue que partout elle a été adoptée, comme un procédé chirurgical nouveau, sous le nom de *procédé Dieulafoy*. La commission ne fait donc que confirmer un hommage rendu par les étrangers à une invention française éminemment utile, en décernant un des prix Montyon à M. le docteur Dieulafoy.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 juillet 1875. — Présidence de M. Cl. Bernard.

PRÉSENTATION DE MALADE

Hémiatrophie de la langue, phénomènes de paralysie, strabisme, atrophie musculaire, etc. — M. Vidal présente un malade, du service de M. Péan, qui présente une hémiatrophie gauche de la langue, avec paralysie et atrophie d'un certain nombre de muscles. A l'âge de dix-sept ans et demi, ce malade, actuellement âgé de vingt-neuf ans, a été pris tout à coup d'engourdissement et de fourmillement dans les membres, sans troubles de la motilité. Deux mois et demi après, il présentait une paralysie de la face. Cette paralyie est maintenant accompagnée d'un strabisme interne à gauche et de diplopie. La pointe de la langue est tournée à gauche, sa sensibilité tactile et gustative est conservée. Ce malade éprouve seulement une certaine difficulté à parler et même à avaler. Il y a un peu de dysécée à gauche. On constate une perte de sensibilité sur tout le côté gauche; les mouvements sont difficiles.

Cet homme est entré une première fois dans le service de M. Hillairet, où il est resté quatre mois. Lorsqu'il en est sorti, la paralysie faciale était sensiblement diminuée. En 1866, il présenta un gonflement non douloureux de toutes les articulations du côté gauche.

Aujourd'hui, les muscles deltoïde, sous-épineux et sus-épineux sont complétement insensibles à l'excitation électrique. Ces muscles sont légèrement atrophiés. L'articulation du coude est ankylosée, l'extension est incomplète; elle est le siége d'exostoses et l'on sent des craquements en la faisant mouvoir. L'une des phalanges de la main gauche est le siége d'une ostéite suppurée; c'est pour cette affection qu'il est entré dans le service de M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis. Presque tout le côté gauche, chez ce malade, est insensible à l'excitation électrique. Celle-ci se fait très-bien sentir dans tout le côté droit.

Quel est le point de départ de ces symptômes? M. Vidal serait disposé à admettre l'existence d'une lésion de toute une moitié de la moelle.

M. Charcot, en raison de cette forme particulière d'arthropathie, qui a commencé par du gonflement, sans douleur, des troubles oculaires, des douleurs fulgurantes dans les jambes qu'a présentés ce malade, n'hésite pas à le classer dans le cadre des malades atteints d'ataxie locomotrice progressive. Dans son service, se trouve actuellement une femme qui a présenté les mêmes troubles et qui est très-manifestement ataxique.

COMMUNICATIONS

Lèpre tuberculeuse. — M. Poncet, à l'occasion du malade présenté par M. Vidal dans la dernière séance, montre des dessins représentant diverses altérations de cette maladie. Suivant M. Poncet, le mal perforant n'est qu'une manifestation de la lèpre tuberculeuse.

M. Vidal pense que le mal perforant reconnaît différentes causes, telle que la compression, des lésions vasculaires et des lésions du système nerveux. Il cite un cas de mal perforant ayant eu pour cause une lésion du nerf sciatique.

M. Poncet admet qu'il y a des maux perforants qui reconnaissent pour cause des lésions nerveuses; mais le mal perforant véritable, tel que l'a décrit Nélaton, avec anesthésie, etc., n'est autre, suivant lui, qu'une manifestation de la lèpre tuberculeuse.

Hystérie, ischurie, contracture, phénomènes graves, durant sept ans, disparition soudaine, guérison spontanée. — M. Bourneville communique cette observation qu'il a recueillie dans le service de M. Charcot. (Sera publié.)

Épitheliome du corps thyroïde. — M. Cornil montre des pièces histologiques qui proviennent d'un épitheliome primitif du corps thyroïde. Ces sortes de tumeurs sont rares dans cette région. Celle-ci a été observée sur un malade du service de M. Hayem, qui a succombé à une pneumonie. C'était un cocher qui, en tombant de son siége, eut le cou pris dans son fouet. Aussitôt il survint un développement assez considérable du corps thyroïde. Peu de temps après ce malade présenta tous les symptômes du rétrécissement de l'œsophage. Ce qui montre que la tumeur a débuté par le corps thyroïde et non par l'œsophage, c'est que la muqueuse de celui-ci est normale; elle a été seulement soulevée, aplatie et comprimée par la tumeur ainsi que le tissu cellulaire qui se trouve au devant d'elle : les tumeurs de ce genre sont très-rares. M. Cornil n'en a trouvé qu'un seul cas publié en Allemagne en 1872. Il en a pratiqué l'examen histologique et montre les altérations qu'on

observe au microscope. Suivant lui, c'est une variété d'épitheliome qui n'a pas encore été classée.

M. RENAUD fait observer que le nombre de ces tumeurs inclassables tend à s'augmenter chaque jour. M. Malassez a cherché à les classifier, et la tumeur présentée par M. Cornil pourrait être rangée parmi celles que l'on pourrait désigner sous le nom d'épitheliomes myscoïdes ou mucoïdes.

M. CORNIL ne partage pas cette opinion. Cette tumeur diffère par ses caractères histologiques de celle qui a été décrite comme type de ces épithéliomes mucoïdes.

Physiologie du cerveau. — M. LÉPINE fera prochainement une nouvelle communication; mais, dès à présent, il désire prendre date pour certaines questions relatives à l'influence de l'excitation du cerveau sur la respiration : l'excitation des parties antérieures du cerveau donne lieu à un arrêt complet de la respiration; l'excitation des parties postérieures, au contraire, donne lieu à une accélération de cette fonction.

Au nom de M. Bochefontaine et au sien, il indique aussi l'influence de l'excitation du cerveau sur l'état de la pupille. L'excitation des hémisphères donne lieu à une dilatation de la pupille.

M. Lépine donnera des détails dans la prochaine séance.

PRÉSENTATIONS D'APPAREILS

Dosage du cuivre. — M. GALIPPE, au nom de M. Byasson et au sien, communique une nouvelle méthode de dosage volumétrique du cuivre, basée sur le même procédé que celui auquel a recours M. Buignet pour le dosage de l'acide cyanhydrique.

Dosage de l'urée. — M. MAUMENÉ présente un appareil très-simple et très-ingénieux à l'aide duquel on peut mesurer avec une très-grande précision et une grande rapidité tous les dégagements de gaz. C'est par l'écoulement d'une certaine quantité d'eau que se fait cette mesure.

La société se forme en comité secret à cinq heures trois quarts.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Souscription pour les inondés. — MM. les étudiants en médecine de la Faculté de Paris sont prévenus que la souscription pour les inondés sera ouverte du lundi 5 juillet au samedi 10 inclusivement.

Les souscriptions seront reçues dans le cabinet de M. le doyen, tous les jours de une heure à cinq heures, par MM. les étudiants dont les noms suivent :

Lundi. — MM. Hellet, rue Blainville, 6.
— Constantin, rue des Écoles, 27.
Mardi. — MM. Fesq, rue des Bernardins, 35.
— Chambige, rue des Bernardins, 35.
Mercredi. — MM. Lochard, rue Rauné, 23.
— Lemaire, rue des Écoles, 18.
Jeudi. — MM. Verneuil et Dupont.
Vendredi. — MM. Cotret, rue des Bernardins, 35.
— Thiellé, rue Jacob, 25.
Samedi. — MM. Béranger, rue Gozlin, 1.
— Froger, rue du Four.

N. B. — Le montant de la souscription sera adressé, ainsi qu'il a été convenu, au journal *le Temps*, qui l'enverra directement au comité de Toulouse.

— *Cours complet d'anatomie.* — M. le docteur Laskowski, professeur libre, recommencera son cours complet d'anatomie descriptive le lundi 12 juillet prochain, à trois heures de l'après-midi, dans son amphithéâtre particulier, rue Monsieur-le-Prince, 29, et le continuera tous les jours à la même heure.

Ce cours durera trois mois et sera terminé au commencement d'octobre. Il est spécialement destiné aux élèves qui désirent passer leur premier examen de doctorat ou le deuxième de fin d'année immédiatement après les vacances, ainsi qu'à ceux qui doivent se présenter au mois d'octobre au concours de l'externat.

— Le docteur Burq, empêché par la maladie de poursuivre à lui seul l'œuvre qu'il a fondée, il y a un quart de siècle, désire s'associer un confrère, jeune de préférence, qui puisse l'aider de sa personne et d'un apport en capital à fonder un institut et une clinique spéciale pour la métallothérapie.

S'adresser directement au docteur Burq à Charenton (Seine).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Mont-Dore. — Davos. — Étude médicale et climatologique sur les cures d'air dans la phthisie pulmonaire, par le docteur L. VACHER, médecin consultant au Mont-Dore. — Paris, 1875, gr. in-8° de 32 pages. Prix : 1 franc. — F. Savy.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance, très-courte, a été occupée par la fin du discours de M. Briquet sur le choléra.

Dans la plus grande partie de son argumentation, l'honorable académicien a paru perdre un peu de vue les points en litige.

Il s'est attaché principalement à démontrer, ce que ni M. Tholozan ni personne, à peu près, ne contestent aujourd'hui, le rôle que peuvent avoir l'importation des germes et la transmission d'homme à homme, dans l'extension et la propagation des épidémies cholériques.

La question n'est pas là : il s'agit de savoir où et comment ces épidémies naissent.

Dr Victor REVILLOUT.

HOTEL-DIEU. — M. BÉHIER.

Du cancer et de l'ulcère simple de l'estomac.

Déjà, à plusieurs reprises, j'ai eu occasion de vous parler du cancer de l'estomac, et, bien que je vous aie indiqué les différents symptômes et les lésions anatomiques de cette maladie, je vais vous entretenir encore aujourd'hui d'un malade atteint de cette affection, non plus pour étudier à fond la forme qu'il présente, mais pour me servir de terme de comparaison pour une autre maladie que je voudrais examiner devant vous, l'ulcère simple de l'estomac.

Il y a en ce moment dans notre service deux malades qui présentent des symptômes à peu près semblables. Tous deux ont commencé par éprouver de la gêne dans la digestion, puis, au bout d'un temps variable, tous deux ont vu se produire des vomissements qui, chez tous deux, ont fini par contenir du sang; tous deux enfin ont présenté, au moment où nous les avons examinés, une apparence cachectique assez marquée; tous deux ont subi un amaigrissement notable.

Le sujet qui va nous servir de type pour la comparaison que je voudrais faire est un homme de soixante-quatre ans, couché en ce moment au n° 21 de la salle Sainte-Jeanne. Il paraît s'être livré à des excès alcooliques habituels. Le début de la maladie remonte à un an. Jusqu'à cette époque, il s'était toujours bien porté.

Il y a un an, alors que, suivant lui, sa santé était excellente, il a vu, sans cause appréciable, ses digestions, jusqu'alors parfaitement régulières, devenir difficiles; il eut d'abord des aigreurs dans la bouche, des éructations acides, des nausées; son appétit disparut. Il n'éprouvait à l'épigastre aucune douleur, soit spontanée, soit à la suite de l'ingestion des aliments.

En même temps que ces malaises se produisaient, il commença à maigrir et à sentir ses forces diminuer sensiblement : il ne lui était plus possible de porter les fardeaux qu'il soulevait autrefois. Enfin, six mois après le début de ces premiers symptômes, c'est-à-dire six mois avant son entrée à l'hôpital, son appétit avait complétement disparu, ses forces étaient absolument nulles, et il dut renoncer à son travail. Pendant les trois derniers [illegible] de vomir ses aliments. Les vomissements se produisaient à peu près régulièrement deux ou trois heures après le repas, et depuis un mois les matières vomies présentent une coloration brunâtre, comparable à celle du marc de café, c'est-à-dire qu'ils contiennent du sang altéré par le contact des acides du suc gastrique, comme j'ai cherché à vous le démontrer expérimentalement dans une des leçons précédentes.

A son entrée, il offrait un aspect cachectique très-marqué. Il n'a que soixante-quatre ans, et il en porte au moins soixante-dix. L'amaigrissement est extrême; la peau sèche, squameuse, ridée et d'une teinte jaune verdâtre. On ne trouve d'œdème en aucune partie du corps, pas de douleur au niveau des mollets, rien enfin qui rappelle l'œdème cachectique ou une *phlegmatia alba dolens* commençante.

A l'épigastre, il éprouve au moment du repas une douleur assez vive, brûlante, mais peu marquée en dehors de l'ingestion des aliments. La langue est blanche, humide. Enfin, si l'on pratique la palpation de la région stomacale, le malade accuse un léger sentiment de douleur à la jonction de l'épigastre et de l'hypochondre droit, et la main, appliquée à ce niveau, perçoit une tumeur de la grosseur d'un petit œuf, mamelonnée et offrant des saillies inégales.

Plusieurs faits doivent être relevés chez ce malade. D'abord son âge, il a soixante-quatre ans. Ensuite le début de l'affection dont il est atteint a été lent et insidieux, les troubles qu'il accuse dans l'exercice de ses fonctions digestives ne datent que d'un an, et, après avoir commencé par quelques malaises légers, les accidents se sont successivement aggravés d'une façon incessante et ont abouti à des vomissements de sang. Enfin on constate chez lui l'existence d'une tumeur à la région

pylorique. Nous avons donc devant nous un type de cancer de l'estomac occupant le voisinage du pylore et s'étendant même à une partie de cet orifice.

Le second malade, que je veux comparer à celui que nous venons d'examiner, est un homme de trente et un ans, exerçant la profession de coiffeur. Il est couché au n° 17 de la même salle Sainte-Jeanne. Il se dit malade seulement depuis dix à douze jours; mais, en l'interrogeant, il est facile de voir que sa maladie remonte déjà à trois à quatre ans. Depuis cette époque, en effet, il se plaint de douleurs vagues, peu intenses, à la région épigastrique; ses digestions sont lentes, accompagnées de douleurs qui surviennent environ deux heures après l'ingestion des aliments. Enfin, depuis cette époque, il éprouvait de ces vomissements muqueux qu'on désigne sous le nom de pituite des buveurs. Il confesse, du reste, qu'il aime assez à boire.

Il était dans cet état, qui semblait stationnaire et sans aggravation graduelle, quand, le 19 janvier, probablement à la suite de quelque excès alcoolique, les douleurs sont brusquement devenues plus violentes. Elles étaient térébrantes et siégeaient au niveau de l'appendice xyphoïde, sans irradiation dans les parties avoisinantes. Elles n'existaient pas non plus à la partie postérieure du tronc. Enfin il n'avait pas de vomissements alimentaires, ou du moins ils étaient peu abondants et n'avaient lieu qu'à de longs intervalles et tout à fait accidentellement. Pas de diarrhée ni de constipation.

Les choses en étaient là quand le 31 mai, après une nuit calme, nous dit-il, à son réveil, sans qu'il ait rien senti, il se trouva dans une mare de sang; sa figure en était couverte ainsi que les parties voisines. Une demi-heure après, le vomissement se renouvelait en même temps qu'un écoulement considérable de ce même liquide avait lieu par l'anus.

Le même jour il entra à l'hôpital, et le lendemain matin, après avoir éprouvé une sensation très-vive de brûlure à l'épigastre, il fut pris de nouveau d'une hématémèse abondante, qu'on peut évaluer à environ deux litres. Du sang fut également rendu par les selles. A la suite de cette hémorrhagie il eut une syncope. Quand il revint à lui, il était couché dans le décubitus latéral, immobile et dans une prostration complète. La face était pâle, couleur de cire; les muqueuses étaient décolorées, la peau fraîche, le pouls très-petit; en un mot, l'anémie était profonde. L'inappétence était complète, la soif vive. Le foie, à la palpation, paraissait un peu diminué de volume; les poumons ne présentaient rien d'anormal; le malade n'avait ni toux, ni expectoration. La rate offrait son volume normal.

Par conséquent, vous voyez que cet homme est atteint réellement depuis quatre ans, et que c'est bien probablement à la suite de ses excès alcooliques habituels que sa maladie est survenue. Si l'on relève les symptômes constatés, il a d'abord très-vraisemblablement été pris d'une gastrite chronique des buveurs, laquelle entraînait chez lui des vomissements pituiteux, puis des vomissements alimentaires, mais ceux-ci d'une façon tout à fait accidentelle.

En premier lieu, je vous ferai remarquer la différence d'âge de ces deux malades : l'un a soixante-quatre ans, l'autre trente et un. Cependant l'âge du dernier, tout en rendant l'existence d'un cancer peu probable, ne serait pas un motif suffisant pour rejeter l'existence de cette altération. Notez, en outre, que les accidents, chez lui, datent de trois à quatre ans ; que depuis cette époque l'estomac était douloureux ; que les digestions se faisaient mal. C'est là un fait très-important, car vous ne verrez presque jamais des accidents liés à un cancer de l'estomac se manifester pendant quatre ans sans qu'on constate une augmentation graduelle et considérable des symptômes durant cet intervalle. Enfin, chez ce même malade, les vomissements n'ont jamais été précédés de ces renvois acides, de ces nausées que nous avons constatées chez le premier, symptômes qui témoignent de la difficulté graduelle qu'éprouvent les aliments à être digérés par l'estomac malade et par la gêne de leur circulation à travers cet organe. Chez ce malade encore, bien que la digestion fût difficile, l'appétit persistait, tandis que chez le cancéreux vous avez vu que la digestion était impossible et l'appétit nul.

Chez le premier malade, les vomissements sont devenus très-promptement alimentaires ; ils n'ont pris l'aspect sanguinolent qu'un mois avant le jour où nous l'avons observé ; chez le second, il y a une aggravation brusque de symptômes, caractérisée par des douleurs très-vives à l'épigastre, indiquant que l'estomac est le siége d'un travail pathologique nouveau et qui semble très-intense ; puis tout à coup surviennent des vomissements de sang excessivement abondants. Là encore, chez l'un et l'autre malade, il y a donc une différence très-notable entre la forme et la marche des symptômes.

Il est même nécessaire, à propos des vomissements de sang qui se sont produits chez notre dernier malade, que nous revenions sur le dire de cet homme, qui prétend n'avoir rien senti au moment où sa première hémorrhagie s'est produite, bien que, selon son affirmation répétée, il ne fût nullement en état d'ivresse. Cela me paraît tout à fait impossible. Les vomissements ne peuvent pas se produire pendant le sommeil, surtout avec une telle abondance, sans éveiller le malade, et il est hors de doute que si cet homme a vomi insciemment une aussi énorme quantité de sang, c'est qu'il était ivre. Il est même probable que l'excès commis la veille a été pour quelque chose dans la production de cette hématémèse, bien que cependant cet accident puisse se produire sans avoir été provoqué par un excès antérieur.

Remarquez bien qu'il y a dans la quantité de sang vomi quelque chose de très-différent avec ce qui s'est passé chez notre premier malade. Ici l'hémorrhagie a été considérable. Cette abondance de l'hémorrhagie est, en effet, une chose très-rare dans le cancer de l'estomac, elle ne s'y produit que lors de certaines complications. Enfin, chez ce même malade, nous n'avons pas trouvé de tumeur dans les diverses régions correspondant à l'estomac.

Quant à l'apparence extérieure, ce n'est pas non plus celle du cancer. La peau est bien pâle, cachectique, témoignant d'un abaissement notable et brusque de la nutrition ; mais ce n'est pas l'anémie d'une lésion qui, comme le cancer, empêche la nutrition de longue date et d'une façon tout à fait absolue et complète. De toutes ces disparates, on peut conclure encore que la maladie est différente chez nos deux sujets.

La même différence se remarque dans la marche des symptômes. Chez le premier, les signes, tout en se montrant de plus en plus graves, se relient les uns aux autres d'une façon non interrompue, leur marche a été graduelle ; la maladie est à peu près la même qu'elle était il y a un mois. Chez le second, la maladie était constituée par une gastrite alcoolique chronique, à peu près toujours la même, et c'est brusquement que s'est produite, sans transition graduelle, la lésion qui a eu pour symptôme l'hémorrhagie violente et également brusque qui s'est manifestée.

(A suivre.)

HOPITAL CIVIL DE BREST. — M. Th. Caradec.

Quelques considérations sur l'amputation de la cuisse dans le tiers moyen, sur l'amputation susmalléolaire et l'amputation de la jambe au lieu dit d'élection (procédés du professeur Marcellin Duval).

Amputation de la cuisse dans le tiers moyen. — Pour le tiers inférieur du membre, M. Duval a recours à son procédé elliptique (l'ellipse est très-oblique de haut en bas et d'avant en arrière); lorsqu'il est impraticable, il lui substitue, comme pour l'amputation susmalléolaire et toutes celles du membre supérieur, son procédé à deux lambeaux. La forme extérieure diffère; le fond reste le même.

Pour le tiers moyen, il préfère, dans la plupart des cas, son procédé à deux lambeaux, qui a été pratiqué en 1868 à la clinique chirurgicale de l'hôpital maritime de Brest par le professeur Roubin, et suivi d'un très-beau résultat.

J'ai obtenu moi-même, à l'hôpital civil, un résultat identique en 1872; j'ai pu, récemment encore, l'exécuter avec succès dans des circonstances difficiles, dont il sera question plus loin.

L'un des lambeaux est antérieur, l'autre est postérieur; celui-ci doit être plus long pour devenir ultérieurement égal à l'antérieur. Leurs bases sont égales; leur forme est quadrilatère, à angles un peu arrondis, comme dans les autres procédés de l'auteur. Ils sont musculo-cutanés et taillés des parties superficielles vers les parties profondes.

C'est encore à l'hôpital civil que j'ai opéré dans le second cas (1874). Il s'agissait d'une petite fille de huit ans et demi, atteinte de tumeur blanche du genou, avec ostéo-myélite chronique du fémur.

Le sujet était anémié et profondément épuisé par une suppuration ancienne et abondante. Il importait au plus haut degré que cette enfant perdît le moins de sang possible : dans ce but, je saisis avec empressement l'occasion d'expérimenter la méthode d'Esmarch.

La section de la peau et des muscles ne donna lieu à aucun écoulement de sang, et j'ai véritablement opéré comme sur le cadavre. J'aperçus immédiatement l'ouverture béante de la fémorale, qui fut liée avec la plus grande facilité.

Cette observation me semble digne de quelque intérêt, car la malade était vouée à une mort certaine, et l'amputation, dernière ressource, offrait si peu de chances de succès qu'il y avait certainement lieu d'hésiter; je me décidai cependant à la pratiquer, comme on vient de le voir. La cicatrisation fut retardée par quelques abcès suivis de trajets fistuleux; toutefois, mon opérée pouvait être considérée comme guérie au bout de trois mois environ. Aujourd'hui la constitution a subi une modification des plus heureuses : le moignon, bien matelassé, sans aucune conicité, présente un aspect tout différent de celui que nous avons observé plusieurs fois à la suite de l'amputation circulaire de la cuisse.

Amputation de la jambe. — On sait que M. le docteur Chauvel a publié récemment un article concernant les opérations qui se pratiquent sur la jambe (1). Je m'occuperai seulement de la partie relative aux procédés du professeur Marcellin Duval pour l'amputation susmalléolaire et celle de la jambe au lieu dit d'élection.

Amputation sus-malléolaire. — On est en droit, tout d'abord, de se demander pourquoi M. Chauvel n'a pas rangé *dans la méthode elliptique* le procédé de Guyon et celui de Farabeuf? Ils lui appartiennent incontestablement, comme le déclarent les auteurs eux-mêmes : « Le chirurgien fait choix d'*un procédé elliptique* à peu près semblable à celui dont on fait usage pour le poignet... *Dans cette vaste ellipse* se trouve circonscrit un lambeau... » *Guyon.*

« On peut et l'on doit le tailler (le lambeau postérieur) par la *méthode elliptique très-oblique.* » *Farabeuf.*

Le résultat obtenu par Guyon et Farabeuf (qui, je m'empresse de le dire, sont tout à fait hors de cause), est sans doute *un lambeau postérieur;* mais ils y arrivent, comme M. Duval, par un procédé elliptique.

En continuant la lecture de l'article en question, on voit paraître à la suite des procédés de Guyon et de Farabeuf, le titre de *méthode oblique elliptique;* puis, la phrase suivante : « Le procédé oblique elliptique du professeur Marcellin Duval se rapproche beaucoup des précédents, par les résultats immédiats et définitifs. »

D'après cela, le lecteur, même le plus bénévole, serait conduit à penser qu'il n'était pas très-nécessaire de recourir à la méthode oblique elliptique pour présenter un procédé peu différent de ceux qu'on possédait déjà; car le lecteur peut fort bien ignorer ou avoir oublié que le procédé de Duval a précédé de plusieurs années ceux de Guyon et de Farabeuf (1).

Nous savons parfaitement que des discussions de priorité ne doivent pas trouver place dans un dictionnaire pratique; mais ici il n'y a matière à aucune discussion : il suffisait de classer *dans la méthode elliptique, et d'après l'ordre chronologique, les trois procédés;* c'était conforme à la description des auteurs.

Rectifions maintenant quelques passages du résumé fait par M. Chauvel :

« On forme un petit lambeau musculo-vasculaire antérieur par deux incisions longitudinales sur les bords *extérieurs* du tibia et du péroné, et une incision *transversale coupant toutes les parties en travers.* » Voici le texte :

« On forme alors un petit lambeau musculo-vasculaire antérieur à l'aide de deux incisions longitudinales, l'une *interne*, l'autre *externe*, réunies par une incision *transversale.*»

« L'*interne* longe le bord antérieur du tibia et n'intéresse que l'aponévrose; l'*externe* suit la partie antérieure du péroné et divise les insertions de l'extenseur commun des orteils et de l'extenseur propre du gros orteil. *L'incision transversale coupe les trois muscles de la région jambière antérieure, les vaisseaux tibiaux antérieurs et leur nerf satellite.* » (*Gaz. des Hôpitaux*, n° du 21 sept. 1869, p. 434.)

Amputation de la jambe au lieu d'élection. — Non-seulement je suis autorisé à intervenir encore; mais c'est un devoir pour moi, et je n'y faillirai point; M. Chauvel dit, en effet, avant son résumé du procédé :

« Le procédé mathématique du professeur de l'École de médecine navale de Brest a été très-longuement et très-soigneusement décrit par M. le docteur Caradec. » (2).

Je retourne avec plaisir ces éloges bien mérités à l'auteur de la description, à M. Duval lui-même.

J'ai reproduit textuellement le manuscrit que m'avait remis M. Duval, et qu'il avait communiqué depuis plusieurs années (1860) à ses nombreux élèves et à beaucoup de ses confrères.

M. Chauvel ne se fût pas trompé d'adresse s'il avait lu, au commencement de mon mémoire, l'alinéa qui précède l'observation : « Après avoir indiqué les motifs qui m'ont conduit à l'amputation, je donnerai un extrait de la description faite par l'auteur... » (3).

---

(1) *Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XIX. Voir p. 622.

(1) Voir l'historique : *Gaz. des Hôpitaux*, 1869, 21 sept., n° 110, p. 433.
(2) Voir *Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XIX, p. 615.
(3) Voir *Gaz. des Hôpitaux*, n°s du 19 et du 23 septembre 1872.

Résumé fait par M. Chauvel. — Le point de départ est faux, par conséquent le manuel opératoire est impraticable, ce qu'on reconnaîtra dès le principe, puisque *le lambeau antérieur* se convertit en lambeau *externe*, et *le lambeau postérieur* en *interne*.

On lit, en effet, que « le point de départ des incisions est placé à 2 centimètres *en dedans de la crête du tibia*, tandis que, d'après le texte, le chef initial du ruban est placé à 2 centimètres *en dedans du bord* interne du tibia : ... Ce point fixe la limite interne de la base des lambeaux ou de leur largeur, ainsi que l'angle supérieur de leur bord interne.

Il est à remarquer qu'on ne trouve pas une seule fois, dans la description de l'auteur, les mots : *crête du tibia*.

Premier temps. — Il est dit, au sujet de l'incision cutanée qui circonscrit le lambeau postérieur : « L'incision se termine en dehors entre le soléaire et le long péronier latéral », tandis que, d'après le texte, c'est l'incision *musculaire* externe et non l'incision *cutanée*, qui répond à l'interstice du soléaire et du long péronier latéral.

Deuxième temps. — Petit lambeau musculo-vasculaire antérieur : « il comprend *les muscles, les nerfs, les vaisseaux et le ligament interosseux*, et permet de lier immédiatement la tibiale antérieure. »

Voici le texte : L'incision transversale comprend l'aponévrose jambière, le long péronier latéral, l'extenseur commun des orteils, le jambier antérieur, les vaisseaux tibiaux antérieurs et leur nerf satellite. Il est facultatif de lier alors la tibiale antérieure. »

« Après l'incision transversale, on coupe transversalement d'abord, puis latéralement, le ligament interosseux. »

Quatrième temps. — « Formation par trois incisions d'un petit lambeau musculo-vasculaire postérieur, comprenant *les chairs de l'espace interosseux.* » — On lit dans le texte : « L'incision transversale comprend le jambier postérieur, le long fléchisseur commun des orteils, les vaisseaux péroniers, les vaisseaux tibiaux postérieurs et le nerf tibial postérieur; *si l'on veut*, on lie de suite la tibiale postérieure. » Il importait de prouver que ces mots : *les chairs de l'espace interosseux* n'appartenaient pas à la description de M. Duval. (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juillet 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un exemplaire des rapports présentés, pour l'année 1874, par les médecins des épidémies des départements de la Somme, de la Charente-Inférieure, de Seine-et-Oise, des Hautes-Alpes, de Meurthe-et-Moselle, des arrondissements de Montauban et de Saumur.

2° Un rapport négatif sur les épidémies dans les arrondissements de Limoges, Bellac, Saint-Yriex, pendant l'année 1874.

3° Un rapport sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune d'Orvilliers (Seine-et-Oise), pendant les premiers mois de l'année 1875. (Commission des épidémies.)

4° Un rapport général sur les eaux minérales de Castera-Verduzon (Gex), pour l'année 1873. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté de M. le docteur Martin Damourette (accepté).

2° Une lettre de M. le docteur Frantz Glénard, chef de clinique obstétricale de l'école de médecine de Lyon, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté *sur le foyer réel d'origine du souffle maternel de la grossesse* (*souffle utérin, placentaire des auteurs*) [accepté].

3° Une lettre de remercîments de M. le docteur Lecard, médecin-major à l'hôpital militaire de la Rochelle, lauréat de l'Académie.

4° Un mémoire de M. le docteur Burq sur l'*Immunité des ouvriers en cuivre par rapport au choléra.*

5° Un travail manuscrit de M. le docteur Pigeon, intitué : *Théorie du réveil naturel.*

PRÉSENTATIONS

M. Leroy de Méricourt offre en hommage, de la part de M. le professeur Fonssagrives (de Montpellier), le premier fascicule d'un *Dictionnaire de la santé.*

M. Tarnier présente, de la part de M. le docteur Siredey, médecin des hôpitaux, une brochure intitulée : *La fièvre puerpérale n'existe pas.*

M. Hirtz présente, au nom de M. le docteur Junod, un *Traité théorique et pratique de l'hémostasie.*

M. Villemin dépose sur le bureau un travail manuscrit de M. Lanza, major de deuxième classe à l'hôpital de Vincennes, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur le fort et la ville de Vincennes de 1874 à 1875. (Renvoyé à la commission des épidémies.)

M. Gosselin présente, de la part de M. le docteur Bitot (de Bordeaux), un *petit crochet mousse dynamométrique* accompagné d'un travail manuscrit sur l'*Intervention chirurgicale dans certains cas d'accouchement.* (Commiss. : MM. Depaul et Blot.)

M. le Président rend compte, en peu de mots, du service funèbre que l'Académie a fait célébrer pour le repos de l'âme de Demarquay.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA.

M. Briquet continue à rappeler des faits qui démontrent la contagiosité du choléra et son extension par importation. Les causes générales, dit-il, sont suffisantes pour produire le choléra indien; la preuve en est qu'elles suffisent pour entretenir l'endémie du choléra sporadique en Inde et produire, annuellement, environ cinq mille décès à Calcutta.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de M. Roussel sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance publique annuelle du 21 juin 1875 (1).

PRÉSIDENCE DE M. FRÉMY.

2° M. le docteur Malassez, répétiteur au Collége de France, s'est attaché, depuis quelque temps, à étudier certaines modifications dans la composition du sang chez l'homme malade. Poursuivant, dans cette direction, les recherches de MM. Andral, Gavarret et Piorry, il s'est préoccupé non plus des proportions de la fibrine, de la sérosité et des globules, mais des changements dans le nombre, la forme et le volume de ces derniers ; c'est dire qu'au lieu de recherches chimiques il s'agit ici de recherches exclusivement microscopiques.

M. Malassez a envoyé quatre mémoires sur ce sujet. Le premier est intitulé : *De la numération des globules rouges du sang.* L'auteur y fait connaître deux découvertes : l'une est celle de l'instrument dont il se sert pour compter les globules rouges du sang et chercher, en cas de maladie, si le chiffre est au-dessus ou au-dessous de la moyenne, cette moyenne étant de 4 millions, chez l'homme, par millimètre cube. Cet instrument, qui s'ajoute à un microscope ordinaire, est un perfectionnement de ceux qui avaient été imaginés : en Allemagne, par MM. Wierordt et Cramer; en Italie, par Mantegazza; en France, par le docteur Potain. Il consiste

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 juillet.

en un tube capillaire très-fin, dans lequel on fait arriver un mélange de sang et de sérum artificiel, et dans lequel l'auteur a calculé le rapport entre le volume du liquide et la longueur du trajet qu'il occupe dans ce tube. Comme, d'autre part, l'auteur a déterminé le volume de chaque longueur, par rapport à 1 millimètre cube, il peut, après avoir examiné avec un oculaire quadrillé et compté les globules qui se trouvent dans une longueur de 400, 500 au 600 millièmes de millimètre, arriver au chiffre qui doit se trouver dans 1 millimètre cube.

L'autre découverte est relative aux variétés que présente le chiffre des globules dans les diverses parties du corps. Ce chiffre est plus grand dans les petites artères que dans les grosses, dans les veines que dans les artères, et il est d'autant plus élevé dans les veines que le sang contenu dans ces dernières y a perdu plus ou moins de son sérum par les exosmoses qui se sont opérées.

Le *deuxième mémoire* est consacré à l'étude, au moyen de l'instrument qui précède, du nombre des globules blancs dans l'érysipèle; le *troisième* à la diminution du nombre des globules rouges chez les cancéreux et les tuberculeux; le *quatrième* à la diminution de ces mêmes globules rouges dans les cas d'intoxication saturnine. On le voit donc, M. Malassez a attaché son nom à un mode d'investigation nouveau, qui lui a permis de découvrir un fait physiologique inconnu jusqu'à lui, les variations du nombre des globules dans les diverses parties de l'arbre circulatoire, et de faire connaître des variations pathologiques dont la pratique médicale pourra tirer des indications utiles. C'est pour ces motifs que M. Malassez nous a paru mériter l'un des prix Montyon.

3° M. le docteur Méhu a fait connaître dans sept mémoires, les uns imprimés, les autres manuscrits, certains progrès qu'il a fait faire à l'art de guérir, en recherchant la composition, par rapport au sang, des liquides épanchés dans les cavités naturelles et accidentelles, et tirant de cette connaissance des déductions pour le pronostic et le traitement.

Il a soumis à l'analyse chimique divers liquides qui venaient d'être retirés de la poitrine, du ventre, de la tunique vaginale, des articulations, des kystes ovariens, par la ponction faite à des malades de l'hôpital Necker, où l'auteur est pharmacien en chef.

Ces analyses l'ont conduit à établir entre les liquides que nous englobons sous le nom de *séreux* une distinction qu'il caractérise par les mots de *séreux* et *séroïdes*.

Les liquides séreux proprement dits sont de beaucoup les plus nombreux. M. Méhu en a d'abord examiné cinquante-six provenant d'une pleurésie aiguë, et vingt-trois qui, provenant d'un hydrothorax, s'étaient produits sans intervention d'un travail inflammatoire. Il a bien trouvé que ces deux liquides se ressemblaient par l'existence de matériaux analogues à ceux qui se trouvent dans la sérosité et le plasma du sang, savoir de l'eau, de l'albumine, de la fibrine et des sels; mais il a constaté aussi entre eux cette différence que le premier, celui de la pleurésie aiguë, contient une plus grande proportion (50 à 60 grammes pour 1,000) de matière solides, fibrine, albumine et sels, que le second, celui de l'hydrothorax, qui n'en contient que 8 à 10 grammes pour 1,000, etc.; et, dans la pleurésie aiguë elle-même, les matières solides, constituant le résidu sec que l'on trouve au fond du vase après l'évaporation, sont plus ou moins abondantes. En comparant le résultat chimique avec celui de l'observation clinique, l'auteur arrive à cette conclusion importante que, quand une ponction, faite dans le cours d'une pleurésie aiguë, a donné un sérum qui contient moins de 50 pour 100 de matières solides, la guérison est moins probable, et le retour prompt de l'épanchement est plus à craindre que dans les cas où la proportion de ces mêmes matières dépasse 50 et surtout va au-delà de 60.

L'auteur fait remarquer d'ailleurs que les résultats donnés par l'analyse chimique concordent avec ceux que donne l'appréciation de la densité, ce qu'il exprime en disant que plus le liquide est dense, plus il contient de matières solides (fibrine, albumine et sels), et moins il a de chances de se reproduire.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans l'examen qu'il fait des autres liquides séreux, examen qui le conduit à des résultats et à des conclusions cliniques analogues à ceux dont il vient d'être question pour la pleurésie aiguë.

Quant aux liquides *séroïdes*, qui sont caractérisés par l'absence ou par une proportion beaucoup moindre de fibrine et d'albumine, et, en dehors de l'analyse chimique, par une couleur moins jaune et plus analogue à celle de l'eau, M. Méhu en a trouvé dans quelques kystes de l'ovaire, dans les hydrocèles spermatiques, dans le *spina bifina*, dans l'écoulement aqueux du liquide céphalo-rachidien, après les fractures du crâne. L'analyse dans ces cas, de même que dans certaines variétés d'hydarthrose, en montrant qu'il n'y a pas, au moins en proportion notable, d'albumine ni de fibrine, autorise à croire que l'épanchement est indépendant d'un travail inflammatoire et a peu de chances d'être suivi d'une suppuration après la ponction qui lui a donné issue.

En raison du travail considérable qu'a fait M. Méhu pour ses analyses, qui ont porté sur plus de cent liquides pathologiques, en raison des faits nouveaux qu'il a mis en lumière et des applications qu'il en fait à la clinique, la commission a cru devoir mettre le nom de M. Méhu, à côté des précédents et lui donner aussi un des prix Montyon.

Mentions. — Les trois mentions sont accordées par votre commission à MM. Bérenger-Féraud, Létiévant et Péter.

M. le docteur Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine aux colonies, a publié récemment deux ouvrages : l'un sur la fièvre jaune au Sénégal; l'autre sur la fièvre bilieuse mélanurique des pays chauds. Dans le second, qui a paru à votre commission plus important que le premier, l'auteur cherche à faire admettre une maladie, ou du moins une espèce nosologique nouvelle, sous le nom de *fièvre mélanurique*. Cette maladie consiste en une fièvre intermittente grave avec ictère intense et présence dans l'urine, par suite de cet ictère, d'une grande quantité de bile avec prédominance de deux de ses principes colorants : *la bilirubine* et *la bilifuschine*.

M. Bérenger-Féraud donne de bonnes raisons pour distinguer cette pyrexie, soit de la fièvre jaune, soit de l'ictère grave. En effet, elle diffère de la première par l'absence d'hématémèse, et du second par sa forme intermittente, qui est plus ou moins déguisée, mais qui existe toujours. Votre commission a plus de peine à trouver une différence entre la fièvre mélanurique de M. Bérenger-Féraud et la fièvre décrite avant lui sous le nom de *rémittente bilieuse*; car ces deux maladies se ressemblent par leurs intermittences et par la présence de l'ictère. Il n'y a de différence que celle qui est donnée par la couleur de l'urine, couleur beaucoup plus foncée dans les cas de M. Bérenger-Féraud que dans ceux observés par ses prédécesseurs; mais ce caractère, au fond, n'a pas une grande importance, parce que ce sont toujours les principes colorants de la bile qui le produisent.

Quoi qu'il en soit, l'auteur n'a pas moins eu le mérite d'étudier une variété de pyrexie des pays chauds qu'on ne connaissait pas suffisamment, d'avoir bien établi que la couleur noire de l'urine, dans cette pyrexie, tenait non pas au sang, comme beaucoup de médecins l'avaient cru, mais à des matières colorantes de la bile, et d'avoir démontré que le véritable traitement, malgré l'apparence de continuité de la fièvre, est l'administration du sulfate de quinine.

Pour ces motifs, la commission a jugé que M. le docteur Bérenger-Féraud méritait la mention qu'elle lui décerne. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 juillet 1875. — Présidence de M. Cl. Bernard (1).

Phénomènes graves, ischurie, contracture, etc., durant plusieurs années, puis disparaissant subitement à la suite d'une attaque. — M. Bourneville communique une observation recueillie dans le service de M. Charcot, et dont voici le résumé :

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 juillet.

J. E..., née en 1829, élevée dans une ferme, fut réglée à onze ans. Ses règles furent régulières jusqu'à l'âge de trente-cinq ans. A vingt ans, elle quitta son pays pour se placer à Bayonne. En arrivant dans cette ville, elle est atteinte de la fièvre typhoïde. Elle reste infirmière dans l'hôpital où elle a été soignée.

A vingt-quatre ans, elle éprouve une vive émotion, une grande peur. Depuis ce temps elle est souffrante, maigrit, devient triste et éprouve un sentiment de constriction de la poitrine. L'année suivante, elle est prise tout à coup d'une attaque d'hystérie, elle tombe dans le feu et se brûle la face. Les plaies mettent deux ans à se cicatriser. Pendant ces deux années et l'année suivante, pas d'accès. La deuxième attaque la prend subitement, dure une heure. Troisième crise en 1860; quatrième crise en 1864; cinquième crise en 1865. Elle arrive à Paris, dans cette année, âgée, par conséquent, de trente-six ans.

En 1866, elle est atteinte du choléra. Suppression des urines pendant les huit jours qui ont suivi la guérison, puis attaques hystéro-épileptiques qui ont duré deux jours. Après, les urines reparaissent, mais on est obligé de la sonder, et cela jusqu'en 1875, c'est-à-dire pendant neuf ans. De 1866 à 1868, elle fait le service d'infirmière à l'hôpital Sainte-Eugénie; on est obligé de la sonder tous les jours. En mars 1868, vomissements de sang qui reviennent presque quotidiennement jusqu'en août. Durant le premier trimestre de cette année, œdème des pieds, des jambes et du ventre.

Le 15 août 1868, attaque durant deux jours. L'œdème et l'ascite diminuent. A la fin de septembre, attaque durant trois jours; elle entre à Necker. A ce moment, pas d'enflure des jambes, pas de paralysie ni de contracture; la rétention d'urine persiste; on la sonde deux fois par jour. Le lendemain de son entrée à Necker, attaque suivie de paralysie flasque du bras et de la jambe gauches. Trois jours après, nouvelle attaque suivie d'accidents cérébraux, persistant pendant six semaines.

En janvier 1869, elle entre dans le service de M. Lasègue; elle avait alors des pertes utérines, le ventre très-gros, une rétention d'urine, une paralysie du côté gauche, une constipation opiniâtre (deux garde-robes par mois après purgations). Cet état persiste jusqu'au mois de juin de la même année, époque à laquelle elle entre chez M. Charcot.

Quatre jours après son entrée à la Salpêtrière, nouvelle attaque, à la suite de laquelle le pied gauche s'est tourné, est devenu roide et redevient, après quelques jours, flasque comme auparavant.

En septembre, vomissements de sang, puis vomissements alimentaires pendant quelques jours. En octobre, nouvelle attaque suivie de contracture de la jambe gauche. En mars 1870, attaque avec contracture du membre supérieur gauche. En juin, contracture à gauche, hyperesthésie ovarienne gauche, hemi-anesthésie du même côté, rétention d'urine, urines abondantes, pertes utérines. En mars 1871, fourmillement et douleur dans le membre supérieur droit; nouvelles attaques hystéro-épileptiques, suivies d'une paralysie avec flaccidité du côté droit. Le 25 avril, ischurie hystérique confirmée. (Voy. *Leçons de M. Charcot*, 1871, p. 255.)

Dans cette leçon, M. Charcot fait observer que tous les phénomènes ci-dessus énoncés peuvent disparaître et se terminer par une guérison complète.

Le 20 novembre, contracture du membre supérieur droit, à la suite d'une attaque. Le 8 décembre, douleurs plus vives, ventre ballonné. Le 9, attaque convulsive; le lendemain matin, la contracture a disparu dans le membre supérieur droit et dans le membre inférieur gauche; il ne reste plus qu'une contracture du membre supérieur gauche. En janvier 1872, la contracture redevient complète à gauche et se complique d'une contracture des mâchoires. En février, alternatives de polyurie et d'oligurie. En mars, les urines diminuent, les vomissements apparaissent, la moyenne quotidienne des urines est de 300 grammes, celle des matières vomies de 500 grammes. En avril, la moyenne des vomissements est de 300 grammes, celle des urines de 100 grammes. Le 15 mai, attaque, trismus, aphonie complète. La contracture persiste à gauche, ainsi que l'hémi-anesthésie et l'hyperesthésie ovarienne. En novembre, la malade recouvre la faculté de parler haut. En 1873, la contracture du membre inférieur gauche a diminué au point qu'elle peut marcher avec une béquille.

En janvier 1874, l'état de la malade est le suivant: douleurs lombaires, contracture du membre inférieur et du membre supérieur gauches; constipation opiniâtre, inappétence; accès d'étouffements. A partir du 1er août 1874, dysphagie absolue, lavements de bouillon et de lait. En décembre, cathétérisme œsophagien, douleurs névralgiques partant de l'ovaire, s'irradiant vers l'anus, le rectum, le vagin et les lombes. Jusqu'au 15 mai, même état, pouvant se résumer ainsi: hémi-contracture, hémi-anesthésie, hyperesthésie ovarienne; amblyopie, achromatopsie à gauche; contracture des mâchoires; alimentation par la sonde, aphonie, ischurie hystérique, constipation opiniâtre.

Nous arrivons à la dernière période de la maladie.

Le 15 mai, le pied droit s'est retourné et contracturé momentanément à diverses reprises; le 17, la contracture des mâchoires et le trismus sont plus accusés. Les membres du côté droit sont toujours libres. A midi, elle a une attaque hystéro-épileptique précédée d'un aura (douleurs ovariennes, anales), avec irradiations à l'épigastre, au cou et dans les deux tempes, surtout à gauche. Pendant cette attaque, la malade crie, sa face est violacée, grimaçante; les yeux sont déviés: le bras droit se fléchit derrière le dos, où il reste ainsi pendant trois heures. L'attaque proprement dite a duré une demi-heure, puis la malade s'est endormie. Le 18, contracture des quatre membres du côté gauche. Le membre supérieur est dans la flexion forcée, le membre inférieur dans l'extension. Du côté droit, le bras est accolé au tronc, l'avant-bras à angle droit, les doigts fléchis. Le membre inférieur est dans l'adduction, la cuisse à demi fléchie sur le ventre et collée contre la cuisse gauche, qu'elle croise par sa partie moyenne. La jambe est fléchie et forme un angle droit avec la cuisse gauche, un peu au-dessus du genou. Anesthésie complète, amblyopie double; persistance des accès névralgiques, contracture des mâchoires plus forte, aphonie complète.

Cet état dure plusieurs jours; les douleurs sont un peu calmées par des injections morphinées ou des injections de sulfate d'atropine. Du 7 décembre au 22 mai, il n'y a que deux garde-robes.

Le 22 mai au soir, à sept heures un quart, nouvelle attaque; oppression, contracture des muscles du cou, à gauche, qui portent le menton derrière l'épaule gauche. La malade s'imagine qu'elle va mourir; elle crie, la contracture des mâchoires a disparu. On la maintient; avec son bras droit redevenu libre, elle repousse ceux qui la tiennent, elle veut se lever, aller à la fenêtre. La contracture cesse à la jambe droite, puis à la gauche et enfin au bras gauche; la motilité a reparu; on la lève, elle marche: *à huit heures la guérison était complète.*

C'est ainsi qu'ont disparu en quelques minutes:

1° Une rétention d'urine qui durait depuis neuf ans.

2° Une contracture des membres du côté gauche datant de plus de six ans.

3° Une contracture des mâchoires, nécessitant l'emploi de la sonde œsophagienne, qui remontait à près d'un an.

4° Une aphonie durant également depuis dix mois.

Ainsi s'est trouvé réalisé le pronostic porté par M. Charcot, en 1870, et rappelé chaque année dans ses leçons sur la contracture hystérique.

«Il est possible, disait-il, que, malgré sa longue durée, cette contraction disparaisse sans laisser de trace; demain peut-être, dans quelques jours, dans un an, on ne peut rien préjuger à cet égard. En tout cas, si la guérison a lieu, elle pourra être soudaine. Du jour au lendemain tout peut rentrer dans l'ordre et s'il se trouve qu'à cette époque la diathèse hystérique soit épuisée, cette malade reprendra la vie commune.» (1).

Plusieurs faits de ce genre ont été rassemblés dans le mémoire de M. Bourneville sur la *contracture hystérique permanente* (1872).

Ainsi, débutant souvent tout d'un coup après une attaque, les accidents semblables à ceux qu'a présentés cette malade peuvent disparaître soudainement.

Toutefois il en est quelques-uns dont la disparition a été pro-

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1re édition, p. 312.

gressive : tels sont l'anesthésie, l'amblyopie, l'acuité visuelle pour les couleurs qui n'ont cessé qu'après une dizaine de jours. L'hyperesthésie ovarienne persiste, mais seulement sous l'influence de la pression. Enfin le côté gauche, au dynamomètre est bien plus faible que le côté droit.

« Ces faits, dit en terminant M. Bourneville, qui sont de tous points comparables à ceux que nous ont transmis les légendes, nous montrent qu'il n'est nullement besoin d'une intervention surnaturelle pour produire ces guérisons soudaines que la superstition et l'ignorance considèrent comme miraculeuses. »

M. P. REGNARD interne des hôpitaux, ajoute quelques observations. Il a été chargé par M. le professeur Charcot d'analyser chaque jour l'urine de la malade pendant la période d'ischurie.

Il rappelle qu'il n'existe guère que trois autres cas où des analyses aient été faites.

Chez Etch... l'observation pouvait se faire dans les meilleures conditions. La malade avait une contracture du col vésical, qui forçait à pratiquer le cathétérisme : donc on était sûr d'agir sur la totalité des urines. Elle avait, en outre, une contraction œsophagienne qui permettait de donner par la sonde toujours la même alimentation.

En examinant la courbe qui résulte des 112 analyses effectuées, on remarque que, pendant trois mois, la malade rendait par jour de 15 à 20 grammes d'urine, contenant de 3 à 4 décigrammes d'urée. Certains jours pourtant, au milieu de crises douloureuses, la malade émettait en quelques heures jusqu'à quatre litres d'urine, contenant 27 grammes d'urée. Le lendemain, la sécrétion retombait à 0.

Pendant cette période, Etch... n'a pas présenté de vomissements par où l'urée ait pu échapper, comme cela s'était vu il y a quelques années chez cette malade même.

Le jour de la guérison subite, il y eut une émission considérable d'urine et d'urée. Depuis ce jour, la sécrétion est rentrée dans les limites normales.

Pendant un mois, les chlorures et l'acide phosphorique ont été dosés. Leur courbe suit celle de l'eau, comme il y avait lieu de s'y attendre.

En résumé, la sécrétion de l'urée, supprimée pendant plusieurs mois, s'est rétablie subitement, en même temps que cessaient les autres manifestations hystériques, et c'est là un fait de physiologie pathologique, dont il n'existait pas encore d'observation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Il y a quelques semaines, nous annoncions la mort d'un jeune interne, de Vallerian, mort d'une variole contractée dans son service, à l'hôpital temporaire de la rue de Sèvres. Aujourd'hui nous avons encore à déplorer la perte d'une nouvelle victime du dévouement professionnel. Gipoulou, interne provisoire des plus distingués, travailleur plein de zèle et d'avenir, fils de l'un de nos confrères de province, vient de succomber, après cinq jours de maladie, à une angine diphthéritique qu'il avait contractée dans son service à l'hôpital des Enfants-Malades. Sa seule préoccupation, en se voyant mourir, était le chagrin qu'éprouverait son pauvre père, qui n'a pu arriver à temps pour recevoir son dernier soupir. Le corps médical tout entier s'associera à la douleur de notre malheureux confrère.

— La souscription pour les inondés a produit, hier mardi 6 juillet, la somme de 586 francs, qui, ajoutés au total de la veille, donne une somme de 1,295 fr. 50.

— M. le professeur Pajot, à la fin de son cours, a prié MM. les étudiants qui avaient ouvert une souscription pour lui offrir une médaille, de reporter leurs offrandes sur la souscription en faveur des inondés.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 14 juillet, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Communication officielle du président. — 2° Morbidité et statistique des bureaux de bienfaisance pendant le premier trimestre de 1875.— 3° Imperforation congénitale du vagin, par M. Rochet. — 4° Continuation des démonstrations obstétricales de M. Hamon. — 5° Cas curieux d'anatomie pathologique, par M. Lafont.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 10 juillet 1875, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° Rapport à M. Camuset sur le travail de M. le docteur Dubrisoy (tubercules de la choroïde). — Suite de la discussion sur le traitement du rhumatisme.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Contribution à l'étude symptomatique et diagnostique de l'hémorrhagie cérébelleuse, par le docteur CARION. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Considérations nouvelles sur la barégine ou matière organique des eaux sulfurées, par le docteur A. MARCET. — In-8°. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Phthisie. Infantilisme. Féminisme.

A propos de divers malades de son service à la Pitié, M. le professeur Lorrain nous a développé un certain nombre de vues théoriques qui méritent d'être signalées, au moins à titre d'hypothèses, ou, suivant sa propre expression, de *paradoxes médicaux*.

Il a d'abord été question des rapports intimes de la phthisie avec ce que M. Lorrain nomme l'*infantilisme* et le *féminisme*.

L'occasion était fournie par un homme de soixante-huit ans, couché au n° 3 de la salle Saint-Michel, et chez lequel existe une fistule à l'anus, en même temps que des signes d'une tuberculisation, encore peu avancée, dans les deux sommets des poumons. Cet homme, ancien menuisier, à la musculature assez développée, avait été, raconte-t-il, très-robuste autrefois. Il soulevait aisément à bras tendu un poids de quarante livres à l'âge de vingt-quatre ou vingt-cinq ans; et cependant il était encore à cette époque entièrement imberbe et paraissait tellement jeune que, quand son patron l'envoyait seul chez de nouveaux clients, ceux-ci le regardaient comme un adolescent et ne le prenaient pas au sérieux. Il n'a jamais eu que fort peu de barbe; la poitrine, les bras et les jambes sont tout à fait glabres. La peau n'est pas celle d'un vieillard : elle n'est pas ridée, fanée, écailleuse, de teinte grise; au contraire, elle a conservé l'aspect de la peau d'un jeune homme, ou d'une femme : elle est douce, unie, élastique, d'une teinte rosée, presque transparente. La haute taille de cet homme et le développement suffisant de la poitrine rendent encore plus saisissantes ces anomalies. Les cheveux sont fins et soyeux, d'un blond châtain. Encore un caractère de féminisme, suivant M. Lorrain.

Jusqu'à cette année, la santé s'était toujours maintenue bonne. La toux n'a commencé que depuis quelques mois; la fistule à l'anus est encore plus récente. Faut-il donc regarder cet homme comme un vieillard, devenu récemment phthisique par accident? Tel n'est pas l'avis de M. Lorrain. A ses yeux, cet homme était phthisique depuis sa naissance : *en puissance*, suivant l'expression philosophique des écoles du moyen âge, où l'on distinguait ce qui existait *in potentia* de ce qui existait *in actu*.

En d'autres termes, la phthisie serait une affection diathésique, comme la goutte. On en apporterait le germe en venant au monde. Elle ferait, pour ainsi dire, partie inséparable de la constitution, et son influence se ferait sentir sur l'individu, son développement physique, son aspect général, alors même que la diathèse ne se serait encore montrée chez lui par aucune manifestation pathologique.

Les phthisiques de nature pourraient souvent atteindre la vieillesse la plus extrême, et même mourir centenaires, sans avoir jamais présenté aucun tubercule nulle part. Ou bien ils pourraient ne tomber malades que dans un âge avancé : tel serait le cas de l'homme en question; il faudrait le regarder comme un *phthisique vieilli*, chez lequel le mal, jusqu'alors latent, aurait attendu la vieillesse pour déterminer l'apparition de tubercules.

Si cette hypothèse était pleinement démontrée, on comprend de quelle importance il serait de connaître bien les attributs du tempérament qui se rattacherait à une phthisie latente.

Ces attributs, M. Lorrain les a résumés par ces mots : *infantilisme* et *féminisme*.

La finesse des cheveux, de la peau, la longueur des cils, la délicatesse des formes, la gracilité habituelle des membres, l'effacement des masses musculaires au milieu du tissu cellulaire de remplissage, tout cela rappelle la femme chez le jeune homme qui porte en lui cette diathèse.

Le développement tardif de la puberté, ou, du moins, chez l'individu déjà pubère, l'air de grande jeunesse : chez les hommes, la rareté des poils et leur finesse, le peu de virilité de l'aspect général; chez les femmes, la délicatesse longtemps persistante des traits, le peu de saillie des formes, etc., semblent prolonger l'adolescence au-delà du terme normal.

Ce sont des phthisiques, dit M. Lorrain, qui peuvent déguiser leur âge, auxquels on donne six ans, huit ans, dix ans de moins qu'ils n'en ont en réalité. Ce sont ceux qui sont les derniers atteints par la décrépitude. Le ralentissement des actes de la vie dû à l'influence diathésique a du moins pour eux cet avantage.

En France, le mot de phthisie paraît être un arrêt de mort. On déguise le diagnostic de mille manières, de crainte de désespérer ceux qu'on regarde comme atteints par la maladie tuberculeuse. En Angleterre, il n'en est pas ainsi. Les phthisiques s'en vont d'eux-mêmes à l'hôpital spécial, où ils seront traités *for consumption*. Ils n'ignorent donc pas la nature et le nom de la diathèse qui les frappe, et ils ne s'épouvantent pas.

Suivant M. Lorrain, c'est être beaucoup plus dans la vérité.

En effet, alors même que déjà il s'est développé des tubercules, des cavernes, la vie peut encore être longue. Le professeur cite l'exemple d'un homme qu'il a connu très-particulièrement, et qui, depuis longtemps phthisique, mais fort bien conservé, du reste, s'est froidement suicidé, par ennui de la vie, à l'âge de quatre-vingt-cinq ans.

Ainsi, si l'on se trouve conduit, par la théorie de M. Lorrain, à élargir encore le champ déjà si vaste de la phthisie, néanmoins cette théorie offre des côtés rassurants.

Ceux qu'elle montre sous le coup de cette diathèse ne sont point pour autant fatalement condamnés à être jamais tuberculeux, pas plus que les fils de goutteux ne sont fatalement condamnés à être couverts de tophus.

L'essentiel, pour eux, c'est de bien savoir conduire leur hygiène. Il leur faut approvisionner le plus de forces possible pour mieux résister au danger qui les menace. C'est-à-dire qu'il leur faut surtout avoir soin de se bien nourrir, d'activer les réparations organiques, le fonctionnement vital, par de l'exercice, par des changements d'air, par tout un régime tonique. Il leur faut, en outre, éviter tout ce qui pourrait jouer le rôle de cause occasionnelle par une irritation momentanée des voies respiratoires, etc. Les refroidissements, les fatigues de tout genre que nos soldats ont éprouvées dans la dernière guerre ont eu pour résultat d'en faire mourir un très-grand nombre tuberculeux. Suivant l'opinion générale, c'étaient là des phthisies accidentellement acquises. Suivant M. Lorrain, c'étaient des phthisies natives, qui ne se seraient peut-être jamais manifestées sans des circonstances accidentelles.

Le rôle de ces circonstances accidentelles ne paraît pas moins important dans une hypothèse que dans l'autre.

— Mentionnons une autre hypothèse que M. Lorrain a présentée avec réserves.

Il lui a paru que les rhumatisants de naissance auraient généralement le poil roux, la peau facilement sudorale, la sueur odorante, et que la réciproque serait également vraie.

Ce serait donc encore une diathèse que l'on pourrait reconnaître, elle aussi, par le seul aspect des individus qui seraient sous son influence. Il y aurait certains traits caractéristiques, non point d'une race, mais d'une maladie en puissance. De même que la longueur des cils, la finesse des cheveux et d'autres attributs de ce que l'on nommait *beauté* appartiendraient à la phthisie, de même la teinte roussâtre, qui est devenue très à la mode pour la chevelure des élégantes, appartiendrait au rhumatisme. Que d'illusions nous feraient perdre les théories de M. Lorrain !

Mais, ainsi qu'il le dit lui-même, surtout en ce qui touche les rapports de la teinte rousse et du rhumatisme, il faudrait une statistique très-étendue, un nombre de faits très-considérable pour permettre des conclusions vraiment scientifiques. Il ne s'agit que d'hypothèses. Nous les publions, car, vraies ou fausses, les hypothèses d'un observateur ingénieux sont toujours bonnes à connaître. Elles donnent l'éveil à l'esprit des chercheurs. On veut savoir, en examinant de plus près les faits qu'on a l'occasion d'observer, ce qui peut se trouver en elles de fondé ou de vraisemblable. Souvent on est ainsi conduit à découvrir à côté d'elles, en dehors d'elles, des vérités inattendues.

De la sécrétion urinaire et de l'hydropisie

PARADOXES MÉDICAUX DE M. LORRAIN.

On s'étonnera peut-être d'apprendre que M. Lorrain s'est servi lui-même du mot paradoxe pour désigner une série de formules, à laquelle l'ont conduit plusieurs années déjà de patientes recherches poursuivies, jour par jour, avec des instruments de la précision la plus scientifique, les balances les plus exactes, etc. Il m'a paru que ce terme était plein de malice, à l'adresse d'autres chercheurs qui sont facilement, les premiers, complétement convaincus par les chiffres qu'ils ont trouvés dans des expériences semblables. M. Lorrain a trop d'esprit pour être lui-même dupé par l'apparence de rigueur des procédés mathématiques appliqués à la médecine.

Voici cette série de formules que M. Lorrain nous a développées à propos d'une malade couchée dans son service, salle Notre-Dame, n° 30.

Chaque individu doit sécréter quotidiennement un poids déterminé d'urine, qui représente pour lui la normale de la santé.

Si ce poids augmente, l'individu maigrit d'autant. S'il diminue, l'individu devient hydropique.

S'il est hydropique, et qu'au moyen de quelque diurétique on fasse remonter le chiffre des urines au-dessus de cette normale, le poids du corps diminuera juste d'un chiffre égal à l'excédant.

Comme démonstration, M. Lorrain nous a montré que, chez la femme dont il s'agit, et qui était devenue hydropique par suite d'une affection du cœur, l'usage de la digitale, à la dose de 15 centigrammes de feuilles en macération dans un verre d'eau, avait produit en fort peu de temps une diurèse abondante. Avant le commencement de cette médication, la malade, rendant seulement de six à sept cents grammes d'urine dans les vingt-quatre heures, au lieu de quinze cents grammes, chiffre qu'on présumait être la normale chez elle, augmentait de poids chaque jour en conséquence. Mais à partir de l'instant précis où la sécrétion urinaire dépassa quinze cents grammes, elle perdit chaque jour proportionnellement de son poids. Au bout d'une semaine, elle avait perdu neuf kilogrammes. On fit alors l'addition des chiffres qui, durant cette période, avaient représenté les quantités d'urine excrétées en plus du chiffre quotidien normal de quinze cents grammes, et l'on trouva un total de neuf kilogrammes et douze grammes.

On voit qu'il est difficile d'arriver à une plus convaincante exactitude.

C'est bien en effet là le type du paradoxe. La démonstration en a bon aspect. Elle peut suffire à des esprits assez étroits pour ne rien voir en dehors des chiffres. Elle ne suffit pas à M. Lorrain.

En effet, ce chiffre normal de quinze cents grammes comment l'a-t-il fixé pour cette femme? Est-ce par la connaissance, antérieurement acquise, d'un rapport constant et précis entre le poids quotidien des urines et une quantité déterminée, telle que la taille, le poids du corps, etc. Pas le moins du monde. Les moyennes les plus communes sont de douze cents à quinze cents grammes, et il a fallu, arbitrairement, faire un choix entre ces deux chiffres. On a donc commencé un peu par le hasard : et le hasard, une fois mis dans une affaire, n'en peut pas être exclu quand on le veut.

M. Lorrain n'attribue, dans ce cas, à la digitale, pas d'autre effet que d'avoir produit la diurèse, bien qu'il s'agit d'une maladie du cœur.

Suivant lui, son action dans les hydropisies est toujours la même, de quelque nature qu'elles soient. L'urine diminue toujours en même temps qu'apparaît l'anasarque. Qu'il s'agisse d'albuminuerie, ou de maladie du cœur, ou de toute autre

cause, ce rapport est constant. Or la digitale pourrait changer, pour ainsi dire, la direction des liquides sortis de la circulation. Elle les conduirait vers les reins. De telle sorte que la diurèse continuerait tant qu'il y aurait encore des liquides épanchés : pour cesser ensuite, malgré la continuation de la digitale. A l'état normal, on pourrait donner ce médicament sans augmenter la secrétion des reins.

Cette théorie est personnelle à M. Lorrain, car si l'on avait déjà dit que la digitale agissait surtout comme diurétique, c'était sans lui attribuer cette sorte d'attraction élective pour les liquides épanchés au sein des tissus.

Pour notre part, nous sommes tout à fait convaincu que dans les maladies du cœur, la digitale est plus qu'un diurétique. La preuve en est qu'elle peut être utile en l'absence d'hydropisie. Ce n'est pas non plus comme diurétique qu'on l'emploie quelquefois avec tant de succès contre la pneumonie et dans maint autre cas. Mais comme ce n'est pas là le point le plus important des théories nouvelles de M. Lorrain, il serait déplacé d'insister longuement, ici, sur l'action de la digitale.

Un fait peu connu, assez important au point de vue pratique, et que la balance de M. Lorrain pouvait mettre en lumière, c'est que le symptôme *hydropisie* implique toujours le symptôme *diminution, plus ou moins notable, dans la sécrétion des urines.* Ce rapport est simple; et quand M. Lorain, qui pèse journellement ses malades depuis des années, affirme l'avoir toujours trouvé, on doit l'en croire.

La réciproque n'est plus exacte. Les urines peuvent diminuer sans qu'il en résulte tout d'abord une hypropisie. Tel est le cas dans un grand nombre de maladies aiguës, et alors aussi l'on voit le corps diminuer de poids sans qu'il soit possible de retrouver dans les urines le poids perdu.

C'est qu'il entre, en effet, bien d'autres éléments dans ces questions complexes. M. Lorrain le sait ; et c'est pourquoi il nomme ses form ules mathématiques des *paradoxes médicaux.*

Dr Victor Revillout.

DU CORNAGE BRONCHO-TRACHÉAL

ET DE SES RAPPORTS AVEC LA MORT SUBITE (1)

par le docteur Binet, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — Le cornage est un symptôme d'une foule d'affections diverses, propres à la trachée et aux bronches. — En dehors de toute lésion laryngienne, le cornage a souvent son siége dans le larynx et reconnaît alors pour cause une excitation du récurrent. — Dans ces conditions, le cornage a sa cause de production dans le rétrécissement de la glotte, dont les lèvres sont contracturées et rapprochées de la ligne médiane. — Les malades affectés de cornage sont constamment sous le coup d'une mort subite qui survient par syncope ou par spasme glottique. — Dans les cas de paralysie de la glotte, celle-ci est toujours largement ouverte. — Le spasme de la glotte peut être le résultat de l'excitation d'un seul nerf récurrent, car l'excitation unilatérale des muscles de la glotte amène constamment des effets bilatéraux dus à la contraction du muscle impair aryténoïdien. — En présence d'un accès de suffocation grave, quelle que soit sa nature, il n'y a pas à hésiter, ni à perdre un temps précieux à établir un diagnostic précis, il faut trachéotomiser le plus promptement possible, et ne pas attendre dans l'inaction qu'un accès foudroyant emporte le malade avant qu'on ait pu le secourir.

(1) In-8°. — Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

REVUE DE LA PRESSE

Hémorrhagie rénale à la suite d'un refroidissement (Scoloff). — Un officier robuste et bien constitué fut pris, après un refroidissement, de faiblesse, de courbature, de vertiges, de douleurs lombaires et hypogastriques. Les urines devinrent sanguinolentes. Au bout de quelques jours, tous ces phénomènes disparaissaient, mais ils revenaient chaque fois que le malade s'exposait à l'humidité. Les urines contenaient des globules rouges déformés, des cylindres sanguins et fibrineux, des cellules épithéliales, des moules etc. Botzin, le maître de l'auteur, lui rappela alors que, en conséquence de la paralysie des vaso-moteurs du rein, la section du plexus rénal amène souvent l'hématurie par rupture des capillaires à la suite d'une exagération de la pression à l'intérieur. On doit également faire remarquer que la réfrigération d'une portion limitée de la peau a pour conséquence la congestion des parties profondes sous-jacentes. Dès lors, rien ne rendait impossible une hémorrhagie par les capillaires du rein sans lésion préexistante. Botzin, dirigeant son traitement d'après ces vues théoriques, administra à son malade du bromure de potassium et de sodium pour diminuer l'excitabilité du système nerveux. (*Lo Sperimentale.*)

Sur la dilatabilité du canal de l'urèthre chez la femme. — Le professeur Weinlechmer a enlevé tout récemment, et sans suites défavorables, trois calculs vésicaux chez des femmes par simple dilatation du canal de l'urèthre. Il a observé également trois autres cas de dilatation exagérée consécutive à l'habitude du coït uréthral. Dans l'un de ces derniers, il y avait atrésie vaginale. Dans un autre, absence congénitale de vagin, et enfin, dans le troisième, rétrécissement, *post partum*, avec incontinence d'urine.

Dans un des cas précédents, une épingle à cheveux servait de noyau au calcul. L'incontinence d'urine disparut au bout de trois jours. Dans une observation, une fistule vésico-vaginale fut opérée et se reproduisit à la suite d'un accouchement. (*K. K. Gesellchaft des Aezte in Wien*, 23 avril 1875.)

Empoisonnement par le gaz d'éclairage (Jacobs). — Les cas rapportés par les auteurs anglais et allemands sont au nombre de trois seulement. Pourtant, il est probable qu'il y en a beaucoup plus qui n'ont pas été rapportés, car cet empoisonnement n'est pas rare.

Les symptômes sont les mêmes que pour l'oxyde de carbone : céphalalgie, vertiges, malaise, vomissements, perte du sentiment, chute du pouls et de la respiration, élévation de la température. Coma, convulsions, mort.

Dans les cas de guérison, les troubles psychiques et trophiques persistent assez longtemps. D'après les recherches de Tourdes, le gaz d'éclairage contiendrait toujours 21, 9 : 0/0, d'oxyde de carbone, auquel serait dû l'empoisonnement. (*Centralbl. für Chirurgie.*)

Aphorismes sur l'hérédité avec observations à l'appui. (Ransom Dexter.) — I. A des ascendants de bonne constitution succèdent des descendants également bien constitués.

II. Généralement, les enfants héritent de celui de leurs parents dont la constitution est la meilleure.

III. Dans les diathèses acquises, l'impression faite sur les individus est telle qu'il y a une tendance beaucoup plus manifeste à la reproduction des accidents qu'à la guérison.

IV. Les impressions morales extrêmement vives, quelle que soit d'ailleurs leur durée, retentissent sur les enfants.

V. Dans quelques cas, les enfants ont présenté une trace évidente de l'état mental de leur père et de celui de leur mère.

VI. L'alcoolisme chez les ascendants, même éloignés, laisse chez les descendants, des particularités physiques et intellectuelles parfaitement visibles.

Obs. I. — M. T. E..., le fondateur d'une famille suivie par l'auteur, né lui-même d'une famille respectable et dont aucun membre n'était adonné à l'ivrognerie, se maria de bonne heure, et, par suite d'une habitude acquise dans ses affaires, il s'adonna au bout de quelque temps à l'ivrognerie, à tel point que, sur trois semaines, il était, pen-

dant deux, en état d'intoxication complète par l'alcool. Pendant ce temps, il était possédé d'une manie honteuse, qui obligea sa famille à se séparer complétement de lui.

Le fils de cet homme présenta, dès son enfance, les traits saillants du caractère paternel. A l'âge où son père avait commencé à devenir alcoolique et maniaque, le fils présenta la même manie et presque au même degré. Il faut pourtant faire remarquer qu'il ne fut jamais lui-même un ivrogne; il partageait, au contraire, l'horreur de sa mère pour les liqueurs fortes. A part cette exception, son caractère représentait, trait pour trait, celui de son père, qui, pourtant, n'avait nullement contribué à son éducation.

Il se maria et eut lui-même six enfants. Deux enfants moururent jeunes. Sur les quatre survivants, un seul présenta les mêmes vices que son père et son grand-père.

Obs. II. — N. J., de quarante ans, n'ayant jamais fait abus de liqueurs alcooliques. Il est le huitième enfant d'une famille sobre et dont aucun ascendant n'aurait jamais été alcoolique. Sa mère, pendant sa grossesse, avait l'habitude de prendre une certaine quantité de liqueurs fortes. Elle cessa, par suite de circonstances particulières, au moment de sa huitième grossesse, imposant silence, par une grande énergie, à un appétit véhément pour ces sortes de boissons.

L'enfant présenta durant le premier âge les mêmes besoins que sa mère pendant la grossesse. Il s'efforçait de saisir les liqueurs fortes placées près de lui, et, *chose étrange, paraissait enchanté*, quand on les mettait hors de la portée de sa main. C'est la personne même qui a rapporté ce fait, et elle ajoute que, pendant sa vie, la même contradiction s'est présentée entre son appétit héréditaire et ses volontés. (*The Chicago journal of nervous and mental Disease*, janv. 1875).

Notes cliniques sur l'endartérite déformante (De Giovanni). — D'après l'auteur, l'histoire clinique de l'endartérite déformante, serait bien loin d'être faite aujourd'hui. Il donne un certain nombre d'observations destinées à servir de matériaux à cette histoire.

Obs. I. — *Athérome diffus*, avec dégénérescence graisseuse du cœur, se manifestant comme une *ischialgie bilatérale*. Le diagnostic fut fait, par suite de la manière dont se présentèrent les troubles de sensibilité aux membres inférieurs, par l'état moral et intellectuel du malade, par les symptômes cardiaques, et, en particulier, l'augmentation de l'aire de matité. L'autopsie permit de vérifier le diagnostic.

Obs. II. — Ischialgie droite, avec œdème partiel des membres inférieurs. En outre, lumbago, hémorrhoïdes externes; lorsqu'elles étaient fluantes, tous les symptômes étaient améliorés.

Diagnostic fait par exclusion. — Repos au lit. Compression douce des membres inférieurs. Pilules d'aloès ferrugineux avec un peu de noix vomique.

Obs. III. — Ischialgie gauche avec refroidissement du membre et difficulté des mouvements.

Obs. IV. — Dyspepsie, liée probablement aussi à l'athérome.

Obs. V. — Diarrhée invétérée, avec amaigrissement progressif et marasme, chez une femme de cinquante-sept ans. Diagnostic : Athérome diffus.

Obs. VI. — Douleur rétro-sternale. Troubles gastro-entériques. Anasarque. Amélioration générale. Symptômes d'affection organique du cœur. Le malade avait eu la syphilis. Le diagnostic fut établi par les conditions étiologiques et les symptômes.

L'auteur fait ensuite les réflexions suivantes : *Pourquoi la même lésion anatomique donne-t-elle des symptômes si différents, suivant les cas?*

Pour répondre à cette question, il étudie les effets de l'inégalité entre les pressions veineuse et artérielle, chez un individu oligémique dont le sang est altéré, et chez un individu robuste, sans autre affection que l'athérome diffus; il arrive à cette conclusion :

1° L'athérome diffus peut se manifester cliniquement par une diarrhée séreuse, avec amaigrissement progressif, et amener la mort par marasme.

2° Il peut, dans d'autres cas, produire des désordres généraux, surtout intestinaux, et une affection organique du cœur.

3° La détérioration rapide de l'organisme nous explique pourquoi il n'y a pas toujours une affection organique du cœur à la suite de l'athérome. La mort survient avant son apparition, par suite des progrès de la cachexie. Beaucoup de troubles observés chez des personnes âgées sont imputables à l'athérome.

Ces troubles sont surtout :

a. Des douleurs vagues dans les extrémités, avec irrégularités du cœur. Intolérance pour les spiritueux.

b. Intermittences cardiaques, avec douleurs simultanées dans le bras gauche. Digestions mauvaises.

c. Épitaxis. Caries et hémorrhagies dentaires, vertige.

L'auteur conclut en analysant les phénomènes morbides qui suivent l'athérome :

1° Diminution de l'activité des artères et, par suite, ralentissement du cours du sang dans les capillaires et les veines.

2° Fragilité des parois artérielles.

3° Difficultés de la production des globules, par suite du ralentissement du cours du sang et des troubles digestifs.

4° Gravité des maladies intercurrentes, par suite des lésions amenées par l'athérome (*Commentari de med. et chir.*, sett. et ottobre, et *Annali universali di medicina*, aprite 1875.

Liqueur de Van Swieten

Modifiée par le docteur Ch. Mauriac.

Eau distillée.	550	grammes.
Sirop de morphine.	250	—
Eau de fleurs d'oranger.	100	—
Alcoolat de menthe.	4	—
Alcool.	95	—
Sublimé corrosif.	1	—
	1,000	grammes.

Chaque cuillerée à bouche contient :

Sublimé corrosif.	2 centigrammes.
Sirop de morphine.	5 grammes.
Chlorhydrate de morphine. .	2 milligr. 1/2.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance publique annuelle du 21 juin 1875 (1).

PRÉSIDENCE DE M. FRÉMY.

M. le docteur Létiévant, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a présenté au concours un volume intitulé : *Des sections nerveuses*. Il y a accumulé des documents importants en faveur du traitement des névralgies rebelles par l'incision et l'excision des nerfs malades, opération conseillée depuis longtemps, mais sur la valeur de laquelle nous étions incertains, et qui, à cause de cela, n'a pas été jusqu'ici universellement adoptée.

Pour rassurer et entraîner les opérateurs, M. Létiévant commence par étudier les effets physiologiques primitifs et consécutifs des sections nerveuses. Il rassemble et publie, *in extenso*, environ trente observations de sections accidentelles chez l'homme, et quelques cas de sections expérimentales sur les animaux. Il constate et nous apprend que tantôt, mais c'est le cas le plus rare, le nerf coupé se régénère et ses fonctions se rétablissent, tantôt il ne se régénère pas, ses propriétés conductrices pour le mouvement et la sensibilité restent perdues; mais les muscles paralysés peuvent être suppléés dans leur action par les muscles environnants dont les nerfs sont restés intacts, et la sensibilité peut être suppléée par des anastomoses ou par la transmission, au moyen d'un ébranlement dont le blessé n'a pas conscience, de l'impression aux papilles et autres parties sensibles situées dans le voisinage.

L'auteur examine ensuite les indications de la névrotomie dans les névralgies, dans les douleurs du cancer et dans le tétanos. Pour

(1) Suite. — Voir les numéros des 6 et 8 juillet.

chacune de ces maladies, il met sous les yeux du lecteur un grand nombre de faits recueillis soit dans sa propre pratique, soit dans les auteurs, et il montre par des chiffres que les succès sont assez nombreux pour justifier l'intervention chirurgicale dans les maladies que nous venons de nommer.

Il termine enfin par l'indication des procédés opératoires qui conviennent pour la section de chacun des nerfs du corps humain.

Par cet ensemble de documents physiologiques, pathologiques et thérapeutiques, le travail de M. Létiévant constitue une monographie d'un genre nouveau, qui n'existait pas encore en France et qui est appelée à rendre de grands services à l'art de guérir ; c'est pour ces motifs que la commission des prix Montyon l'a jugé digne de l'une des mentions.

3° M. le docteur PETER a présenté au concours un gros volume intitulé : *Leçons de clinique médicale*. Sous ce titre, qui indique un ouvrage classique et destiné à l'enseignement, l'auteur livre cependant à la publicité un bon nombre d'idées nouvelles émanées d'un esprit tout à la fois observateur et novateur.

Je passe sous silence tout ce qui concerne les maladies du cœur et leurs symptômes, que M. Peter a décrits et commentés avec le plus grand soin, pour m'arrêter à ce que cet ouvrage contient de tout à fait neuf. Ce sont d'abord des documents confirmatifs de ceux de MM. les docteurs Larcher et Blot, sur l'hypertrophie physiologique du cœur pendant la grossesse, sur les conséquences fâcheuses de cette hypertrophie pour les femmes qui, avant leur grossesse, se trouvaient atteintes d'une lésion sérieuse de cet organe, et en particulier, sur l'avortement très-probable qui en est la suite, du cinquième au septième mois de la grossesse. C'est ensuite l'explication de la douleur dans beaucoup de maladies de la poitrine par une névralgie du diaphragme, maladie dont M. Peter a, le premier, donné la description. C'est l'intervention, dans la pathogénie de l'angine de poitrine, non-seulement d'une aortite, mais aussi d'une névrite concomitante, portant sur les nerfs délicats et multipliés, dont l'ensemble forme ce qu'on appelle les *plexus cardiaques*. C'est une dissertation séméiologique sur le point de côté et sa signification clinique dans les cas où on le rencontre. C'est enfin une discussion vigoureuse sur la pleurésie, l'utilité de son traitement par les émissions sanguines et l'abus de la thoracentèse.

Par les exposés contenus dans ce livre, M. Peter s'est fait, en France et à l'étranger, la réputation d'un clinicien laborieux et sagace. La commission ne fait donc que sanctionner le jugement rendu par l'opinion publique en lui accordant une mention.

En résumé, pour l'année 1874, la commission a été d'avis de décerner :

1° Un prix de la valeur de *deux mille quatre cents francs* à M. DIEULAFOY ;

2° Un prix de la valeur de *deux mille quatre cents francs* à M. MALASSEZ ;

3° Un prix de la valeur de *deux mille quatre cents francs* à M. MÉHU.

Elle accorde, en outre, une mention avec un encouragement de *deux mille francs* à chacun de MM. BÉRENGER-FÉRAUD, LÉTIÉVANT et PETER.

CITATIONS. — En sus des récompenses qui viennent d'être désignées, la commission croit devoir signaler et citer neuf autres travaux qu'elle a regretté de ne pouvoir couronner et qui n'en sont pas moins très-dignes de félicitations ; ce sont :

1° Le *Traité théorique et pratique d'hydrothérapie*, par M. le docteur BENI-BARDE ;

2° Le *Traité complet de la rage chez le chien et chez le chat*, par M. J. BOURREL ;

3° Un *Mémoire sur les gouttières en linge plâtré*, par M. le professeur HERGOTT, de Nancy ;

4° Un volume de Mélanges sur l'*Hystérie, les maladies utérines, la chirurgie conservatrice, la saignée dans la grossesse, etc.*, par M. le docteur DECHAUX (de Montluçon) ;

5° Un volume consacré à l'*Influence des grandes commotions politiques et sociales sur le développement des maladies mentales*, par M. le docteur LUNIER ;

6° Un bon travail de M. le docteur ANGEL MERVAUD, *Sur les aliments d'épargne* ;

7° Un volume *Sur la transfusion du sang*, par M. le docteur MONCOQ ;

8° Un travail manuscrit de M. le docteur TOUSSAINT MARTIN, *Sur les hydropisies* ;

9° Un travail manuscrit *Sur les altérations du sang dans les affections typhoïdes du cheval*, par M. SALLE, vétérinaire en 1er au 4e cuirassiers.

L'Académie a adopté ces conclusions.

Prix Godard.

(Commissaires : MM. Gosselin, Ch. Robin, baron Cloquet, Cl. Bernard, rapporteur.)

La commission a l'honneur de déclarer à l'Académie qu'il n'y a pas lieu, pour l'année 1874, à décerner le prix Godard.

PHYSIOLOGIE

Prix de physiologie expérimentale.

(Commissaires : MM. Robin, Milne Edwards, Lacaze-Duthiers, Cl. Bernard et Blanchard, rapporteurs.)

Tout le monde sait que l'anatomie et la physiologie, nées d'un même tronc scientifique, se rattachent l'une à l'autre par les liens les plus étroits. Cependant la physiologie ne saurait se déduire exclusivement des dispositions organiques que nous fait connaître le scalpel de l'anatomiste. Il faut, en outre, que l'expérimentation, aidée de tous les moyens de recherches nécessaires, pénètre dans l'organisme vivant et nous dévoile des fonctions et des propriétés de tissus que nous ne pourrions découvrir autrement. C'est cette dernière méthode d'investigation qui constitue particulièrement la physiologie expérimentale, et c'est aux recherches qu'elle provoque que s'appliquerait plus spécialement le prix de *Physiologie expérimentale* de l'Académie. Toutefois, la majorité de votre commission n'a pas été d'avis d'interpréter le programme du concours d'une manière aussi rigoureuse ; c'est pourquoi elle a l'honneur de vous présenter cette année deux travaux d'ordre différent : l'un d'expérimentation pure, dû à MM. Arloing et Tripier, intitulé : *Des conditions de la persistance de la sensibilité dans le bout périphérique des nerfs sectionnés* ; l'autre, d'anatomie comparée, accompagné des considérations physiologiques que le sujet comporte, intitulé : *Études sur le cœur et la circulation centrale dans la série des vertébrés*, par M. Sabatier. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 juillet 1875. — Présidence de M. LE FORT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° les journaux de la semaine ; — 2° une brochure envoyée par M. le docteur Duboué (de Pau), intitulée : *Fragments inédits d'un manuscrit de Bordeu sur les eaux minérales de la Généralité d'Auch*.

M. VERNEUIL dépose, au nom de M. H. Petit, sa thèse intitulée : *De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme*.

M. LE PRÉSIDENT propose de nommer à l'élection une commission qui sera chargée d'étudier la question du traitement chirurgical des enfants à domicile, dans les hôpitaux spéciaux et dans les hôpitaux généraux. Mais aussitôt la discussion reprend, d'abord sur la proposition même de M. Le Fort, puis, lorsque la majorité s'est prononcée pour cette nomination, sur le fond même de la question. MM. Marjolin et Desprès reprennent leurs mêmes arguments, s'appuyant, l'un sur les chiffres de sa longue pratique, l'autre sur la

statistique officielle des hôpitaux. Mais cette statistique est peu exacte, paraît-il; on y supprime *officiellement* les cas qui pourraient la déparer, tels, par exemple, que des épidémies d'ophthalmie causées par l'encombrement signalé par M. Giraldès, et qui ont nécessité l'évacuation des salles de son service après qu'une religieuse et plusieurs infirmières y eurent perdu la vue. Ces relevés ne figurent pas dans la statistique, non plus que des opérations importantes que ce chirurgien avait pratiquées.

Cependant M. de Saint-Germain apporte un argument à M. Desprès, en déclarant qu'il a de la peine à remplir son service à l'hôpital des Enfants, qui ne compte que 64 lits. Il a peu de maladies aiguës, et il est obligé, pour que ses salles ne restent pas trop vides, de les remplir avec des chroniques. M. Sée, au contraire, n'a pas assez de places pour les maladies aiguës.

Cette discussion sera reprise ultérieurement après le rapport de la commission. Au premier tour de scrutin, M. Marjolin seul est nommé. Le vote sera continué au commencement de la prochaine séance.

RAPPORT

M. GUÉNIOT donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Hue (de Rouen), intitulé : *Contribution à l'étude des complications pelviennes déterminées par des fibroïdes de l'utérus.* Ces complications sont rares. M. Hue n'a pu en réunir que quatorze cas dont deux lui appartiennent. Elles sont toujours graves, car il y a eu treize morts sur ces quatorze cas. C'est sur l'appareil urinaire que ces tumeurs exercent leurs plus fâcheux effets. Les uretères surtout sont comprimés, et les malades meurent des complications graves qui peuvent en résulter. A ces accidents peuvent se joindre l'effacement par aplatissement du canal vaginal, et, plus rarement, l'obstruction permanente du rectum par la compression qu'elles exercent. Tous ces accidents sont graves, et le chirurgien doit faire de sérieux efforts pour refouler ces tumeurs dans l'abdomen, malgré les risques d'une péritonite. L'effort nécessaire est quelquefois de 10 ou 15 kilogrammes. Lorsqu'elles sont réduites, il faut les maintenir au-dessus du petit bassin. L'auteur y a réussi au moyen d'un pessaire en bilboquet un peu modifié.

DISCUSSION

M. TRÉLAT pense qu'un effort aussi considérable est trop dangereux pour devoir être tenté.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN croit que l'on a pris souvent pour ces tumeurs un simple renversement de la matrice.

M. POLAILLON estime à 10 kilogrammes environ la force à exercer sur ces corps fibreux pour les faire remonter dans l'abdomen.

M. GUÉNIOT répond à M. H. de Chégoin que l'erreur qu'il signale a pu être commise quelquefois, mais que cependant la dureté d'un corps fibreux le diagnostique assez facilement d'une tumeur formée par l'utérus.

M. DEPAUL est étonné que M. Hue ait pu réunir 14 observations d'enclavement de corps fibreux. La réduction n'est possible que si la tumeur est pédiculée et s'est engagée dans l'excavation pelvienne; mais, si elle est née sur place, il est impossible de la réduire. D'ailleurs un effort de 15 kilogrammes serait extrêmement dangereux.

M. GUÉNIOT. Cinq des observetions relatées par M. Hue ont été soumises à la Société anatomique. Les malades avaient succombé à l'urémie. L'obstruction complète et permanente du rectum par ces tumeurs est rare, mais les troubles profonds qu'elles causent, tels que la sciatique, la rétention des matières fécales et de l'urine est très-fréquente. On a aujourd'hui trop d'autopsies de ces cas pour qu'on ne sache pas que ces tumeurs paraissent plus souvent sessiles qu'elles ne le sont réellement. On regrette alors, en le constatant, de n'avoir pas tenté la réduction.

Des remercîments seront adressés à M. Hue, et le rapport sera inséré dans les *Bulletins* de la société.

RAPPORT

M. PAULET fait un rapport verbal sur deux observations adressées à la société.

La première, due à M. Letiévant (de Lyon), relate un cas d'empyème avec récidive observé chez un jeune homme de seize ans. A son entrée à l'hôpital, ce malade présentait une fistule située au niveau du septième espace intercostal, à 3 centimètres au-dessous du mamelon, donnant accès dans la cavité pleurale, et entretenue par un écoulement de pus considérable. Des lavages et des injections irritantes amenèrent la guérison au bout de huit mois; mais, quatre mois après sa sortie de l'hôpital, ce malade y rentre dans le même état qu'au début de son traitement. M. Letiévant pratique alors une contre-ouverture pour placer un drain et fait des injections répétées dans ce foyer.

Vingt jours plus tard, une hémorrhagie se déclare, peu importante d'abord, puis de plus en plus considérable. Au bout de dix jours, le malade s'affaiblissant, M. Letiévant se décide à agrandir l'ouverture fistuleuse, d'avant en arrière, pour chercher l'origine de cet écoulement de sang, qu'il pensait venir d'une lésion des vaisseaux intercostaux. N'ayant rien trouvé à ce niveau, il fit sauter 4 centimètres de la septième et de la huitième côtes, mais ne put encore voir que la surface bourgeonnante de la plèvre, sans découvrir le siége de l'hémorrhagie. Il fit alors le tamponnement de la cavité pleurale au moyen de quatre-vingts tampons réunis en cerf-volant. Quarante-huit heures après, le tamponnement fut enlevé, et l'hémorrhagie ne se reproduisit plus. Mais l'empyème mit un an à guérir.

M. PAULET pense que cette résection des deux côtes saines n'était pas utile quoiqu'elle ait pu favoriser l'écoulement du pus et la rétraction des parois thoraciques. Le résultat dans ce cas a été favorable, mais il ne faudrait pas ériger cette opération en principe. M. le rapporteur propose de classer M. Letiévant en bon rang sur la liste des candidats au titre de membre correspondant, et d'insérer son observation dans les *Bulletins*.

M. TILLAUX s'associe aux réserves faites par M. Paulet sur ce fracassement du thorax.

Les conclusions de M. le rapporteur sont adoptées.

La seconde observation a été envoyée par M. Droussant (de Nîmes). Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans, mère de huit enfants, et qui n'avait jamais été malade. Le 15 novembre dernier, pendant la nuit, elle est prise de douleurs abdominales; on constate alors un empâtement considérable de l'abdomen, au milieu duquel on distingue une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, faisant saillie dans le flanc droit entre l'ombilic et l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le diagnostic fut : *ovarite suppurée*. Après quinze jours d'hésitation, pendant lesquels la fièvre n'avait pas cessé, M. Droussant résolut d'ouvrir cet abcès au moyen de la pâte de Vienne.

La peau mit trois jours à se détruire, l'aponévrose sept jours. Une ponction exploratrice pratiquée au milieu de l'escarre amena une petite quantité de liquide séreux. Lorsque la tumeur fut ouverte avec la pâte, il ne s'en écoula presque rien, mais une exploration faite avec une sonde de femme fit constater la présence d'un corps dûr. Ce n'est que le 27 décembre que M. Droussant put extraire un fragment de *calcul biliaire*, bientôt suivi d'une quarantaine d'autres. C'était une tumeur biliaire formée par la vésicule distendue.

Un dernier calcul dont le volume était plus considérable fut découvert dans une autre cavité. Après sa fragmentation, il fut extrait facilement, en même temps qu'il se fit un écoulement de bile franche. Il n'y eut plus alors à traiter qu'une fistule biliaire qui guérit rapidement.

L'auteur a pensé que ce fait était assez intéressant pour être communiqué à la société. Des remercîments lui seront adressés, et son observation sera insérée aux *Bulletins*.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

171. Bounel. Des accidents inflammatoires consécutifs à l'opération de la cataracte.

172. Binet. Du cornage broncho-trachéal et de ses rapports avec la mort subite.

173. Dauvel. Des fractures des os longs par contraction musculaire.

174. Cagniat. De l'inflammation rhumatismale des synoviales tendineuses et des bourses séreuses.

175. Caldéron. Des irido-choroïdites.

176. Rœseler. Des abcès phlegmoneux des muscles.

177. Pérès (Garcia). Quelques mots sur l'étiologie de l'anthrax.

178. Moutier. Études sur le fongus bénin du testicule.

179. Maissin. Quelques cas de brûlures causées par déflagration de la poudre.

180. Ferreau. Du traitement de l'anévrysme faux consécutif.

181. Picaud. Des éruptions cutanées consécutives aux lésions traumatiques.

182. Nouët. Des complications cérébrales du rhumatisme articulaire aigu traitées par les bains.

183. Veillon. Considérations sur les maladies les plus fréquentes observées au quartier d'artillerie de la marine et des colonies, à Lorient.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 8 juillet, M. Rochefort, médecin de première classe de la marine a été nommé chevalier de la Légion d'honneur (douze ans de services dont huit à la mer).

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Barralis (Jean-Baptiste-Édouard), est nommé aide-anatomiste pour une période de deux années, à partir du 1er novembre 1875.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Scribe, docteur en médecine, est institué chef des travaux anatomiques, pour une période de six années.

— *École de médecine de Caen.* — M. Maheut, professeur de pathologie interne, est nommé professeur de clinique interne, en remplacement de M. Roulland, décédé.

M. Leroy de Langevinière, professeur d'accouchements et de maladies des femmes et des enfants, est nommé directeur de l'école en remplacement de M. Roulland, décédé.

— *École de médecine du Poitiers.* — M. Poisson (Marie-Gustave), docteur en médecine, est institué suppléant de la chaire d'anatomie et physiologie pour une période de six années.

— On a demandé si le certificat d'aptitude, correspondant à la première partie des épreuves du baccalauréat ès lettres scindé, peut tenir lieu de certificat de grammaire pour prendre des inscriptions d'officier de santé et de pharmacien de 2e classe. L'affirmative ne peut être douteuse. Le candidat qui a subi avec succès, après la classe de rhétorique, les épreuves prescrites par les règlements de 1874 présente des garanties de savoir supérieures à celles que peut offrir le certificat. (*Circulaire ministérielle du 7 juin* 1875.)

— *Assistance publique.* — Concours pour les prix à décerner aux élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices. — La composition écrite du concours pour le prix de l'internat en médecine et en chirurgie aura lieu le mercredi 3 novembre 1875, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3.

Ce concours est obligatoire pour les élèves qui terminent leur deuxième année. Ceux qui, à moins de dispense préalable accordée par le directeur de l'administration, n'auront pas fait et lu la composition prescrite, et ceux auxquels le jury n'aura pas donné au moins la note *passablement satisfait* seront rayés de la liste des élèves externes des hôpitaux.

Les élèves de quatrième année, qui n'ayant pas concouru, n'auront pas justifié d'un cas de force majeure, apprécié par le jury et consigné au procès-verbal, ou qui, ayant concouru, auront fait des épreuves jugées insuffisantes, seront passibles des peines édictées par le règlement.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, du 20 juillet au 13 août inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours de la première division devra être déposé, conformément au règlement, avant le 15 août, dernier délai.

— *Cours d'accouchement.* — M. le docteur Migon, professeur libre d'accouchement, commencera le mardi 13 juillet, à huit heures du soir, un cours d'accouchement théorique et pratique, spécialement destiné aux étudiants en médecine et aux sages-femmes. Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de diagnostic médical. Guide de l'étudiant en médecine et du praticien, par S. Fenwick, médecin de London hospital, membre du Collége royal des médecins d'Angleterre. Ouvrage traduit sur la troisième édition anglaise et annoté avec l'autorisation de l'auteur, par Ossian G. Edwards, Edgard Lacroix et Jules Germain, avec 101 figures intercalées dans le texte. Prix : 5 francs. — Paris, 1875, H. Lauwereyns.

Des indications et des contre-indications de l'hydrothérapie, par M. le docteur Leroy-Dupré, médecin en chef de l'établissement hydrothérapique de Bellevue (Seine-et-Oise). — Mémoire couronné par la Société médicale d'Amiens. — In-8° de 112 pages. Prix : 3 francs. — Paris, 1875, J.-B. Baillière et fils.

De la réduction des luxations de la cuisse par la flexion combinée à la rotation du membre, par le docteur Dolbeau. — Paris, 1875, in-8° de 11 pages. Prix : 75 centimes. — Octave Doin.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOTEL-DIEU. — M. BÉHIER.

Du cancer et de l'ulcère simple de l'estomac (1).

Cette maladie nouvelle est une espèce morbide bien délimitée, et elle n'est autre que l'ulcère simple de l'estomac. Cette désignation ne doit rien faire présager pour le pronostic de la maladie; cette épithète, comme nous le verrons plus tard, signifie tout simplement que l'ulcère n'est ni cancéreux, ni tuberculeux. Quand on étudie le symptôme vomissement, on voit qu'il ne témoigne pas de la difficulté de la circulation du bol alimentaire. Les matières ingérées ne sont rendues qu'à de rares intervalles et d'une façon tout à fait accidentelle dans le cancer; ils deviennent un fait constant dans l'ulcère simple. Ces vomissements surviennent tantôt très-peu de temps, tantôt une heure ou deux environ après le repas. La douleur est également toujours réveillée par l'ingestion des aliments; tantôt elle est sourde, lente à se produire, tantôt elle se manifeste très-rapidement, avec une intensité considérable. Comme les vomissements, elle apparaît généralement une heure après le repas; mais il n'est pas rare de la voir survenir au bout de dix à quinze minutes seulement. D'autres fois, elle est immédiate après l'ingestion des aliments, et on en conclut alors que la lésion a son siége au niveau du cardia.

On a dit, et Brinton a insisté particulièrement sur ce point, que ces douleurs disparaissaient après l'évacuation des matières ingérées par le vomissement ou après la digestion, mais c'est là une assertion un peu trop absolue, et il est impossible, comme nous le montrent nos deux malades, d'établir, à l'aide de cette remarque, le diagnostic du cancer et de l'ulcère simple, puisque chez notre dernier malade la douleur est permanente comme chez le cancéreux.

Dans l'ulcère simple, la douleur offre ce caractère particulier, qu'elle a toujours son siége au niveau de l'appendice xyphoïde, ou de sa pointe; très-rarement elle s'étend à droite ou à gauche de cette région très-limitée. Certains auteurs affirment cependant qu'elle a un peu plus de tendance à se porter à droite, quand c'est l'orifice du pylore qui est malade, et, à gauche, quand c'est le cardia. Chez les femmes, l'usage du corset tendant à déplacer l'estomac, la douleur change plus ou moins de place et se montre plus bas, suivant le déplacement alors subi par cet organe. Enfin, dans un certain nombre de cas, le malade accuse des battements pénibles et très-désagréables au niveau de l'épigastre.

Un autre signe sur lequel Cruveilhier a insisté bien avant Rokitansky et Wirchow, auxquels on attribue généralement cette remarque, c'est l'existence, à la région dorsale, d'un autre point douloureux très-caractéristique. Cette douleur vertébrale ne se manifeste ordinairement que quelques mois après la douleur épigastrique; elle peut même faire complétement défaut; elle manque, par exemple, absolument chez notre malade. Quand elle existe, on la rencontre au niveau de la huitième ou de la neuvième vertèbre dorsale, jusqu'à la première ou seconde vertèbre lombaire; elle est très-souvent aussi interscapulaire. Enfin elle ne s'exagère pas par la pression. La douleur xyphoïdienne est, au contraire, presque toujours augmentée par la palpation. Du reste, ce dernier fait doit être recherché avec une grande précaution pour éviter la perforation des parois de l'estomac, que le moindre choc ou la moindre pression à la partie antérieure ou même postérieure de l'abdomen pourraient déterminer.

On a dit que, suivant le point occupé par l'ulcère, l'attitude du malade pouvait varier: qu'il se couchait sur le ventre lorsque l'ulcère siégeait à la partie postérieure de l'estomac, sur le dos lorsqu'il était situé à la face antérieure. Ces remarques n'ont pas une grande valeur et le décubitus est souvent indifférent.

Toute espèce d'action, soit physique, soit morale, qui est capable d'émouvoir le malade, exaspère les douleurs; il en est de même des aliments solides et, parmi les liquides, de ceux qui sont doués de propriétés astringentes, tels que le thé, la bière, etc. Les aliments liquides doux, comme le lait, calment au contraire, notablement la douleur.

Les vomissements sont longtemps bornés, tant qu'existe seulement la gastrite chronique, à de la pituite. Ils sont d'abord précédés de nausées; puis surviennent des vomissements muqueux, et enfin, çà et là, des vomissements alimentaires, lesquels ont lieu presque aussitôt après l'ingestion des aliments. Quant à l'hémorrhagie, elle peut ne pas exister du tout, ou, si elle a lieu, elle peut souvent ne pas être remarquée. C'est ce qui arrive si la surface ulcérée est peu étendue, et si elle ne comprend que des vaisseaux peu considérables.

La quantité de sang étant alors très-peu abondante ne provoque pas le vomissement, et le fait de l'hémorrhagie peut échapper à l'observateur. Mais, dans ces cas, la perte de sang peut avoir lieu par l'anus. De là la nécessité de regarder sou-

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 juillet.

vent les garde-robes chez un malade qu'on soupçonne atteint d'ulcère de l'estomac. Mais, dans le tiers des cas, l'hémorrhagie est assez abondante pour être constatée, et elle se fait jour à l'extérieur, en raison même de son abondance; la masse de sang épanchée dans l'estomac, sollicitant énergiquement les contractions de cet organe. D'autres fois, le sang, quoique très-abondant, ne sort pas de l'estomac, et alors si, comme cela peut arriver, le malade meurt à la suite d'une syncope, on trouve à l'autopsie, ainsi que je l'ai constaté à l'hôpital Beaujon, un caillot énorme distendant la poche stomacale.

Lorsque la perte de sang est considérable, l'individu peut donc mourir dans une syncope. La mort a lieu de la sorte environ une fois sur vingt.

Certains auteurs ont noté l'aménorrhée comme symptôme habituel de l'ulcère simple chez les femmes, et ces auteurs se sont demandés si ce phénomène était la cause ou la conséquence de l'hémorrhagie. Il est évident qu'il se produit dans ces conditions, ce qui arrive toutes les fois qu'une femme a subi une hémorrhagie abondante. L'aménorrhée, puis la chlorose, se produisent naturellement. Ici donc l'aménorrhée est, comme ailleurs, la conséquence de l'hémorrhagie, et pas du tout sa cause.

Enfin, chez les malades qui subissent ces hématémèses, l'état de faiblesse est extrême; mais on se tromperait si l'on la mettait tout entière sur le compte de l'hémorrhagie. Cette faiblesse tient aussi, pour une part, au mauvais état antérieur de la nutrition; le malade, en effet, digère mal et même rend quelquefois ses aliments; la nutrition est donc insuffisante, bien qu'elle soit loin d'être aussi incomplète que dans le cancer.

L'hémorrhagie, vous ai-je dit, n'est pas toujours aussi considérable qu'elle s'est montrée chez notre malade. Lorsqu'elle est peu abondante, cela tient à ce que dans l'aire de l'ulcération, dont l'étendue peut varier depuis les dimensions d'une pièce de cinquante centimes jusqu'à celle d'une pièce de cinq francs en argent, il ne se trouve que des capillaires ou des vaisseaux peu volumineux. Il serait possible, quand elle est ainsi peu abondante, de la confondre avec une hémorrhagie survenue par exhalation ou diapédèse, dans le cas de lésion organique, par exemple. Le doute alors serait permis et ne serait dissipé que par l'étude des autres signes observés. Au contraire, lorsque les hémorrhagies sont extrêmement abondantes, comme celle que notre malade a éprouvée, on doit admettre que l'ulcération a détruit l'une des trois grosses artères de l'estomac. La couleur rutilante et artérielle que présente ordinairement alors le sang rejeté au dehors montre bien, pour sa part, l'origine artérielle de l'hémorrhagie. Les branches artérielles qui peuvent fournir ces pertes de sang sont la coronaire stomachique, la splénique et la pylorique. De ces trois troncs artériels volumineux, la splénique est celui qui est le plus souvent atteint (cinquante-cinq fois sur cent) en raison de ses dimensions plus grandes, de sa situation plus fixe et de la plus grande fréquence de l'ulcère de la face postérieure de l'estomac. En effet, cet ulcère occupe quarante-trois fois sur cent la face postérieure de l'estomac, vingt-sept fois sur cent la petite courbure, seize fois sur cent l'extrémité pylorique, cinq fois sur cent la face antérieure de l'estomac, six fois sur cent les faces antérieures et postérieures à la fois, deux fois la grande courbure et deux fois la tubérosité cardiaque; et si l'on réunit certains de ces chiffres, on voit que la face postérieure, la petite courbure et le cul-de-sac pylorique réunis donnent, pour la fréquence de l'ulcère dans ces trois régions, le chiffre de quatre-vingt-six sur cent, quoique le segment que représentent ces trois parties soit moindre que la moitié de la surface interne de l'estomac.

On rencontre en général deux ulcérations occupant en même temps la face interne de l'estomac une fois sur cinq. Brinton a donné une statistique un peu différente, et sur quatre-vingt-dix-sept cas, il en a vu cinquante-sept offrant deux ulcères à la fois, seize en présentant trois réunis, trois cas avec quatre ulcères, deux cas avec cinq, et quatre en offrant un nombre plus considérable. La désignation d'ulcère simple est donc ici encore une désignation de convention, l'ulcère étant souvent multiple. Je me suis déjà expliqué sur la valeur de cette dénomination. *(A suivre.)*

HOPITAL CIVIL DE BREST. — M. Th. Caradec.

Quelques considérations sur l'amputation de la cuisse dans le tiers moyen, sur l'amputation susmalléolaire et l'amputation de la jambe au lieu dit d'élection (**procédés du professeur Marcellin Duval**) [1].

Voici maintenant l'*appréciation* de M. Chauvel.

Après avoir dit : « qu'il n'a jamais été témoin des accidents sur lesquels le professeur Verneuil a le premier appelé l'attention, et, qu'à cet égard, son mode opératoire n'a plus sa raison d'être; » il ajoute : « On peut, au reste, à ces procédés, comme à celui de Marcellin Duval, adresser le reproche de prolonger beaucoup la durée de l'opération, de donner un lambeau postérieur volumineux, difficile à maintenir, et une plaie très-longue à cicatriser. Les résultats n'ont pas été mauvais cependant, et la méthode est bonne à conserver. Mais en thèse générale, la méthode circulaire avec ou sans manchette cutanée, si l'on a soin de couper en deux temps les muscles du mollet et de conserver plus de peau en avant pour bien recouvrir les os, est le mode opératoire le plus simple, le plus rapide dans son exécution et celui qu'on doit préférer. »

Nous examinerons successivement les objections de M. Chauvel.

A. *On peut, au reste, à ces procédés, comme à celui de Marcellin Duval, adresser le reproche de prolonger beaucoup la durée de l'opération...*

Il n'est pas difficile de réfuter une objection aussi exagérée quand elle s'adresse à un procédé dont l'exécution dure quelques minutes : elle n'est pas sérieuse maintenant que nous possédons de puissants anesthésiques qui suppriment la douleur pendant de longues et laborieuses opérations; maintenant surtout que la découverte de l'ischémie artificielle permet d'opérer sur des parties exsangues.

On se demande encore pourquoi M. Chauvel s'est toujours abstenu de dire, dans ses résumés des procédés de M. Duval, qu'on pouvait lier les artères avant *ou après* l'opération, en d'autres termes, qu'*il était facultatif* de lier ces vaisseaux avant ou *après* l'opération, ce que M. Duval a répété à dessein, non-seulement à l'égard de la jambe, mais à l'occasion de ses divers procédés pour les autres membres?

M. Chauvel dit *toujours* qu'on lie les artères pendant l'opération; le lecteur peut, dès lors, considérer, *comme obligatoire*, la ligature des vaisseaux *pendant celle-ci;* il peut penser que ces procédés ont été institués dans ce but, et qu'ils sont devenus inutiles depuis la découverte d'Esmarch. Tout au contraire, ils sont plus utiles encore, comme il est facile de le prouver.

Rappelons d'abord ce que dit Esmarch lui-même :

« Lorsque vous amputez, il faut que vous défassiez le tube

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 juillet.

dès que vous aurez lié toutes les artères que vous aurez pu reconnaître à l'œil nu. *Alors, le sang commence à se précipiter avec une force plus grande* dans les vaisseaux et se présente, pendant un moment, *sur toute la surface de la plaie...* »

Il faut donc, *avant et après* l'enlèvement du tube, se hâter, autant que possible, de lier les artères.

Avant, parce que la compression énergique qu'il exerce ne saurait être maintenue trop longtemps.

Après, parce que le sang se *précipite* dans les vaisseaux.

Or les procédés de Marcellin Duval laissent aux principales artères une certaine longueur qui permet, quelle que soit leur rétraction, de les retrouver, soit dans des lambeaux musculo-vasculaires, soit dans des interstices ou des intervalles facilement reconnaissables.

B. *Le lambeau postérieur est volumineux, difficile à maintenir.*

Il est certainement plus épais qu'une manchette cutanée; mais si l'on conserve des muscles, c'est parce que le lambeau sera mieux nourri, et qu'il recouvrira plus amplement les os. M. Duval dit d'ailleurs : « *On a bien soin*, surtout si le soléaire est volumineux, de pénétrer dans son épaisseur en suivant une direction oblique de bas en haut et d'arrière en avant. » Si l'on veut agir de même à l'égard des jumeaux, il suffira de disséquer la peau à la hauteur voulue et de diviser ces muscles en biseau comme le soléaire.

De longues bandelettes de diachylon ont suffi le plus souvent pour le maintenir : on peut d'ailleurs leur associer quelques points de suture.

Ce lambeau, qu'on relève d'arrière en avant, a l'avantage, en outre, de venir à la rencontre du petit lambeau antérieur, de le soutenir, et d'empêcher les téguments de porter sur l'angle du tibia qui les perfore trop souvent, lors même qu'on a pris la précaution d'abattre cet angle. Je pourrais en citer plusieurs exemples; cependant l'amputation avait été faite par d'habiles praticiens.

C. *La plaie est très-longue à cicatriser.*

S'il n'existe pas une ou plusieurs de ces causes qui retardent la cicatrisation, quel que soit le procédé mis en usage, la guérison est au moins aussi rapide que par la méthode circulaire. Comme je l'ai dit il y a longtemps, ma jeune amputée était guérie le vingt-deuxième jour; je connais plusieurs faits de guérison du trentième au trente-cinquième jour.

Qu'importe, à la rigueur, quelques jours de plus, quand le résultat définitif est de beaucoup supérieur, quand le moignon est bien matelassé, qu'il n'est pas sujet à s'ulcérer, et qu'on peut employer un appareil du système Martin? Aujourd'hui, le procédé de M. Duval a été pratiqué vingt-deux fois, tout récemment encore et avec succès, à l'hôpital civil de Brest (avril 1875). Dix (au moins) des amputés ont pu se servir facilement de cet appareil prothétique, qui a, comme on le sait, le grand avantage de conserver les mouvements du genou.

Si M. Chauvel a exécuté ou plutôt voulu exécuter le procédé, à l'amphithéâtre, il a dû suivre évidemment les données de *son résumé*, puisque c'est ainsi qu'il comprend l'opération. A quel résultat a-t-il pu parvenir? Ce n'est certes pas à celui qu'on obtient en se conformant à la description de l'auteur.

A-t-il pratiqué ou vu pratiquer le procédé sur le vivant? A-t-il observé les suites de l'amputation, la marche de la cicatrisation, les résultats définitifs? Non sans doute, et je suis en droit de l'affirmer : car M. Duval connaît tous les noms des opérateurs qui ont donné la préférence à son procédé et des localités où il a été mis en pratique; il sait que M. Chauvel n'a jamais figuré au nombre des assistants.

M. Chauvel dit après cela : « Les résultats n'ont pas été mauvais cependant, et la méthode est bonne à conserver. »

Je dis à mon tour, comme beaucoup d'autres chirurgiens : Les résultats sont excellents, et la méthode est bonne (même très-bonne) à conserver.

Nous avons assisté récemment, le docteur de Leséleuc (1) et moi, à trois séances où se trouvaient aussi plusieurs chirurgiens de la marine, déjà avancés dans la carrière et connaissant très-bien la médecine opératoire; on répéta plusieurs fois et comparativement le procédé de Duval et celui décrit par Chauvel (procédés qui furent exécutés à la lettre) : l'avantage sous tous les rapports et à l'unanimité, resta au mode opératoire de Duval.

Loin de moi, la pensée de blâmer les partisans de la méthode circulaire qui peut revendiquer, à juste titre, des noms célèbres. C'est celle que je pratiquais, du reste, avant de connaître le procédé de Marcellin Duval pour l'amputation de la jambe au lieu d'élection. Ce très-éminent chirurgien s'est bien gardé, d'ailleurs, d'être exclusif : c'est ainsi que, pour la plupart des autres amputations il se propose d'obtenir, comme résultat définitif, en employant la méthode elliptique, le *résultat momentané* que présente une amputation circulaire récemment faite.

A moins d'impossibilité absolue, je donnerai toujours la préférence (et je ne suis pas le seul) au procédé de Duval; et, si j'étais obligé de recourir à la méthode circulaire, je suivrais, à part quelques modifications, le procédé de Malgaigne et Léon Le Fort, en me conformant surtout au sage précepte de disséquer les téguments et de couper les muscles dits interosseux avec le bistouri ou le scalpel, et non avec le couteau (2).

Les procédés de M. Duval ont reçu depuis longtemps la sanction de la pratique et de l'expérience; ils ont été adoptés par plusieurs médecins civils et par un grand nombre de médecins de la marine, dont la liste est heureusement trop longue pour être insérée ici. (Voir *Tribune médicale*, oct. 1874, n° 321.)

Le total général des amputations pratiquées d'après ses procédés, soit elliptiques, soit à lambeaux, s'élève aujourd'hui à 208; on compte dans ce total : 14 désarticulations scapulo-humérales (4 morts, 1 résultat inconnu); 6 amputations de cuisse dans le tiers moyen (pas de décès); 64 amputations de cuisse dans le tiers inférieur (22 décès); 22 amputations de jambe au lieu dit d'élection (4 morts); 51 amputations sus-malléolaires (3 décès); 10 désarticulations médio-tarsiennes (8 succès, 2 résultats inconnus : *guerre de Crimée*); 11 désarticulations tarso-métatarsiennes (9 succès, 2 résultats inconnus : *guerre de Crimée*).

On peut lire l'appréciation des procédés de M. Duval dans l'ouvrage si remarquable que vient de publier l'éminent directeur de l'école de médecine navale de Brest, M. le professeur Rochard; on y trouve réuni l'attrait du style à l'impartialité du jugement; inutile de rappeler qu'il a pour titre : *Histoire de la chirurgie française au XIX[e] siècle.*

(1) Le docteur de Léseleuc, un de mes collègues à l'hôpital civil, a fait dix fois l'amputation dont il s'agit par le procédé à deux lambeaux du professeur Duval : c'est lui qui, en 1862, l'a pratiqué le premier sur le vivant.

(2) Voir le *Manuel de médecine opératoire*, par Malgaigne et Léon Le Fort, 1874.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance publique annuelle du 21 juin 1875 (1).

PRÉSIDENCE DE M. FRÉMY.

I

Des conditions de la persistance de la sensibilité dans le bout périphérique des nerfs sectionnés, par MM. Arloing et Tripier.

(Rapport de M. Claude Bernard.)

Lorsqu'un nerf sensible a été divisé sur un animal vivant, son bout périphérique, séparé du centre nerveux, devient ordinairement insensible; toutefois il n'en est pas constamment ainsi, et Magendie, le premier, constata, il y a vingt-cinq ans, qu'après la section des racines rachidiennes antérieures sensibles chez le chien, la sensibilité se réfugie dans le bout périphérique et disparaît dans le bout central. C'est à cette propriété sensitive du bout périphérique d'un nerf divisé que Magendie a donné le nom de *sensibilité récurrente.*

Cette étude de la sensibilité récurrente des nerfs n'est pas seulement un fait intéressant de physiologie expérimentale, mais cette propriété nerveuse est encore appelée à intervenir dans l'interprétation de phénomènes cliniques en apparence énigmatiques. Plusieurs fois, chez l'homme, le nerf médian, accidentellement divisé, fut réuni à l'aide d'un point de suture, et bientôt après l'opération, la sensibilité avait en partie reparu dans les parties auxquelles ce nerf se distribue. Pour se rendre compte de ces faits singuliers signalés à différentes reprises, plusieurs auteurs crurent à une restauration de sensibilité, qu'ils expliquèrent par l'hypothèse d'une réunion immédiate. MM. Aloing et Tripier ont montré que cette sensibilité est due à des anastomoses nerveuses périphériques.

C'est par des expériences sur des animaux vivants que MM. Arloing et Tripier ont démontré le rôle, on ne peut plus évident, de ces anastomoses périphériques. Ils ont divisé les trois nerfs collatéraux sur le doigt d'un chien, et ils ont constaté que la sensibilité à la douleur avait cependant persisté sur tous les points du doigt. Ils sectionnèrent alors le quatrième nerf collatéral, et aussitôt l'analgésie devint absolue. Ils ont, de plus, constaté que, lorsqu'on coupe un des nerfs cutanés de la main, les deux bouts restent sensibles, et que la sensibilité du bout périphérique consiste en une sorte de sensibilité d'emprunt due à la présence des fibres récurrentes dont ils ont pu constater l'existence en observant des fibres nerveuses non dégénérées dans le segment périphérique un mois après la section.

Mais c'est surtout dans les expériences sur les nerfs de la face que ces recherches prennent un caractère d'évidence tout particulier, et c'est là que MM. Arloing et Tripier ont fait preuve d'un grand talent d'analyse expérimentale.

La sensibilité récurrente, mise autrefois en évidence sur divers nerfs du chien par des expériences de votre rapporteur, n'avait pu être constatée nettement sur le lapin ni sur le cheval; pour le facial chez ce dernier animal, et chez les solipèdes en général, elle avait été niée par M. Chauveau. Ayant repris ces expériences, MM. Arloing et Tripier ont démontré que, si, après la section du nerf facial au-dessous de la parotide, on ne trouve pas habituellement de sensibilité dans le bout périphérique, c'est qu'à ce niveau il n'y a pas ordinairement de tubes nerveux récurrents; mais, quand la section est faite plus bas, plus près de la partie périphérique du nerf, la sensibilité du bout périphérique devient très-évidente.

Relativement à la sensibilité récurrente de la cinquième paire qui existe, mais qui est cependant plus difficile à démontrer que pour le facial, MM. Arloing et Tripier ont trouvé qu'elle provient non-seulement des nerfs de sensibilité de la région du même côté, mais qu'elle résulte aussi d'un entre-croisement ou d'une récurrence des nerfs sensitifs du côté opposé. C'est pour la première fois que ce fait important se trouve rigoureusement établi. En effet, MM. Arloing et Tripier n'ont pas seulement prouvé les phénomènes de sensibilité récurrente par des expériences de vivisection habilement faites, mais ils les ont expliqués et démontrés par une étude attentive de la dégénéressence des deux bouts de nerfs divisés chez leurs animaux en expérience. C'est ainsi que leur travail présente une valeur de démonstration tout à fait exceptionnelle. Ils ont reproduit toutes ces dégénérescences dans des dessins tès-bien exécutés qu'ils ont mis sous les yeux des membres de la commission.

Les résultats du grand travail de MM. Arloing et Tripier, dont nous ne pouvons donner ici qu'une analyse sommaire, peuvent se résumer dans les fait suivants :

1° Le facial et le spinal des solipèdes et des rongeurs possèdent la sensibilité récurrente aussi bien que ceux des carnassiers;

2° Pour trouver plus facilement la sensibilité récurrente, il faudra se porter à la périphérie;

3° Le bout périphérique des branches du trijumeau est sensible, cette sensibilité est assez difficile à bien mettre en évidence, mais elle existe;

4° Le bout périphérique des nerfs des membres est également sensible; toutefois la sensibilité peut disparaître lorsqu'on remonte sur les troncs nerveux;

5° Dans tous les cas, la sensibilité du bout périphérique est due à la présence de tubes nerveux dont les relations avec les centres trophiques et perceptifs n'ont pas été interrompues par la section;

6° L'absence de ces tubes se lie à l'nsensibilité du bout périphérique;

7° Ces tubes proviennent de la cinquième paire pour le facial, des nerfs voisins et à coup sûr des nerfs du côté opposé pour les nerfs sensitifs, des nerfs voisins et homologues pour les nerfs mixtes;

8° Ces tubes récurrents remontent plus ou mois haut dans le tronc du nerf auquel ils sont accolés; leur nombre diminue en allant de la péripherie vers le centre;

9° Le retour de ces fibres peut se faire avant la terminaison des nerfs; mais la terminaison est le lieu où il se produit de préférence.

En résumé, MM. Arloing et Tripier ont généralisé la sensibilité récurrente à tous les animaux mammifères; ils ont donné de ce phénomène une démonstration décisive et une explication rigoureuse à l'aide d'une série d'expériences de vivisection des plus délicates, poursuivies sur un très-grand nombre d'animaux pendant six années.

La commission, à l'unanimité, a été d'avis d'accorder un prix de physiologie expérimentale à MM. Arloing et Tripier.

II.

Études sur le cœur et la circulation centrale dans la série des Vertébrés; par le docteur Arm. Sabatier.

(Rapport de M. Blanchard.)

Le résultat important des recherches de M. Sabatier est un ensemble de preuves que, chez les reptiles et les batraciens, le sang artériel et le sang veineux ne se mélangent pas, comme on le croyait très-généralement. Ces preuves sont tirées de l'étude des dispositions anatomiques, de l'observation du sang dans les principaux vaisseaux, de diverses expériences.

Chez les batraciens, l'auteur s'est assuré que, par le fait de la direction des trabécules musculaires et des aréoles des parois ventriculaires, les deux sang lancés par les oreillettes dans le tissu spongieux du cœur demeurent séparés pendant la diastole, et qu'obéissant pendant la systole à l'impulsion imprimée par les trabécules musculaires ils suivent un cours différent, le sang rouge allant vers les aortes, le sang noir vers l'artère pulmonaire.

A l'égard des reptiles, M. Sabatier croit avoir démontré qu'au début de la systole le vestibule pulmonaire vient à se clore et emprisonne de la sorte le sang veineux pur; que l'orifice de l'aorte gauche s'aplatit et se ferme presque aussitôt, après avoir reçu une petite quantité de sang mixte, et que l'aorte droite, admettant aussi un peu de sang mélangé, ne reçoit plus bientôt que le sang rouge, dont elle cède une partie à l'aorte gauche, à travers la fente interaortique.

Chez les émydosauriens ou crocodiles, dont le cœur est partagé par une cloison, mais où l'existence d'une communication donnait à penser que le mélange des deux sangs devait s'opérer, l'auteur éta-

(1) Fin. — Voir les numéros des 6, 8 et 10 juillet.

blit que, pendant la systole ventriculaire, le pertuis aortique se ferme et ne s'ouvre que pendant la diastole; que l'orifice de l'aorte gauche s'aplatit et se ferme dès le début de la systole, de façon à n'admettre que très-peu de sang veineux, tandis que l'aorte droite reçoit seulement du sang artériel.

M. Sabatier a suivi avec grand soin les modifications du cœur et le mode de constitution des oreillettes chez les principaux types de vertébrés; mais nous passerons sur les faits anatomiques pour signaler des expériences propres à démontrer l'influence de la respiration sur la circulation.

Chez l'animal à sang chaud, les phénomènes mécaniques de la respiration ont été interrompus, soit pendant l'inspiration, soit pendant l'expiration, et, la tension veineuse mesurée à l'aide d'un hémodynamomètre, il a été reconnu que cette tension s'élève pendant l'interruption des mouvements respiratoires. Au contraire, la tension artérielle, déterminée par des procédés qu'il est inutile de décrire, diminue pendant l'interruption des phénomènes respiratoires et s'élève ensuite graduellement. De l'ensemble des résultats dérive la conclusion que, malgré l'influence des mouvements respiratoires sur la circulation du sang dans le poumon, les troubles de la circulation dans l'asphyxie doivent surtout être attribués au défaut de réoxygénation du sang. Chez l'animal à sang froid, reptile ou batracien, la circulation pulmonaire, d'après les expériences très-probantes de M. Sabatier, devient très-embarrassée dès que la réoxygénation du sang n'a plus lieu; ce qui est en opposition avec l'assertion de M. Brücke, que la circulation pulmonaire n'est pas interrompue pendant l'arrêt de la respiration. Le rôle de l'anastomose abdominale des deux aortes, chez les reptiles, a été constaté dans des expériences nombreuses à l'aide de tubes en caoutchouc permettant, par des pressions variées, d'apprécier la vitesse d'écoulement et ainsi de reconnaître les circonstances où les mouvements respiratoires agissent sur la direction du sang.

En résumé, la commission estime que le travail considérable de M. Sabatier, riche d'observations comparatives appuyées de nombreuses expériences, jette une nouvelle lumière sur le phénomène de la circulation du sang chez les reptiles et les batraciens. En conséquence, elle attribue à l'auteur un prix de physiologie expérimentale.

En conséquence du rapport qui précède, la commission décerne deux prix de physiologie expérimentale pour l'année 1874 : 1° un prix au travail de MM. Arloing et Tripier sur les *Conditions de la persistance de la sensibilité dans le bout périphérique des nerfs sectionnés;* 2° un prix aux *Études sur le cœur et la circulation centrale dans la série des vertébrés,* par M. Sabatier.

L'Académie a adopté ces conclusions.

Grand prix des sciences physiques. — Ce prix, qui avait pour sujet l'étude de la fécondation dans la classe des champignons, est décerné par moitié, à titre d'encouragement, entre : 1° MM. Maxime Cornu et Roze, et 2° M. Sicard.

Prix Montyon (statistique). — Ce prix est décerné à M. de Kertanguy, pour son excellent travail sur la mortalité parmi les assurés de la Compagnie générale, inséré dans le *Journal des actuaires français.* — Une mention honorable est accordée à M. de Saint-Genis pour ses *Études statistiques sur la Savoie,* de 1860 à 1870 (manuscrit inédit). — Une autre mention honorable est accordée à M. Loua pour son *Atlas statistique de la population de Paris, de* 1801 *à* 1872 (1 vol. gr. in-8°).

Chimie. — Le prix Jecker est partagé entre MM. Reboul et J. Bouchardat.

Botanique. — Le prix Desmazières est décerné à M. de Seynes.

Le prix de la Tour Mélicocq est partagé entre M. Calley, pharmacien, et MM. Éloy de Vicq et Blondin de Brutelette.

Anatomie et Zoologie. — Le prix Thore est décerné à M. Auguste pour son travail sur les *Fourmis de la Suisse.*

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 10 juillet 1875. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Ataxie locomotrice. — M. Charcot, à l'occasion du malade présenté par M. Vidal dans la dernière séance et qu'il considère comme atteint d'ataxie locomotrice progressive, dit que, dans son service, à la Salpêtrière, se trouve actuellement une femme qui offre avec ce malade beaucoup d'analogies. Elle présente des troubles oculaires, une atrophie unilatérale de la langue, une arthropathie du genou droit, une dislocation de l'épaule droite; elle a eu des douleurs fulgurantes et elle offre, en outre, de l'incoordination des membres inférieurs. Mais, en pareil cas, l'arthropathie seule des tabétiques suffit pour établir le diagnostic.

Altérations de la moelle consécutives aux blessures des nerfs. — M. Hayem a étudié les altérations que peut présenter la moelle à la suite de blessures des nerfs. Il a déjà montré qu'à la suite de l'arrachement d'un nerf, au niveau même de l'arrachement, survient une myélite qui se propage dans les parties ascendante et descendante de la moelle. La simple section d'un nerf donne le même résultat au point d'origine de ce nerf.

Chez certains animaux, on constate une simple atrophie du nerf au lieu d'origine. Dans ces derniers temps, M. Hayem a continué ces expériences sur des lapins et des cochons d'Inde; il a vu qu'une simple contusion ou une simple irritation du nerf sciatique détermine toujours de la myélite. Et cette myélite n'est seulement pas limitée à la substance grise, elle se propage dans la substance blanche; elle offre tous les caractères de la myélite aiguë. Enfin il a constaté aussi une certaine tuméfaction des cylindres-axes qu'on peut suivre depuis les racines jusqu'à la substance grise. Ce sont surtout ceux de la périphérie qui sont atteints. De plus, il y a toujours de la méningite, et M. Hayem semble disposé à admettre que c'est cette méningite elle-même qui est le point de départ de l'altération des cylindres axes.

M. Hayem reviendra ultérieurement sur les expériences qu'il a pratiquées et les faits qu'il a observés sur ce sujet.

M. Claude Bernard demande à M. Hayem si les animaux sur lesquels il a pratiqué ces lésions des nerfs ont présenté des convulsions.

M. Hayem répond négativement. Il ajoute, d'ailleurs, que les convulsions et les troubles trophiques qu'on observe dans des cas de myélite ne sont pas du tout en rapport avec l'importance des altérations de la moelle.

M. Cl. Bernard dit qu'à la suite d'expériences qu'il a pratiquées, il y a longtemps, dans un autre but, et dans lesquelles il arrachait les nerfs au niveau des racines postérieures, les animaux, vingt-quatre ou quarante-huit heures après, présentaient des convulsions.

M. Charcot fait observer que les expériences très-intéressantes de M. Hayem jettent quelques lumières sur certains faits de la pathologie spinale. Il cite, à cette occasion, plusieurs exemples.

Un malade atteint de paralysie infantile du membre supérieur gauche présente les lésions spinales propres à cette affection. Six ans après, il est pris de faiblesse du membre supérieur du côté droit et présente bientôt, de ce côté, tous les caractères de l'atrophie musculaire progressive. La lésion du côté gauche de la moelle, en se propageant au côté droit, a pris, de ce côté, tous les caractères des lésions de l'atrophie musculaire progressive. Seulement tandis que la lésion de la paralysie infantile était aiguë, celle de l'atrophie musculaire est chronique. Mais toutes deux occupent le même siége. C'est d'abord la corne antérieure du côté gauche qui fut atteinte; puis l'irritation, en se propageant à la corne du côté opposé, devient cette altération chronique de l'atrophie musculaire progressive.

Un amputé de la cuisse du côté gauche est pris de fourmillements, d'engourdissement dans son moignon, qui annoncent un commencement de paralysie; peu de temps après, le membre inférieur du côté gauche présente les mêmes symptômes, et le malade

est, en même temps, atteint d'une paralysie de la vessie. La lésion spinale s'est propagée, de même, d'un côté à l'autre.

Ainsi, telle lésion caractéristique de l'ataxie locomotrice, la lésion des faisceaux postérieurs, par exemple, en se propageant à d'autres parties de la moelle, va prendre les caractères des lésions de l'atrophie musculaire progressive; ce sont alors les cornes antérieures qui sont atteintes; puis les cordons latéraux se prendront à leur tour, et l'on observera alors des phénomènes de parésie, de contracture, etc... C'est ainsi que peuvent s'expliquer ces faits complexes dans lesquels il est possible de faire un diagnostic anatomique précis, de distinguer les lésions propres à tel ou tel ordre de symptômes.

M. HAYEM, à l'appui de l'influence des lésions des nerfs sur les altérations de la moelle, cite l'observation d'un jeune homme qui, pendant la Commune, reçoit dans la jambe un éclat d'obus qui donne lieu à une vaste suppuration et à des désordres graves dans ce membre. La partie inférieure de cette jambe devient le siége d'une anesthésie complète; puis surviennent des troubles trophiques, des panaris ulcéreux, laissant après eux des pertes de substances; le malade est pris de sueurs abondantes et présente enfin tous les signes d'une atrophie musculaire progressive dans la cuisse du côté malade. Dans ce cas, M. Hayem a admis le retentissement de la lésion des nerfs sur la moelle. Mais ce malade présentait, en outre, ceci de particulier que son pied, du côté malade, offrait une élévation permanente et très-considérable de la température; cette élévation était de 5 à 6 degrés. En général ces élévations de température sont peu considérables et passagères.

M. Hayem paraît disposé à la rattacher à l'irritation propagée à la moelle.

Physiologie du cerveau — M. BOCHEFONTAINE présente quelques considérations ayant trait à l'influence de l'excitation du cerveau sur l'hypersécrétion des glandes sous-maxillaires.

ÉLECTION

M. Grancher est élu membre titulaire de la Société de biologie.

La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 juillet 1875. — Présidence de M. WOILLEZ.

Le procès verbal de la précédente séance est lu et adopté.

LECTURE

Pleurésie gangréneuse. — M. BUCQUOY, à l'occasion du fait rapporté par M. Besnier dans la dernière séance, et qui a trait à un cas de mort subite pendant l'opération de la thoracenthèse pratiquée chez une malade atteinte de pleurésie gangréneuse, donne lecture de plusieurs observations de pleurésie gangréneuse.

M. Bucquoy ne lit que la première partie de son travail. Nous en ferons un résumé lorsqu'il aura donné lecture de la seconde partie.

PRÉSENTATION DE MALADES

Hémiatrophie de la langue. Phénomènes de paralysie. Atrophie musculaire, etc. — M. VIDAL présente un malade qui lui a été adressé par M. Péan. (Voy. le compte rendu de la Société de biologie, séance du 3 juillet.)

Asphyxie locale des extrémités. — M. MAURICE RAYNAUD présente un malade qui, à la suite d'un bain froid, a eu les oreilles gelées. Peu de temps après, le nez s'est sphacelé, et présente tous les caractères de l'affection que M. Raynaud a décrite sous le nom d'asphyxie locale des extrémités.

Une discussion s'élève au sujet de ce malade; mais MM. les membres de la société se groupant autour de lui, la discussion dégénère en conversations particulières, qui ne peuvent parvenir jusqu'au banc de la presse.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 avril. — Présidence de M. GALLARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend une lettre de remercîments de M. le docteur Gimbert (de Cannes), nommé membre correspondant de la société.

La correspondance imprimée comprend :

1° Une brochure de M. Gallard : *Travail sur l'aphasie, siége des lésions encéphaliques; considérations médico-légales.*

2° Une brochure de M. Tillot : *De la lésion et de la maladie dans les affections chroniques du système utérin.*

M. LEBLOND, présent, remercie la société de sa nomination de membre titulaire.

LECTURE

M. MARCET lit le travail suivant :

Sur un cas de glossite papillaire. — (Voir le numéro du 29 juin.)

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. LEBLOND présente à la société un instrument destiné à porter des liquides caustiques dans la cavité utérine. Cet instrument est un tube de verre coudé, qui a été inventé par un chirurgien américain, Woodbury. Le liquide caustique dont il se sert généralement est l'acide nitrique.

DISCUSSION

M. DE BEAUVAIS reproche à l'instrument présenté une fragilité excessive qui est due, autant à la nature de la matière dont il est formé, qu'à sa forme plusieurs fois recourbée.

M. PERRIN craint que l'instrument ne soit trop gros pour être facilement introduit dans le col utérin, de plus, selon lui, l'acide nitrique doit produire de violentes douleurs et, à la suite de son usage, des rétrécissements.

M. MERCIER trouve que la manœuvre de l'instrument doit être difficile, surtout quand on l'emploie avec le spéculum, qui dévie toujours un peu la direction du col.

M. LEBLOND. Pour répondre à ces différentes objections, je dirai que le tube de verre est suffisamment résistant pour être employé sans danger de rupture. Il n'est pas trop gros et entre en général très-aisément, bien que quelquefois il faille auparavant dilater le col. Avec un peu d'habitude on le manœuvre sans difficulté; on l'emploie le plus souvent dans la métrite interne, et l'on sait que, dans ce cas, la cavité utérine est largement ouverte. J'ai fait une cautérisation à l'aide de l'acide nitrique, et je n'ai pas provoqué de douleur.

M. GILLETTE. Les journaux anglais et américains modernes sont pleins d'observations relatant des injections intra-utérines d'acide nitrique, sans le moindre accident.

Quant à nous, nous sommes moins confiants, et cette méthode n'est pas encore vulgarisée en France. Nous n'ignorons pas, en effet, que la science possède des faits malheureux, des péritonites mortelles, même à la suite d'un simple toucher, comme j'en ai rapporté un cas tiré du service de Nélaton, dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1872.

M. Verneuil cite des cas de ce genre à la suite de toucher pratiqué chez des femmes affectées de polypes utérins ulcérés. Il y a deux ans, M. le professeur Lorain rapportait également, dans la *Gazette des Hôpitaux*, un fait de vaginite traitée par une simple injection et suivie de mort.

M. DE SAINT-GERMAIN. Je crois qu'on ne saurait être trop prudent dans l'injection de liquides dans la cavité utérine. Dans mon service au bureau central, j'avais imaginé, pour faire des injections de nitrate d'argent, un instrument composé de trois tubes justaposés et communiquant par une de leurs extrémités avec trois boules en caoutchouc; ces trois boules contenaient : l'une de l'eau pure, la

deuxième une solution de nitrate d'argent, la troisième une solution de chlorure de sodium. M. Tarnier se servit de cet instrument et même avec de l'eau pure eut des accidents, je m'en servis aussi, et la même chose m'arriva, d'où je conclus qu'il était mauvais, et que les injections intra-utérines sont loin d'être inoffensives.

M. DE BEAUVAIS. J'ai vu une syncope effrayante se produire sous l'influence d'une injection d'eau pure avec une seringue à double courant. L'effet eût été sans aucun doute plus redoutable, si l'on s'était servi d'acide nitrique.

M. GILLEBERT D'HERCOURT père rappelle le fait de Deorman, qui a trait à une injection d'eau, suivie de péritonite et de mort.

M. VOISIN. Le fait de M. Gillette, tiré de la clinique de Nélaton, est encore présent à ma mémoire, mais je crois que la femme sur laquelle on devait employer la curette de Récamier mourut sans avoir été touchée.

M. GILLETTTE. Cette femme avait une affection ovarique à l'explosion de laquelle elle a succombé, mais j'étais à cette époque interne de Nélaton, et mes notes portent parfaitement que le toucher avait été pratiqué chez elle.

M. VOISIN. J'ai employé l'acide azotique en injections intra-utérines, et plusieurs fois j'ai réussi à faire cesser des catarrhes utérins très-rebelles. Chez une aliénée, malade depuis longtemps, j'ai pratiqué cette injection avec un plein succès; il y avait dans l'utérus une grande quantité de liquide séro-purulent; la malade guérit et de sa métrite et de sa folie.

M. MERCIER. J'ai publié un mémoire sur la propagation de la blennorrhagie par les trompes au péritoine : dans ce cas, on ne pourrait pas accuser l'injection médicamenteuse d'avoir causé la péritonite.

M. LEBLOND. L'injection de nitrate d'argent, telle que M. de Saint-Germain l'a pratiquée, doit nécessairement causer des accidents, par la production de chlorure d'argent insoluble, qui forme dans l'utérus un corps étranger.

M. DE SAINT-GERMAIN. Il n'y a pu avoir de formation de chlorure d'argent, car on ne s'est jamais servi que d'eau pure.

M. GALLARD. Je ne me servirai jamais peut-être de cet instrument, mais je trouve que les reproches faits à sa fragilité sont exagérés. De plus il n'est pas trop gros, puisque dans les cas où on l'emploie, les orifices sont toujours agrandis; si à l'examen on ne trouve pas les orifices larges, c'est que l'affection qui semble indiquer son emploi n'existe pas.

Incidemment on a parlé d'injections intra-utérines, et je ne puis laisser clore la discussion sans donner mon avis. Je proteste contre l'opinion qui attribue aux injections intra-utérines des dangers excessifs. Toute opération, si petite qu'elle soit, a ses dangers. Il est évident que, dans un cas de vaginite, l'inflammation peut, par voie de propagation, faire naître successivement de la métrite, de l'ovarite et de la péritonite. Aran a insisté sur les dangers, non-seulement du toucher, mais même du moindre ébranlement chez les femmes atteintes d'ovarite ou d'inflammation des ligaments larges. Il a recommandé aux praticiens de montrer dans ces cas la plus grande circonspection. Que des accidents semblables se soient produits à la suite d'une injection vaginale ou d'un simple toucher, cela est possible, mais je n'y vois qu'une simple coïncidence, et je ne puis y reconnaître une relation de cause à effet.

De là à proscrire les injections intra-utérines dans tous les cas, il y a loin. Pour moi je les trouve un moyen aussi inoffensif que le toucher et que l'application du spéculum. L'important est de prendre les précautions nécessaires. La règle à observer est de ne pas accumuler une trop grande quantité d'eau dans la cavité utérine.

L'instrument de M. de Saint-Germain a un inconvénient, c'est d'être trop volumineux, et de ne pas permettre le retour immédiat du liquide. Quand vous injecterez du liquide dans l'utérus, prenez une sonde assez fine pour que le liquide puisse ressortir en avant entre la sonde et les parois de l'utérus. On s'est servi de plusieurs liquides : le perchlorure de fer, la teinture d'iode, la solution de nitrate d'argent. Le perchlorure de fer donne lieu à peu de coliques, le nitrate d'argent en produit davantage, parce qu'il y a formation de membranes. J'ai pratiqué de nombreuses injections, et si j'ai eu souvent affaire à des coliques, je n'ai jamais eu à combattre aucun accident. . . . .

La société se forme en comité secret.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La souscription de l'École de médecine en faveur des inondés du Midi a produit jusqu'à ce jour la somme de 3,027 francs. Elle sera irrévocablement close le samedi 17 juillet, à six heures du soir.

— M. le docteur George, ancien élève de l'École des hautes études, préparateur d'anatomie comparée à la Faculté des sciences de Paris, vient de subir avec succès, devant cette faculté, les épreuves du doctorat ès sciences naturelles.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Élixir de Roussy, à la Coca, à la Pepsine et à la Diastase.

La Coca prévient et atténue l'action locale irritante de la Pepsine et de la Diastase, et permet aux estomacs, même les plus délicats, de faire, sans aucun danger, un usage régulier et continu de ces deux principes indispensables à l'accomplissement régulier des phénomènes chimiques de la digestion.

Préparation **tonique** et **digestive**, d'un goût exquis, d'une efficacité remarquable, destinée à rendre de grands services à la thérapeutique. Employée avec succès contre les **douleurs d'estomac**, les **mauvaises digestions**, les **dyspepsies**, **gastralgies, vomissements**, dans les **maladies débilitantes**, enfin dans tous les cas où l'appareil digestif fonctionne mal.

Dépôt central à la pharmacie, rue Hoche, 9, à Versailles. — Dépôt à Paris (vente en gros), Marchand, 220, r. Saint-Martin. — Se trouve dans toutes les pharmacies. — Prix : 4 francs la bouteille.

PRÉFECTURE DU PUY-DE-DOME

Adjudication de la ferme de l'établissement thermal du MONT-DORE, le 16 août 1875.

Le préfet du Puy-de-Dôme, chevalier de la Légion d'honneur, donne avis que conformément aux dispositions des articles 4 et 5 du cahier des charges, relatif à la concession de l'exploitation de l'établissement thermal du Mont-Dore, rédigé et arrêté par le conseil général du département dans sa session d'avril 1875, il sera procédé, le 16 août prochain, en séance publique du conseil de préfecture, à l'adjudication sur soumissions cachetées, aux prix et conditions énoncés audit cahier des charges, de la ferme de l'établissement du Mont-Dore pour une durée maximum de cinquante années consécutives, qui prendront cours le 1er janvier 1876. La réduction ne devra porter que sur le temps de durée du bail et non sur la mise à prix.

Nul ne pourra être admis à soumissionner s'il n'a préalablement justifié de sa moralité et de sa solvabilité. A ces certificats, le soumissionnaire devra joindre le récépissé d'un dépôt de cent mille francs effectué à la trésorerie générale au moins huit jours à l'avance.

Le cahier des charges, contenant les clauses et conditions de l'adjudication, est déposé à la préfecture (2e division). Il en sera délivré un exemplaire à toute personne qui en fera la demande.

Fait en l'hôtel de la préfecture, le 1er juin 1875.

Le préfet du Puy-de-Dôme,
DE BASSONCOURT.

NOTICE SUR LES THERMES DU MONT-DORE (Puy-de-Dôme.)

L'établissement thermal du Mont-Dore, placé dans une des parties les plus pittoresques du centre de la France, est, par la beauté du site et par la vertu de ses eaux, un de ceux qui ont le plus de titres à tout l'intérêt des malades et des médecins.

La renommée de ces thermes, qui remonte aux temps les plus reculés, s'est répandue de plus en plus, à mesure que les propriétés médicinales des sources mont-doriennes ont été étudiées plus scientifiquement et constatées par des faits plus nombreux et mieux observés.

Il est bien démontré aujourd'hui que la cure du Mont-Dore est indiquée pour combattre un nombre déterminé de maladies qui se trouvent comprises dans les cinq groupes suivants :

1° Les maladies chroniques des membranes muqueuses, désignées sous le nom de *catarrhes;*

2° Les affections propres aux organes de la respiration;

3° Les affections rhumatismales chroniques;

4° Les névroses;

5° Les maladies de la peau, principalement lorsqu'elles se rattachent à un principe rhumatismal.

Ces maladies, qui représentent une portion importante de la pathologie humaine, et qui sont au nombre de celles que le médecin rencontre le plus fréquemment dans sa pratique médicale, trouvent généralement au Mont-Dore la guérison ou au moins du soulagement.

Quant aux applications de l'eau minérale, elles sont nombreuses et répondent à la plupart des médications.

VIN MARIANI à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques.
5 francs la bouteille.
MARIANI, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

ÉPILEPSIE
HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Pilules martiales de R. Coquet
Pharmacien à St-Nazaire-sur-Loire.

Le fer porphyrisé, à la dose de 0,20 centig. par pilule, est le seul agent médicamenteux de cette nouvelle préparation. Mélangé au sucre et aux poudres inertes, il devient aussi digestible qu'assimilable, grâce au procédé spécial de l'inventeur. Les acides faibles de l'estomac le dissolvent aisément, et l'état maladif est modifié dès les premiers jours.

Les *personnes rebelles* aux ferrugineux obtiennent une guérison certaine chaque fois que le fer est indiqué et prescrit. Succès constant. La *constipation cesse;* le sang appauvri reprend sa richesse et reconstitue les organes affaiblis.

Dépôt : pharmacie centrale, 7, rue de Jouy, Paris.
Exiger la marque de fabrique et la signature.

Pilules de Blancard, approuvées par l'Académie de médecine de Paris.

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Blancard

Se trouvent dans toutes les pharmacies. *Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE
AU QUINQUINA, PYROPHOSPHATE DE FER
Oranges amères et malaga

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.
Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

VIN DE G. SEGUIN
TONIQUE & FÉBRIFUGE

« *Ce Vin remplace avec avantage toutes les préparations de Quinquina.* » (Rapport de l'Académie de Médecine).

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue Saint-Honoré.

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Excellent sédatif et puissant diurétique employé avec un succès constant depuis plus de 30 ans par les médecins de tous les pays contre les maladies organiques ou non organiques du cœur, les diverses hydropisies et la plupart des affections de poitrine et des bronches : PNEUMONIE, CATARRHES PULMONAIRES, ASTHMES, BRONCHITES NERVEUSES, COQUELUCHE, etc.

A la pharmacie, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*) à Paris, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE
de Ad. CARPENTIER, pharmacien, à Paris

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. LE FLACON, 3 fr. 61, BOULEVARD MALESHERBES ET TOUTES LES PHARMACIES.

DIGITALINE CRISTALLISÉE
PRINCIPE PUR, DÉFINI DE LA DIGITALE

DÉCOUVERT PAR A. NATIVELLE, PHARMACIEN

Prix Orfila de 6,000 francs

Décerné par l'ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 19 mars 1872

Se prescrit en **Granules** et en **Sirop**. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — dans toutes les pharmacies. — DÉTAIL : rue Coquillière, 25. — GROS : rue de la Perle, 11.

CONTREXEVILLE
(SOURCE DU PAVILLON)

CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT
DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de [illegible]
dans les bureaux des Messageries et [illegible] braires.
Les lettres non affranchies [illegible] ciseaux,

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le choléra devient de plus en plus confuse. Chacun apporte à la tribune l'expression de ses opinions, déjà connues, le souvenir de discours antérieurs ; et l'on semble perdre de vue les questions nouvellement posées, sur lesquelles aurait dû porter exclusivement le débat. Et cependant ce n'est pas l'intérêt qui fait défaut à ces questions nouvelles. Tout le monde s'en préoccupe. On n'a plus foi aux théories actuelles sur la genèse du choléra. On aspire à une solution [illegible] une étude approfondie, critique, de faits précis. La foule compacte de médecins qui se pressait dans la salle des séances, lors du premier discours de M. Tholozan, y était venue dans cet espoir. Chacun sait aujourd'hui combien la théorie qu'on pourrait nommer *germinative* est insuffisante pour tout expliquer. Ainsi que l'a dit avec raison M. Bonnafond, dans son discours d'hier, elle ne suffit même pas pour faire comprendre comment le choléra, à supposer qu'il eût toujours existé dans l'Inde, aurait attendu tant de siècles pour se répandre sur le monde.

L'Inde n'était pas plus isolée quand elle était sous la domination des Mogols, et même auparavant, que maintenant. Tout au contraire. Les pèlerinages musulmans à la Mecque s'y faisaient alors avec un zèle immense. Lorsque les Portugais pénétrèrent dans la mer des Indes, ils la trouvèrent sillonnée de toutes parts par de grands navires qui conduisaient les fidèles à la Mecque et les en ramenaient. Il est noté dans l'histoire d'Albuquerque que son vaisseau amiral était bien loin d'avoir les dimensions énormes de ces navires, où les passagers étaient entassés et qu'il attaquait pour les détruire sans merci, brûlant les femmes et les enfants avec les hommes et l'équipage. Ainsi toutes les conditions pour la concentration des germes cholériques et la production des foyers secondaires étaient dès lors aussi bien réunies qu'elles peuvent l'être de nos jours. Aucune mesure sanitaire n'était jamais prise. Et cependant le choléra n'apparaissait pas en dehors de l'Inde. Mais existait-il déjà dans l'Inde? Quand et comment y devint-il épidémique? Ce sont encore d'autres questions qui appelleraient de sérieuses études.

Une partie de la séance a été occupée par l'élection d'un membre dans la section d'hygiène. Cinq candidats très-méritants se présentaient pour la place vacante. M. Hillairet l'a obtenue, et c'est certainement un bon choix.

Dr Victor REVILLOUT.

HOTEL-DIEU. — M. BÉHIER.

Du cancer et de l'ulcère simple de l'estomac (1).

La durée de l'ulcère simple de l'estomac est variable : tantôt la mort peut avoir lieu après quelques semaines, tantôt la maladie peut durer durant des mois, et même des années. Brinton a cité des cas dans lesquels la durée a été de trente-cinq ans, puis viennent les chiffres de trente, quinze, dix, sept, cinq et quatre années. Les récidives sont assez fréquentes. [illegible] ce sujet des chiffres empruntés à Dittrich, Jaksch, Willias et Dahlerup, desquels il résulterait que sur trois cent trois autopsies, on a vu cent quarante-sept cas dans lesquels la cicatrisation était complète, et cent cinquante-six dans lesquels l'ulcère était en puissance. La guérison peut donc être à peu près de moitié.

Quant à la perforation des parois de l'estomac, qui est encore un des modes de terminaisons de la maladie, elle a lieu environ une fois sur sept. Ce n'est donc pas un fait très-exceptionnel. Elle présente cette particularité qu'elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Ainsi sur deux cent trente-quatre cas d'ulcères de l'estomac, on l'a constatée soixante-quatorze fois chez les hommes et cent soixante fois chez les femmes. Elle est donc à peu près dans le rapport de deux à un. La probabilité de la perforation diminue à mesure que l'individu avance en âge. De trente à soixante-dix ans, cette probabilité diminue de moitié, quoique, dans cette période, la présence de l'ulcère devienne, au contraire, deux fois, plus probable.

Les ulcères des différentes faces de l'estomac ne sont pas également perforables. Ainsi, alors que l'ulcère de la face postérieure de l'organe se rencontre en moyenne quatre-vingt-quatre fois sur cent, la perforation des ulcères de cette région n'a guère lieu que deux fois sur cent, de sorte que cet ulcère de la face postérieure, qui est le plus fréquent, est également le moins perforable. L'ulcère du sac pylorique se perfore dix fois sur cent, celui du milieu de l'estomac treize fois sur cent,

(1) Fin. — Voir les numéros des 8 et 13 juillet.

celui de la petite courbure dix-huit fois, celui qui occupe à la fois les faces antérieure et postérieure vingt-huit fois, celui de l'extrémité cardiaque quarante fois ; et enfin celui de la face antérieure, sur laquelle l'ulcération ne s'observe que cinq fois sur cent, est perforable quatre-vingt-cinq fois sur cent. En un mot, si je puis m'exprimer de la sorte, il semblerait que moins la surface est ulcérable, plus l'ulcère est perforable. Mais ce fait tient à la mobilité variable des diverses régions de l'estomac, et à [illegible] la face antérieure, soumise, par le jeu même de l'org[illegible] les mouvements plus fréquents, trouve dans cette condition une cause de perforation plus facile.

Les conséquences de la perforation sont ordinairement une péritonite suraiguë, qui emporte rapidement le malade. Cependant il est des cas dans lesquels il se fait des adhérences entre le point ulcéré et les parties voisines ; on cite même des exemples où, à la suite d'un épanchement considérable, il s'est fait une sorte d'englobement de la partie ulcérée, lequel entravait la marche de la péritonite. Dans ce cas encore, il peut se former de véritables abcès qui se font jour dans les organes les plus divers ; l'estomac, le foie, le colon, le duodénum, etc.

Enfin on a observé des cas où l'adhérence de la paroi ulcérée s'était faite avec le foie, le pancréas, de même qu'on cite des exemples où l'hémorrhagie était survenue à la suite de l'érosion d'un gros vaisseau du foie compris dans la partie ulcérée.

L'étiologie de cette maladie est obscure ; les excès alimentaires, l'abus des boissons, des vins capiteux, la vieillesse, les privations, toutes causes de dépression de l'économie, sont autant de circonstances capables de favoriser le développement de la maladie. Rokitansky a indiqué le mécanisme par lequel, suivant lui se produirait l'ulcère simple de l'estomac. D'après cet auteur, sous l'influence des abus alcooliques, il se fait en [illegible] suivie de [illegible] Sous cette influence la muqueuse dépérit, perd de sa vitalité, de sorte que par l'action du suc gastrique, il finit par se faire une sorte de digestion du point ainsi affaibli, qui s'ulcère.

Wirchow, lui, a voulu qu'il y eût là une embolie des vaisseaux capillaires à la suite de laquelle survient la dégénérescence graisseuse de la muqueuse, qui est ensuite livrée à la désorganisation produite par le suc gastrique. Rien n'est encore bien démontré touchant ces deux opinions.

Le *traitement* de l'ulcère de l'estomac consiste tout d'abord à tenir le malade à l'abri de toute émotion physique ou morale. Les influences de ce genre ont souvent ramené les hémorrhagies et ont semblé favoriser la perforation. Localement, vous pouvez faire application du froid, à l'épigastre, d'une façon permanente. Ce sera un moyen de modérer ou d'arrêter même l'hémorrhagie.

La douleur est un symptôme qui appellera tout particulièrement votre attention. On la combattra avec l'opium, l'extrait aqueux à la dose de 0g,01 toutes les trois heures. On pourra substituer, à ces préparations, des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine si l'on craint de voir se produire, sous l'influence de l'opium administré par l'estomac, des nausées ou des vomissements. Les injections de 12 à 15 gouttes d'une solution au 50me seront faites trois à quatre fois dans les vingt-quatre heures, ou même plus souvent, selon le besoin.

Il est encore un médicament qui calme très-bien la douleur, c'est le sous-nitrate de bismuth. Il a également l'avantage d'arrêter les vomissements et de combattre l'hémorrhagie. Vous l'administrerez à la dose de 60 centigrammes à 1g20 toutes les cinq ou six heures, et je vous engage à le donner en solution dans l'eau plutôt qu'en masse, et dans du pain à chanter, comme on le fait souvent, dans la crainte qu'il ne forme un paquet qui, tombant sur l'ulcère, le tiraille et rappelle la douleur ou même les vomissements qu'il était destiné à modérer, et enfin, en irritant la surface, en favorise la perforation.

Le gonflement gazeux, la flatulence de l'estomac seront combattus avec efficacité au moyen de la poudre absorbante de Trousseau, dont une prise sera administrée toutes les trois ou quatre heures.

Il semblerait que l'hémorrhagie dût appeler l'emploi du perchlorure de fer ; mais, à l'exemple de Brinton, j'en repousse l'usage. Il pourrait, en effet, provoquer des vomissements et irriter notablement les surfaces, à moins qu'il ne soit tellement étendu qu'il devienne alors à peu près inutile en tant qu'astringent. Brinton, lui, préfère l'acide gallique et le donne à la dose de 0g,60 dans 32 grammes d'eau, avec addition de 10 gouttes d'acide sulfurique. Les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, l'extrait de seigle ergoté en lavement, sont des moyens que j'emploie volontiers.

Mais tous ces moyens n'auront aucun résultat si le régime n'est pas très-sévère ; pendant très-longtemps, il doit être constitué uniquement par des aliments purement liquides. A cet effet, vous avez à votre disposition un aliment parfait, le lait. Nos deux malades ont été soumis à cette diète lactée, et chez tous deux la douleur a disparu. Il faut dire cependant que dans le cancer le lait n'est pas toujours aussi bien supporté qu'il l'a été chez notre malade, mais il l'est constamment dans l'ulcère, et l'emploi de ce moyen nous a fourni encore en quelque sorte un caractère différentiel sur les deux maladies.

A la suite de ce régime lacté institué chez nos deux malades, en même temps, la douleur et les vomissements ont cessé ; mais, chez le cancéreux, la nutrition reste inactive ; il ne profite pas, comme l'on dit, il continue chaque jour à [illegible] et à s'étioler. L'autre, au contraire, est devenu notablement plus fort ; il a perdu son teint pâle ; l'émaciation considérable qu'il présentait à son entrée a complétement disparu, et il démaigrit réellement.

Par précaution, le lait, dans ce cas, ne doit pas être employé tout à fait pur. Vous aurez soin, par chaque bol de lait, d'ajouter une cuillerée à bouche d'eau de chaux seconde, pour que l'aliment ne s'altère pas trop rapidement dans l'estomac, et ne soit pas trop promptement coagulé. Vous éviterez également de le faire bouillir, car le lait privé de son albumine a perdu une partie de ses propriétés nutritives.

Quand vous serez obligés d'augmenter le régime, les féculents, que vous associerez au lait, vous seront d'un service utile ; mais vous rejeterez ceux qui sont granuleux et qui offrent des parties solides. L'arrow root, la fécule de riz, le sagou, sont excellents en pareil cas. Il en est de même du jaune d'œuf dilué dans le lait. Enfin, plus tard, quand vous croirez devoir commencer l'usage des aliments solides ; il en est un très-bon à employer au début, c'est le potage dit à la reine ; c'est comme vous le savez, un blanc de poulet cuit et réduit à l'aide du mortier en pulpe excessivement tenue, puis dilué dans un potage au gruau d'avoine. Mais évitez le plus longtemps possible l'usage des aliments solides ; maintenez votre malade au régime des liquides pendant des mois, et quelle que soit l'anémie, ne vous laissez pas aller trop vite à l'emploi des préparations ferrugineuses. Si vous croyez devoir le faire, commencez par des préparations excessivement légères, et ne les donnez qu'à des doses très-faibles. C'est ainsi que vous aurez recours à la solution légère de teinture de mars, tartarisée,

en commençant par trois gouttes, et encore en ayant soin de ne le prescrire que lorsque vous serez bien sûrs que rien que ce soit ne peut plus troubler votre malade. Enfin ne lui laissez jamais prendre des quantités considérables même de ces aliments liquides, administrez-les par petites proportions, répétées fréquemment, afin d'éviter toute distension de l'estomac, qui tiraillerait l'ulcère en voie de cicatrisation, congestionnerait l'organe et pourrait rappeler les vomisssments et l'hémorrhagie.

HOPITAL DE LA MARINE DE BREST

Observation d'un cas de purpura rhumatismal à forme érythémateuse (1)

Par le docteur Borius, médecin de première classe de la marine.

Du 1er mai au 5 mai, l'éruption suit une marche excentrique, envahissant pour la seconde fois la face; les ganglions cervicaux sont légèrement tuméfiés, puis les membres sont de nouveau atteints par une marche très-régulière et par poussées successives que n'annonce aucun phénomène fébrile. Cette seconde éruption présente les mêmes caractères extérieurs que la première; elle est accompagnée d'indurations du tissu dermique et d'élévations qui, à la face, semblent moins fortes que celles de la première éruption, mais sont également prononcées aux bras. L'éruption est cependant moins confluente; les macules ont une forme circinée beaucoup plus générale et beaucoup mieux accusée que lors de la première éruption; de plus l'évolution de chaque plaque est un peu plus rapide. Les petites taches isolées sont plus nombreuses; elles se montrent également sur toutes les faces des membres. La face palmaire des mains et la plante des pieds en sont seules exemptes; cependant il existe à la paume de la main gauche une légère tache semblable à une pétéchie.

Après la date du 6, il y a du 6 au 9 quelques poussées nouvelles, mais dans lesquelles l'éruption semble ne plus suivre une marche régulière. C'est surtout sur les membres qu'apparaissent chaque jour des taches nouvelles, toujours plus ou moins discrètes et à bases indurées. Le 9, les taches prennent l'aspect de papules isolées sur le ventre et sur les avant-bras, ainsi que sur les cuisses. Quelques-unes sont de simples pétéchies sans élévation, ou du moins l'induration est trop momentanée pour être constatée, dans tous les cas; tandis que les premières éruptions laissent encore des traces ecchymotiques au quinzième jour, au quatrième jour, celles de la seconde éruption sont presque effacées.

Le corps est complétement tigré de taches à diverses périodes de régression, et présente sur une même surface tous les degrés de coloration qui ont été observés; l'état général s'est maintenu bon; le souffle au cœur persiste toujours. Le malade mange la demi-ration; il paraît avoir sensiblement maigri et est affaibli. Il n'y a eu qu'une seule sensation douloureuse siégeant, pendant la journée du 7, dans l'épaisseur des muscles antérieurs de la cuisse droite. Cette douleur était très-prononcée; elle correspondait à un certain gonflement des parties profondes, sans taches érythémateuses nouvelles à la surface; elle ne dura que six heures.

Du 10 au 20 mai, le malade reprend des forces, et sa santé serait parfaite si le souffle ne persistait au cœur. Il n'y a plus d'éruption régulière, mais de temps à autre de petites taches pétéchiales très discrètes apparaissent sur les membres, le plus souvent sur les membres inférieurs, à la partie interne des cuisses. Jusqu'au 20, ces taches sont accompagnées de très-légères indurations qui les font saillir au-dessus de la surface cutanée, pendant la première heure de leur apparition, puis ces indurations disparaissent, laissant une tache sanguine.

Du 20 mai à la fin du mois, les taches deviennent encore plus rares : elles se présentent par groupes de trois ou quatre petites taches d'environ un millimètre, siégeant ordinairement aux membres inférieurs. Lorsqu'elles sont plus nombreuses, on ne tarde pas à remarquer qu'elles sont en lignes reproduisant des contours assez réguliers, et qu'elles ont été provoquées par la pression du vêtement, du pantalon, des chaussettes, des coutures des souliers.

Nous produisons dès lors artificiellement et tout à fait à volonté des séries de taches : ainsi, en comprimant les avant-bras, les bras, les cuisses, les jambes, à l'aide d'un fil à coudre pendant une demi-heure, nous produisons sur la peau des cercles pourprés constitués par un fin piqueté hémorrhagique. En comprimant également la peau à l'aide d'une pièce de monnaie, d'une paire de ciseaux, d'une clef fixée par une bande, un peu serrée aux bras et aux jambes, nous produisons à volonté une sorte de tatouage rouge qui reproduit la silhouette de ces objets.

Le 5 juin, cette production artificielle de taches sanguines n'est plus possible qu'à l'aide d'une forte compression, qui est presque une contusion. Le malade demande à sortir : nous le conservons encore jusqu'au 10; puis, sur sa demande réitérée, nous l'envoyons reprendre son service de matelot à bord du vaisseau *la Bretagne*. A ce moment le souffle auriculo-ventriculaire persiste encore, mais affaibli.

Curieux d'observer la marche de cette éruption, autorisé à l'expectation par le peu de gravité de l'état général, nous nous sommes borné à une médication tout à fait expectante. A l'exception d'une dose de digitale donnée: au moment où la faiblesse des battements du cœur nous faisait craindre une augmentation de la complication cardiaque, le traitement n'a consisté qu'en un bon régime auquel nous avons joint 150 grammes de vin de quinquina par jour. Dans les dix derniers jours, le malade prenait chaque jour 4 grammes d'extrait de quinquina et 10 centigrammes de fer.

Il nous reste à ajouter que jamais les muqueuses n'ont été atteintes, et qu'il n'y a pas le moindre rapprochement à faire entre cette affection et le scorbut; elle n'a pas été suivie de desquamation.

Nous pouvons remarquer dans cette observation :

La généralité de l'affection; sa gravité apparente et sa bénignité réelle ;

La marche suivie par l'éruption; marche lente, concentrique d'abord, puis excentrique, et enfin diffuse ;

L'affaiblissement qu'avec le temps semblait prendre la cause pathogénique sous l'influence de laquelle se sont faites les poussées successives, qui ont toujours été en diminuant de gravité;

Enfin, la longue durée de la maladie : cinquante et un jours.

Malgré l'absence de phénomènes fébriles, la coïncidence des douleurs rhumatismales, les symptômes cardiaques (insuffisance auriculo-ventriculaire) ne permettent pas de douter de la nature rhumatismale de cette maladie, surtout en ce moment où les affections rhumatismales sont très-communes à bord du navire d'où provient cet homme.

Il nous resterait à poser un diagnostic, ou plutôt à donner un nom à cette maladie. Sans doute elle doit être classée auprès de ces affections décrites sous le nom d'érythème noueux et d'érythème papuleux. Mais aucune des descriptions que nous trouvons sous ces dénominations ne nous paraît convenir à la maladie que nous avons eue sous les yeux. C'est un purpura de nature rhumatismale, très-voisin des érythèmes noueux et papuleux décrits par Trousseau ; mais la lecture de l'observation montre combien par sa généralité, par sa marche, par sa forme, par le peu d'intensité des phénomènes généraux, et par sa bénignité, cette affection diffère des diverses descriptions connues de ces maladies.

(1) Fin. — Voir le numéro du 1er juillet.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

—

Nécrose du maxillaire inférieur. Régénération osseuse

Par M. Sonrier, médecin principal en retraite.

La question des régénérations osseuses, qui reparaît à chaque instant dans les discussions académiques, nous prouve assez et son importance et combien ce point d'ostéogénie reste encore litigieux ; pour les uns, en effet, le lambeau de périoste reproduit toujours un os à peu de chose près semblable à celui qui a disparu ; tandis que, pour d'autres, toute régénération n'est jamais qu'une ébauche informe d'un tissu fibreux plus ou moins résistant ; pour les sceptiques enfin, la greffe périostique, placée loin de sa sphère osseuse, après avoir affirmé, pendant quelque temps, sa vitalité plus ou moins éphémère, disparaît et ne laisse plus debout qu'une mystification.

Après avoir étudié cette question, nous avons pensé qu'entre ces opinions extrêmes, il y avait peut-être place pour des idées moins exclusives, et comme il nous a été donné de revoir après onze ans un jeune homme à qui nous avions enlevé la moitié du maxillaire inférieur, avec régénération osseuse authentique, et qui a subi l'épreuve du temps, nous avons cru devoir publier ce fait.

C'était en 1864. Nous jouissions alors d'un de ces rares congés que la gracieuseté du ministre accorde avec tant de parcimonie aux médecins militaires, par cette raison qu'ils sont toujours indispensables. Lorsque la femme M..., de Frexelle-la-Grande (Vosges), nous amène son fils âgé de neuf ans et demi, atteint de tuméfaction de la joue droite. Il raconte que, depuis deux ans, sans cause connue, il éprouve des douleurs dans cette région, qui s'est enflammée, qu'il a vu successivement ses dents tomber, avec expuition de matière sanguinolente, qu'enfin il lui est presque impossible de se nourrir.

A première inspection, nous reconnaissons tout de suite une nécrose de la moitié du maxillaire inférieur, du côté droit, avec périostite consécutive. Le séquestre, par suite des progrès d'un travail nécrobiotique, vacille dans son enveloppe fibreuse ouverte et débiscente à la partie supérieure, comme pour laisser sortir l'os arrivé à maturité morbide.

A quelle cause pouvait-on rattacher cette mortification osseuse, chez un enfant de chétive apparence, il est vrai, mais encore assez bien constitué?

Dans ces questions ténébreuses d'étiologie, la cause primordiale est bien souvent sourde, et à défaut de certitude, il faut savoir se contenter de causes banales : misère, privations, chagrins... toujours incriminées, et qu'on applique consciencieusement à toutes les maladies. Certes, nous ne nions pas l'action morbide de ces facteurs, nous savons très-bien que, dans nos campagnes, les habitations sont insalubres et souvent en infraction évidente avec les premières lois de l'hygiène ; que là où le soleil n'entre pas assez, le médecin entre toujours trop ; que, dans ces étroites demeures pleines de froides ténèbres, de misère et de faim, et rien au bout de cette sombre perspective que des jours fatigués et des nuits sans sommeil, la maladie fait élection de domicile ; mais nous pensons aussi que ces causes sont insuffisantes et qu'il faut admettre, dans l'organisation même des maxillaires, leur situation sous-muqueuse, dans la présence des alvéoles, canaux nerveux vasculaires, avec prédisposition à la nécrose, écrite dans l'histologie de leur tissu, sans qu'il soit besoin d'invoquer une cause traumatique ou une intoxication phosphorée.

La résection de l'os fut très-facile ; après avoir incisé le périoste, je n'eus qu'à scier la branche horizontale entre l'incisive et la canine, et le sequestre, qui n'était plus retenu par ses liens articulaires et moteurs, se détacha de la coque fibreuse et permit à cette nouvelle matrice, après un travail d'incubation assez long, de reproduire une mâchoire résistante.

L'os nécrosé est de petite dimension, excessivement léger ; ses alvéoles démesurément grands, à parois très-minces, friables, papyracées (ostéite raréfiante), sont dépourvues de dents. On remarque à la surface externe, au point d'insertion du masséter, des ostéophytes nombreux.

Comme je n'attachais pas grande importance à ce fait isolé, par cette raison qu'on ne cultivait pas encore sur les rives du Rhône, les greffes périostiques d'où devait sortir toute une théorie nouvelle, je n'avais conservé de cet enfant d'autre souvenir que son maxillaire inférieur, lorsqu'il y a un mois, je vois entrer chez moi un grand garçon bien constitué, qui vient me demander un certificat d'exemption du service militaire. Je lui donne sa mâchoire comme pièce à l'appui, qui a suffi pour convaincre le médecin de révision ; mais ce qui m'intéressait bien davantage, c'était de pouvoir constater, après onze ans, dans quel état d'ossification se trouvait ce nouveau produit, et si l'on pouvait lui accorder ses lettres de naturalisation.

Cette production nouvelle, qui a tout à fait la forme du maxillaire, est constituée par un tissu osseux très-dur, résistant à une pointe de bistouri fortement appliquée à sa surface ; et pour que rien ne manque à la certitude, il a affirmé son identité, il y a quatre ans, en donnant naissance à une dent de sagesse, qui a été la dernière protestation d'une séve désormais épuisée. L'os est grêle et n'a guère qu'un centimètre et demi de hauteur. Son bord supérieur, dépourvu de dents (la molaire exceptée), est tranchant et se rattache à l'ancien os ; le bord inférieur est plus large, l'angle de la mâchoire est très-ouvert et se continue presque en ligne droite avec la branche montante ; malgré cette disposition, qui semble établie pour remplir le vide, la longueur de l'os est insuffisante, aussi le menton est-il dévié à droite et donne lieu à une légère difformité de la face. Il y a là une atrophie manifeste, le condyle régénéré est à peine senti dans la cavité glénoïde lorsqu'on abaisse la mâchoire, car il ouvre facilement la bouche. On trouve en arrière de l'angle du maxillaire des ostéophytes comme des végétations folles poussées sur un terrain dont les forces aveugles ne sont plus dirigées par les lois d'une physiologie normale.

Qu'est devenu au milieu de ces désordres le nerf dentaire? La sensibilité, interrogée près du menton, répond affirmativement et nous dit assez que, s'il n'est pas régénéré, un nerf complaisant du voisinage lui a prêté son obligeant concours.

De l'exposé de ces faits et pour nous résumer, nous nous croyons autorisé à conclure qu'il y a là une véritable régénération osseuse, confirmée par la résistance du tissu, et l'apparition d'une dent (un tissu fibreux pourrait-il produire un os?) que nous n'avons pas à craindre, après une année d'épreuve, une régression osseuse qui se serait déjà produite ; que cette reproduction ne doit pas nous étonner quand nous savons combien sont énergiques les sources de vitalité que l'organisme puise dans la jeunesse. Sans doute qu'à un âge plus avancé, rien de semblable ne se serait produit, et le pauvre enfant serait resté défiguré. Sans doute les lignes de la face ne sont pas très-harmonieuses, mais ce n'est pas, dans une déviation plus ou moins évidente, que notre jeune homme place sa coquetterie. Sa physionomie, qui n'a pas de prétentions esthétiques, se corrigera avec les progrès de l'âge ; déjà il voit poindre, dans quelques poils follets, l'espérance d'une barbe complai-

sante, qui voilera cette difformité; et si Bellone, qui n'inflige ses faveurs qu'aux hommes choisis, ne lui a pas permis de revêtir sa gaucherie du brillant uniforme des braves, ni de goûter au biscuit administratif, il espère trouver dans son village des vertus moins farouches qui le consoleront, même avec une modeste blouse de cultivateur, des rigueurs de la fière déesse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 juillet 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Pilat, médecin des épidémies, pour l'arrondissement de Lille, sur les épidémies qui ont régné en 1874 dans le département du Nord.

2° Le compte rendu des épidémies observées en 1874 dans le département d'Eure-et-Loir, ainsi qu'un rapport de M. le docteur Boudet sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné pendant la même année dans la ville de Dreux. (Commission des épidémies.)

3° Le rapport général sur les eaux d'Audinac (Ariége) pour l'année 1874. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le préfet de la Somme, accompagnant l'envoi d'un volume du compte rendu des travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité de ce département pendant l'année 1874.

2° Un mémoire de M. Lacaze, vétérinaire au 17e dragons, à Montpellier, intitulé : *Réflexions sur la curabilité des affections farcino-morveuses.* (Commission : MM. Bouley, Guérin, Goubaux.)

PRÉSENTATIONS

M. Bouillaud présente, de la part de M. le docteur Descieux, un ouvrage intitulé : *Leçons élémentaires d'hygiène* faites au collége de Falaise, rédigées et publiées par M. Duchemin, principal.

M. Dechambre présente, au nom de M. de Émile Ruelle, une brochure intitulée : *Études sur l'ancienne musique grecque.*

M. le Secrétaire perpétuel offre en hommage son *Éloge de M. Cruveilhier.*

ÉLECTION

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale.

La commission présente :

En première ligne, M. Hillairet, en deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Léon Colin, Gallard, Lagneau, Lunier et Proust.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 75, dont la majorité est 38, M. Hillairet obtient 32 suffrages, M. Lagneau 15, M. Lunier 14, M. Gallard 11, M. Colin 3.

Au deuxième tour, le nombre des votants étant de 76, dont la majorité est 39, M. Hillairet obtient 44 suffrages, M. Lagneau 14, M. Lunier 11, M. Gallard, 6, M. Colin 1.

En conséquence, M. Hillairet ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé membre titulaire.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA.

M. Bonnafont lit un discours dont voici le résumé :

« Les conclusions qui se déduisent des observations qui précèdent peuvent être exprimées de la manière suivante :

1° Le choléra, natif et originaire de l'Inde, ne saurait se produire en d'autres contrées, sans que des germes de cette maladie y aient été apportés par les courants atmosphériques ou tout autre véhicule.

2° Si l'on organise des moyens hygiéniques pour combattre ce fléau, il faut nécessairement les diriger vers le pays d'où il vient et les appliquer à la source même où il se développe.

Partout ailleurs, ces mesures, si complètes et si intelligentes qu'elles soient, ne sauraient avoir qu'un résultat presque nul.

3° Ce ne sont pas les cadavres des animaux abandonnés sur le sol par les caravanes des pèlerins, non plus que l'habitude qu'ont les Indiens de jeter la plupart de leurs cadavres dans le Gange, qui peuvent ou qui ont dû provoquer les irruptions de cette épidémie, puisque ces habitudes existent de temps immémorial chez ces peuples, et que le choléra asiatique et épidémique n'a fait son apparition en Europe, en Afrique, en Amérique, que depuis le commencement du siècle.

4° La cause de ces irruptions devenues si fréquentes et si meurtrières est donc ailleurs. C'est en la cherchant, que je crois être parvenu à trouver celles, ou du moins une de celles qui a qui a pu contribuer le plus à provoquer ce triste et lugubre résultat.

5° Des épidémies secondaires peuvent bien se produire sur des points déjà infectés; mais, sauf de rares exceptions, elles ne revêtent jamais le même caractère que le choléra algide, et ces épidémies vont toujours en diminuant d'intensité pour s'éteindre complétement si l'élément toxique n'est renforcé par une nouvelle irruption venue du point d'origine.

6° Le problème le plus important, suivant moi, qui attend la solution et que le congrès de Vienne et celui de Constantinople n'ont pas résolu, est le suivant : Pourquoi le choléra est-il resté pendant des siècles à l'état endémique et stationnaire dans l'Inde, et pourquoi en est-il sorti, les conditions atmosphériques étant d'ailleurs les mêmes, ainsi que les mœurs et les habitudes des Indiens et des pèlerins?

Question dominante, de laquelle découleront toutes les mesures prophylactiques qui devront être discutées et définitivement adoptées.

Espérons que les travaux d'assainissement entrepris enfin par les Anglais dans l'Inde, auront bientôt pour résultat final de concentrer le choléra, comme il l'était jadis, dans ses foyers primitifs, et d'exonérer les contrées éloignées de ses irruptions si meurtrières. L'Angleterre, assez riche pour mener à bonne fin ces travaux, aura ainsi mérité la reconnaissance de l'humanité entière.»

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 avril. — Présidence de M. Gallard (1).

REPRISE DE LA DISCUSSION SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

M. Voisin. Dans la discussion entre M. Lunier et M. Delasiauve, à propos de la transformation de la folie simple en paralysie générale, j'ai partagé l'avis de M. Delasiauve. Cet avis était aussi celui de Calmeil et de Parchappe. Je ne sais pas pourquoi la folie simple, par ses excitations continuelles, ne pourrait pas prédisposer à la paralysie générale. Trousseau pensait que les douleurs excessives de l'abdomen pouvaient donner lieu à la péritonite; Marrotte en a cité des exemples, les névralgies péri-orbitaires font naître des affections de l'œil; pourquoi refuser à des vésanies et à des névroses la faculté de favoriser la formation de l'inflammation méningo-cérébrale. J'ai pratiqué de nombreuses autopsies d'aliénés; et, dans la quantité, celles de deux malades atteintes de folie mélancolie simple qui ont succombé, après six ans, à une paralysie générale, précédée de congestions. Une autre malade hystéro-épileptique a succombé au bout de huit ans à une paralysie générale. Dans tous les cas, l'autopsie m'a démontré l'existence de la péri-encéphalite chronique diffuse. Chez une autre malade qui avait été examinée par plusieurs médecins aliénistes et considérée comme une monomane hallucinée, j'ai pu observer le passage évident de la folie simple à la paralysie générale; cette malade s'est pendue pendant une période d'agitation, et à l'autopsie j'ai trouvé les lésions caractéristiques du passage de la folie simple à la paralysie générale, exsudat blastématique, blanchâtre, répandu à la surface de circonvolutions entre la pie-mère

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 juillet.

et la couche corticale présentant au microscope des vaisseaux de récente formation et des leucocytes.

Quant à la seconde question : Pourquoi les malades atteints d'ataxie locomotrice peuvent-ils devenir aliénés? la raison anatomique est celle-ci : multiplication autour des vaisseaux, de noyaux embryoplastiques procédant de la base à la face supérieure et du centre à la périphérie, tandis que, dans la paralysie générale, la même lésion part de la surface; de plus elle est bien autrement intense dans cette dernière maladie.

M. VOISIN présente à la société de nombreux dessins histologiques provenant d'autopsies.

M. MOTET. Je crois que la paralysie générale peut affecter la forme de folie simple pendant longtemps, et ne prendre qu'à la fin la forme de paralysie générale; il n'y a donc pas transformation, comme le dit M. Voisin, mais identité. Je soigne un malade atteint de folie simple, et je suis certain qu'il deviendra paralytique général. Pour moi plus la paralysie générale est jeune, plus elle va vite, et je suis étonné que M. Voisin ait eu des malades succombant rapidement à une paralysie générale préparée par dix ans de névralgies.

M. VOISIN. Je parle de malades ayant eu des douleurs et qui ne sont devenus paralysés généraux qu'au bout de quinze ans, sans avoir présenté jusque-là le moindre signe de folie.

M. DELASIAUVE. On devine dès le début, chez un malade, selon son état moral, selon les intermittences de ses crises, qu'il deviendra paralysé général. Il y a aussi des cas où la folie devient directement paralysie générale.

M. ONIMUS demande à M. Voisin si les ataxiques devenus aliénés présentaient des lésions des yeux ou de la partie inférieure du corps.

M. VOISIN consultera ses notes.

RAPPORT

M. DE SAINT-GERMAIN lit son rapport sur le travail de M. Medal, de Mexico, intitulé : *Térébenthine employée comme agent hémostatique.*

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel : Dr LEMOISNE.

Séance du 8 mai 1875. — Présidence de M. GALLARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M DE RANSE. Je partage entièrement les idées émises par M. Gallard dans la dernière séance. Et, pour remédier à l'inconvénient de l'accumulation du liquide pendant les injections intra-utérines, j'ai songé à faire celles-ci à l'aide de deux sondes emboîtées l'une dans l'autre et d'un diamètre assez différent pour que le liquide poussé par la sonde centrale puisse refluer entre elle et la sonde extérieure. On peut aussi faire servir cette canule à d'autres usages et porter, par exemple, dans l'intérieur de la matrice soit un crayon de nitrate d'argent, soit un pinceau vissé sur un mandrin dont on règle la longueur au moyen d'un curseur.

M. FORGET. Je n'assistais pas à la dernière séance, et j'avoue que j'éprouve un vif étonnement en entendant dire que l'on peut agir à l'intérieur de la matrice aussi impunément. Depuis trente ans, de nombreuses tentatives ont été faites à ce sujet; elles furent tour à tour reprises, puis abandonnées. En 1835, j'étais interne aux vénériens, qui comportaient alors double service. Des essais furent faits avec le nitrate d'argent, j'en fis moi-même sous la direction de M. Ricord. Nous eûmes des revers. Depuis, cette opération fut reprise dans d'autres services sans plus de succès. Vidal de Cassis fit un travail à ce sujet. Enfin elle fut abandonnée. Aujourd'hui je suis surpris d'entendre remettre sur le tapis les applications d'acide nitrique autrefois préconisées par Lisfranc. Il est certain que le contact des acides dans le col de l'utérus ne produit pas de douleur; d'ailleurs Jobert a établi que cette région ne contenait pas de nerfs sensitifs. Mais lorsque, par la faute de l'instrument ou de la main qui le guide, une goutte d'acide tombe ou s'écoule sur la muqueuse vaginale, la douleur est très-intense, et le résultat est la formation de brides cicatricielles. Il est nécessaire de bien déterminer la physionomie de la lésion pour laquelle on va employer un moyen qui a compté tant d'insuccès entre les mains de Récamier, de Jobert, de Robert, et qui, à ma connaissance, a produit la mort. Il faut songer que l'utérus joue un rôle immense, comme régulateur, chez la femme, et que l'on ne sait jamais jusqu'où s'étendra une inflammation introduite dans cet organe. Ces considérations me rendent très-circonspect et m'engagent à ne pas prendre cette méthode comme règle de conduite.

M DUROZIEZ. A propos de l'absence de douleur pendant les cautérisations utérines, je dirai qu'en ce moment je soigne une dame pour laquelle j'emploie la teinture d'iode appliquée dans l'intérieur du col à l'aide d'un tampon. L'entrée est très-facile; mais, aussitôt l'application du tampon, il se produit une sensation de brûlure très-intense.

M. LE BLOND. Quand j'ai présenté le petit appareil qui a soulevé cette discussion, je n'avais pas l'intention d'en faire une méthode générale. Il est d'ailleurs facile d'éviter les brûlures par l'application d'un tampon absorbant le liquide qui pourrait s'écouler dans le vagin. Il est certain que l'on peut amener une inflammation, mais souvent cette inflammation est substitutive et, par cela même, nécessaire à la guérison.

M. BOINET. Le fait cité par M. Duroziez est une exception. Les applications de teinture d'iode sur le col et dans la cavité utérine se font à l'insu de la malade. Mais si la teinture s'écoule sur la fourchette et les parties externes, alors il y a sensation de brûlure. J'ai appliqué à demeure, sur le col, des tampons imbibés de teinture d'iode, et cela sans exciter de douleurs. D'autre part, ce moyen peut ramener rapidement les règles, agir aussi comme substitutif dans des cas de blennorrhagie, dont il modifie la nature de la sécrétion en trois ou quatre jours, de façon à rendre le coït inoffensif.

M. DUROSIEZ. Je veux bien avoir rencontré une exception, mais il est de fait que, dans certains cas, l'utérus sent la brûlure. Je l'ai constaté cinq à six fois chez la même malade.

M GALLARD. M. Forget nous a montré les inconvénients des applications d'acide nitrique lorsque celles-ci ont intéressé le vagin. Mais c'est là le résultat d'une maladresse opératoire imputable à son auteur, et non un inconvénient de la méthode. M. Forget a vu des accidents survenir à la suite d'injections intra-utérines : c'est là un fait, mais les faits contraires dans lesquels ce moyen a été suivi de succès sont nombreux et aussi parfaitement authentiques.

M. FORGET. Je n'ai pas visé les brides pour attaquer la méthode. J'ai voulu dire seulement que quand, par hasard, elles se produisaient, il en résultait un inconvénient sérieux. Quant aux effets phlegmasiques, j'ai voulu montrer, par la relation de ces accidents, quels sont ceux qui pourraient se produire dans la cavité.

Il est certain qu'entre les mains de praticiens habiles et expérimentés, ce moyen est moins dangereux, mais je m'élève contre cette assurance d'innocuité. L'utérus n'a pas changé, et si vous avez aujourd'hui des séries heureuses, plus tard vous aurez des malheurs.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie.

Par le docteur TILLAUX, directeur des travaux anatomiques de l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris (1).

Depuis quelques années un enseignement anatomique très-important a été créé à l'amphithéâtre de Clamart, où ont successivement passé les générations les plus studieuses de notre école. Cet

(1) In-8. — Premier fascicule; prix : 7 fr. 50. — Paris, P. Asselin.

enseignement, confié à la savante direction de M. le docteur P. Tillaux, s'est élevé rapidement à une hauteur telle qu'il serait injuste de ne pas compter complétement avec lui. On sait qu'un des rêves de M. Husson avait été de créer — sur ce riche terrain des hôpitaux, salles de malades, laboratoires et amphithéâtres — un enseignement qui devait, à ses yeux, rivaliser avec la Faculté de médecine de Paris. Cette école libre des hôpitaux avait reçu à *Clamart* sa première application et sans les circonstances pénibles que nous avons traversées, notre génération aurait vu s'accomplir ce vœu de l'administrateur éminent dont nous venons de rappeler la mémoire. Il y avait certes là une de ces rivalités dont la science eût profité et la Faculté de médecine de Paris eût trouvé dans cette concurrence un légitime aiguillon pour sortir de sa torpeur actuelle.

Aujourd'hui que les passions sont si énergiquement soulevées par la possibilité de la liberté de l'enseignement supérieur, les amis du progrès ne sauraient que faire des vœux pour la création de cette école libre des hôpitaux de Paris, où tout est prêt pour un enseignement complet et d'une puissance considérable. Tout un corps de médecins et de chirurgiens des hôpitaux — l'élite du corps médical — prêt à monter dans les chaires qu'on leur ouvrirait, armé directement de tous les moyens de travail que ces hôpitaux n'accordent que par délégation à certains membres de la Faculté; voilà, si nous ne nous abusons pas, une école toute prête à bénéficier de la liberté de l'enseignement supérieur, au grand profit des doctrines les plus en renom à Paris.

Mais, sans nous appesantir sur cet avenir si désirable, voyons ce qu'a déjà produit cette école d'anatomie de Clamart. M. P. Tillaux nous convie à en constater les résultats. Le *Traité d'anatomie topographique* qu'il nous adresse est en grande partie la reproduction des leçons qu'il a faites depuis plusieurs années à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris.

Dans un premier fascicule consacré à l'étude de la tête, M. Tillaux, fidèle au titre de son livre, écarte les détails d'anatomie purement descriptive pour donner aux parties qui relèvent de la pratique chirurgicale un développement important. Les figures de l'ouvrage sont originales, exécutées sur les indications de l'auteur, et présentent des coupes pratiquées dans diverses directions. La couleur vient même au secours de la démonstration, et rappelle comme dispositions, celles du *Traité d'anatomie* de Cruveilhier. On pourrait même ajouter que l'éditeur, dont on connaît le goût et l'habileté, a perfectionné ce genre de gravures en partie coloriées et insérées dans le texte courant.

On ne saurait analyser un livre d'anatomie. Il suffit de savoir que l'auteur a traité dans ce premier fascicule : 1° du crâne; 2° de l'appareil auditif et enfin de la face (appareils de la vision, de l'olfaction), de la bouche et de ses dépendances. Ce premier fascicule se termine par la structure du larynx.

Cet écho de l'enseignement si estimé de Clamart recevra, nous en sommes certains, le meilleur accueil du monde médical. Le *Traité d'anatomie topographique* de M. P. Tillaux s'annonce comme un de nos meilleurs ouvrages classiques.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

184. Fabre. Essai sur la contusion chronique du talon.
185. Château-Dégat. Essai sur l'albuminurie latente.
186. Parant. De la possibilité des suppléances cérébrales.
187. Quintard. Forces morales médicatrices.
188. Steimer. Considérations sur l'emploi du galvano-cautère dans quelques affections du rectum et de la région anale.
189. Brès, née Gebelin. De la mamelle et de l'allaitement.
190. Puy-le-Blanc. Contribution à l'étude de la tarsalgie des adolescents.
191. Belhomme. Essai sur le traitement des hémorrhagies artérielles de la main et de la partie inférieure de l'avant-bras.
192. Bertrand. De la thrombose des sinus veineux de la dure-mère.
193. Villemus. Considérations sur les symptômes généraux dans les affections des orifices du cœur gauche.
194. Gierszinski. De la trépanation de l'apophyse mastoïde.
195. Staes. Des collections purulentes dans les métro-péritonites puerpérales.
196. Fontan. Essai sur les kystes du rein.
197. Garabet-Djérahian. La fracture de l'extrémité inférieure de la jambe.
198. Moy. Du tampon en obstétrique.
199. Genuit. De la mort subite dans la fièvre typhoïde.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine. — L'examen de fin de deuxième année qui devait avoir lieu le lundi 12 juillet, est remis au lundi suivant 19, à neuf heures du matin.

— *École pratique.* — La première épreuve du concours pour le prosectorat a eu lieu hier 14 juillet, à trois heures.

— La souscription en faveur des inondés du Midi a produit, dans la journée du mardi 13 juillet, la somme de deux cent vingt-quatre francs, qui, jointe aux recettes précédentes, donne, jusqu'à ce jour, un total de trois mille trois cent quarante-cinq francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

ÉCOLES SECONDAIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE.

Le président de la République française,

Décrète :

Art. 1er. — Il y a dans chacune des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie qui ne sont pas de plein exercice, quatre emplois de suppléants, savoir :

Pour les chaires de clinique et de pathologie internes 1

Pour les chaires de clinique et de pathologie externes et d'accouchements. 1

Pour les chaires d'anatomie et de physiologie. 1

Pour les chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle. 1

Art 2. — La durée des fonctions des suppléants est fixée à neuf ans.

Art. 3. — Les suppléants sont astreints à un enseignement permanent pendant un semestre de l'année scolaire.

Cet enseignement consiste en conférences et en cours complémentaires. Les conférences auront lieu le soir ; elles porteront : pour le suppléant des chaires de médecine, sur l'hygiène publique et privée ; pour le suppléant des chaires de chirurgie, sur la chirurgie d'armée et les secours à donner aux blessés en temps de guerre, pour le suppléant des chaires d'anatomie et physiologie, sur l'anatomie générale et l'embryogénie ; pour le suppléant des chaires de chimie, de pharmacie, etc., sur la physique médicale et la toxicologie.

Art. 4. — La durée des fonctions du chef des travaux anatomiques est fixée à dix ans.

Art. 5. — Le traitement annuel des suppléants et celui des chefs des travaux anatomiques est fixé à 600 francs.

Art. 6. — Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Versailles, le 14 juillet 1875.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La pleurésie rhumatismale.

A propos d'un malade couché salle Saint-Paul, n° 47, à la Pitié, M. le professeur Lasègue nous a exposé des vues assez originales sur les divers genres de pleurésie.

Voici d'abord en peu de mots l'histoire du malade en question. Il s'agit d'un homme de trente ans, Alsacien, grand, robuste et d'une apparence plutôt pléthorique. Faisant le service de sergent de ville, il a dû être souvent mouillé et être souvent exposé au refroidissement durant les semaines dernières. Le mardi 6 courant, il fut pris d'un frisson, bientôt suivi, dit-il, d'une fièvre brûlante et d'abondantes transpirations. En même temps, il commença à ressentir des douleurs vives dans tout le côté droit de la poitrine. Ces douleurs étaient exaspérées par tous les mouvements qui mettaient en jeu les muscles thoraciques. Elles rendaient impossible le décubitus sur le côté gauche, les efforts de toux, etc. ; la déglutition même, à cause des légères contractions synergiques des intercostaux, en était rendue très-pénible. Après plusieurs jours, durant lesquels ces douleurs persistèrent, tout en se limitant comme étendue, cet homme entra dans le service de M. Lasègue, où on lui trouva une fièvre vive et un point pleurétique très-limité, vers la base du poumon droit, en arrière. Le point de côté avait alors son maximum au-dessous du mamelon, et il était toujours fort intense. On ordonna une émission sanguine, qui fut obtenue par l'application de quelques ventouses scarifiées sur le côté malade. Le lendemain, neuvième jour de la maladie, l'amélioration était déjà des plus notables au point de vue de la douleur, et le petit épanchement, loin d'augmenter, paraissait moindre. La fièvre était entièrement tombée.

Le diagnostic porté fut *pleurésie rhumastismale.*

Suivant M. Lasègue, les pleurésies de nature rhumatismale se distinguent des autres pleurésies par des caractères bien tranchés.

D'abord, au point de vue symptomatologique, on les reconnaît par l'étendue, l'intensité, et surtout par la persistance du point de côté initial. Ceci répondrait anatomiquement à une différence de siége. L'inflammation porterait d'abord, et principalement, sur le feuillet pariétal de la plèvre, sur les tissus fibreux sous-costaux et intercostaux. De là, l'irritation des nerfs adjacents, la douleur très-vive excitée par les moindres mouvements de la paroi costale, douleur parfaitement comparable à celle qu'occasionnent les mouvements dans une articulation affectée de rhumatisme aigu.

En effet, la plèvre pariétale, de même que les synoviales articulaires, repose sur ces tissus blancs, ligamenteux ou tendineux que paraît affectionner surtout le rhumatisme.

Aussi voit-on la pleurésie alterner avec les arthrites, dans le cours du rhumatisme aigu. Et, dans ce cas, on ne saurait mettre en doute sa nature, car la fluxion inflammatoire rhumatismale, pour avoir ainsi changé de siége, n'en reste pas moins passagère et fugace, pour ainsi dire. Avec la même mobilité, elle peut passer d'un jour à l'autre de la plèvre

à une synoviale, comme elle avait passé déjà d'une synoviale à la plèvre.

Ceci est un second caractère des pleurésies rhumatismales: elles sont beaucoup moins permanentes, beaucoup moins tenaces que les autres; le pronostic en est plus favorable.

Mais que sont donc les autres pleurésies, qu'il faut opposer à ce groupe?

Ce sont d'abord toutes celles qui se rattachent plus spécialement au tissu pulmonaire.

La plèvre viscérale dépend, en effet, de son substratum, de même que la plèvre pariétale dépend du sien. On a ainsi des pneumo-pleurésies et même des broncho-pleurésies, c'est-à-dire des inflammations des vésicules pulmonaires ou des bronches, qui, ayant gagné la surface, ont produit un épanchement dans la cavité isolante.

Dans cette manière de voir, on cesserait de considérer à part les séreuses ou les synoviales.

Les regardant uniquement comme des surfaces lisses, on rechercherait plus profondément les affections qu'on leur attribuait autrefois.

On sait que M. Panas soutient énergiquement cette théorie en ce qui touche la séreuse scrotale. Suivant lui, cette séreuse n'est qu'indirectement atteinte dans les hydrocèles. La cause de l'épanchement, le siége de l'inflammation, est le plus souvent dans l'épididyme ou le testicule. M. Panas fait observer que cette doctrine n'est pas complétement nouvelle; car déjà Pott, ayant dénudé un assez grand nombre de testicules pour arriver à la guérison de l'hydrocèle par une méthode usitée de son temps, avait remarqué que toujours, ou à peu près, il avait rencontré, en pareil cas, quelque altération de cet organe ou de ses annexes.

Pour en revenir à la pleurésie, celle qui aurait une origine pulmonaire ou bronchique serait très-différente, par ses symptômes, par sa marche et par sa durée, de celle qui aurait une origine sous-costale.

Le point de côté serait beaucoup moins marqué: car le voisinage serait moins intime entre les nerfs intercostaux et le siége de l'inflammation. Il serait également, pour les mêmes raisons, plus limité et moins prolongé. Tandis que ce symptôme persiste parfois jusqu'à dix jours, et plus encore, dans la pleurésie rhumatismale, il dépasse rarement deux jours dans les pleurésies d'origine pulmonaire ou bronchique.

Parmi ces pleurésies, il en est d'espèces diverses; et l'on ne saurait, par conséquent, fixer pour l'ensemble, avec avantage, une moyenne de durée. Cependant on peut remarquer qu'elles sont ordinairement plus longues à se résoudre que les rhumatismales, car il est bien peu d'inflammations aussi mobiles que les fluxions inflammatoires du rhumatisme aigu.

Ce que nous disons pour la durée, nous pouvons le dire également pour l'appareil fébrile, qui dans les pleurésies viscérales, variera beaucoup de l'une à l'autre, suivant la nature de la maladie, pulmonaire ou bronchique, ayant déterminé l'épanchement.

Dans la pleurésie rhumatismale, cet appareil fébrile est très-marqué, comme en général dans toutes les manifestations aiguës du rhumatisme.

Ainsi, au début, les pleurésies pariétales et viscérales seraient parfaitement distinctes. Un peu plus tard, il peut arriver qu'elles se confondent, si, en partie sous l'influence des produits même de l'inflammation, l'iritation s'est propagée d'une surface à la surface adjacente et correspondante. On se trouve donc avoir affaire à des pleurésies généralisées, plus isolées, pour ainsi dire, des tissus sous-jacents.

C'est alors surtout qu'on est appelé à faire des thoracentèses. C'est alors, surtout, qu'on peut recourir pour le pronostic aux signes purement chimiques indiqués par M. Méhu.

On n'a pas oublié que ce savant chimiste, pharmacien en chef de l'hôpital Necker, a établi que lorsque le liquide retiré par la thoracentèse se trouvait très-riche en chlorures et en sels minéraux, l'épanchement ne se produisait pas; tandis qu'il se reproduisait presque fatalement, et d'une manière indéfinie, lorsque ce liquide, évaporé à siccité, donnait un résidu très-faible. M. Laboulbène et les autres chefs de service de l'hôpital Necker ont eu maintes fois l'occasion de constater l'exactitude de ces données.

Peut-être est-ce également à quelque différence de nature interne et de siége dans la pleurésie qu'il faut rattacher ces différences de composition dans ses produits. Cela paraît théoriquement probable; mais on n'a encore rien appris par l'observation sur ce sujet; et, dans tous les cas, la pleurésie rhumatismale serait à peu près en dehors de la question, car son évolution est courte, et il est rare qu'elle oblige à recourir à la thoracentèse.

Au point de vue de la pratique, la connaissance de la pleurésie rhumatismale, lorsqu'il n'existe pas en même temps d'arthrite ni d'endocardite, peut être souvent très-utile au médecin, non-seulement pour le conduire à un pronostic plus certain de l'affection en elle-même; mais pour l'aider à reconnaître la nature rhumatismale d'autres affections concomitantes.

M. Lasègue nous a raconté qu'appelé un jour auprès d'un malade atteint tout récemment d'une paraplégie des plus complètes, avec douleurs aiguës le long du rachis et en ceinture, il était assez embarrassé pour le diagnostic, lorsque le dixième jour apparut une pleurésie rhumatismale, parfaitement caractérisée par l'étendue et l'intensité du point de côté. Le moindre mouvement de la paroi costale faisait pousser des cris au malade; et cela dura plusieurs jours. Dès lors, M. Lasègue augura bien aussi de la paraplégie. Il reconnut qu'il s'agissait d'une fluxion rhumatismale de la moelle épinière, et il espéra avec raison que cette fluxion disparaîtrait bientôt sans laisser de traces.

La guérison fut en effet des plus rapides.

Angine non encore décrite.

Peut-on rattacher à quelque espèce déjà connue la maladie dont nous allons dire quelques mots? M. Lasègue, consulté sur ce point, ne l'a pas pensé.

On lui a amené cette malade, qui est actuellement couchée salle Sainte-Eugénie, n° 48, dans le service de M. Gombaud, suppléé par M. Rigal, et le savant professeur n'a trouvé dans ses souvenirs aucun fait analogue.

Il s'agit d'une ancienne sage-femme, âgée de soixante ans, souffrante depuis peu.

Elle raconte que sa santé a toujours été excellente jusqu'à cette année, sauf un accident qui lui est advenu, il y a vingt ans environ.

A cette époque, ayant une écorchure au doigt, elle a accouché une jeune fille qu'elle croyait très-saine, et qui ne l'était pas. Quelques jours après, à la place de l'écorchure, une ulcération à bords saillants et durs s'était développée. Rencontrant alors le médecin qui donnait ses soins à la jeune fille, elle lui montra son doigt, et elle apprit de lui qu'elle avait pu prendre la vérole. Déjà il s'était développé des ganglions sous l'aisselle et, le long du bras, on voyait ramper des lymphatiques rouges et durs. Effrayée, elle voulut suivre un traitement. On lui remit

une bouteille dont elle ignore le contenu et qu'elle n'a pas prise en entier. On l'avait avertie que cela pourrait lui donner mal à la bouche : et elle croit en effet se rappeler que, quand elle en prenaît, cela lui irritait la muqueuse. L'ulcération étant guérie, les ganglions ayant disparu en fort peu de temps, elle cessa de prendre sa potion, et jamais, depuis lors, elle ne ressentit plus rien. Aucune éruption ne parut. Elle n'eut point de mal de gorge, point de mal de tête, point de tumeur ni de gonflement nulle part. En effet, en tâtant avec le plus grand soin cette femme, qui est très-maigre, on ne trouve pas trace d'exostose ni de tumeurs gommeuses. On ne trouve pas non plus de ganglion développé, rien, en un mot, ne peut faire penser que cette femme soit sous le coup d'une vérole constitutionnelle.

Elle se plaint aujourd'hui de la gorge, qui, dit-elle, lui fait surtout mal depuis une semaine.

Sa santé serait altérée depuis environ six mois. Elle devait marier sa fille le lendemain du jour où il y eut à Paris tant de verglas, et elle était sortie en voiture pour aller faire des acquisitions. Le cocher, voyant que son cheval ne pouvait plus avancer, la fit descendre au milieu de la rue, d'où elle voulut revenir à pied jusque chez elle. Elle tomba plusieurs fois. Depuis ce moment elle se trouva mal disposée, se sentit plus faible sur les jambes, perdit l'appétit et maigrit. Il lui semblait que tous les soirs elle avait la fièvre. Il y a deux mois environ, dans un omnibus, elle était en sueur, lorsqu'elle faillit se trouver mal. Une dame ouvrit un carreau pour lui donner de l'air, et, bien qu'elle se sentît toute refroidie et frissonnante, elle était si faible qu'elle ne dit rien. Après cela, elle se mit à tousser, à éternuer, et elle supposa qu'elle avait contracté un rhume ordinaire.

Cependant, quand la toux cessa au bout de quelques semaines, le nez ne fut pas débarrassé, dit-elle. Actuellement encore, elle respire difficilement par les fosses nasales. En même temps, elle sentit que le mal de gorge augmentait. Depuis une huitaine de jours environ, elle souffre en avalant. Elle se décida à aller consulter au bureau central, d'où on l'envoya à la Pitié.

Quand on lui fait montrer la gorge, on est frappé de l'aspect que présente toute la surface des amygdales et de l'arrière-gorge. De petites ulcérations à fond grisâtre, dont le diamètre varie entre celui d'une lentille et celui d'un gros pois, très-serrées les unes contre les autres, se dessinent sur un fond rouge et luisant.

Quand on promène le doigt, on sent que la muqueuse est indurée dans l'intervalle de ces petites ulcérations : les bords paraissent saillants et comme taillés à pic.

Quelle est la nature de ce mal ?

Faut-il y voir un accident tardif d'une vieille vérole? Il n'est pas extrêmement rare de rencontrer dans la vérole des infiltrations étendues de la muqueuse pharyngienne. Un très-bel exemple s'en est montré précisément dans le même hôpital ces jours derniers. Dans le service de M. Damaschino, une femme, certainement vénérienne, était entrée pour une prétendue paralysie du voile du palais. Le voile du palais était en effet immobile : aussi la voix était-elle nazonnée, les aliments liquides revenaient-ils par les fosses nasales, et tous les signes mécaniques, si je puis m'exprimer ainsi, d'une paralysie du voile du palais existaient-ils à un haut degré. Mais un examen attentif montra bientôt que l'immobilité de ce voile se rattachait à une infiltration plastique des tissus. La nature du mal une fois déterminée, M. Damaschino recourut à l'emploi de la liqueur de Van Swieten et de l'iodure de potassium. En fort peu de jours l'amélioration fut considérable. Aujourd'hui le voile du palais se soulève déjà en masse; il s'amincit de plus en plus.

La supposition d'une infiltration plastique analogue, avec ramollissement d'un très-grand nombre de petites gommes, pourrait sans doute venir à l'esprit au sujet de la malade de M. Rigal.

Mais elle n'offre pas, comme l'autre, les caractères indubitables d'une maladie vénérienne. Rien ne prouve même qu'elle ait eu jamais une vérole proprement dite. L'apparition hâtive de l'ulcération digitale, le gonflement des vaisseaux lymphatiques, le développement rapide d'un ou deux ganglions bientôt disparus pourraient faire plutôt songer à un chancre mou.

Dans tous les cas, la date éloignée de cet accident initial, l'absence complète de tout phénomène secondaire ou tertiaire, durant une vingtaine d'années, semblent devoir écarter l'idée d'une vérole constitutionnelle.

Il est vrai que parfois, exceptionnellement, on voit après un temps très-long se développer le premier accident qui se soit montré depuis le chancre.

J'ai déjà raconté l'histoire de ce sergent de ville qui faillit subir, à l'Hôtel-Dieu, une résection de la clavicule, pour une périostose syphilitique survenue près de vingt ans après un chancre qu'aucune éruption, ni rien autre, n'avait suivi. Ne pouvant croire à ce long sommeil de la syphilis, un agrégé, fort savant, avait pris cette périostose pour une nécrose; et le jour de l'opération était déjà fixé quand Jobert (de Lamballe), au retour des vacances, reconnut l'erreur et s'empressa de faire administrer l'iodure de potassium. Quinze jours après, ce sergent de ville, parfaitement guéri, demandait son *exeat*.

M. le professeur Lasègue n'a pas de tendance à admettre cette hypothèse chez la femme en question. Il croirait plutôt qu'il s'agit là de quelque angine, non encore décrite, qui, ayant été peut-être à l'origine pustuleuse, serait devenue ulcéreuse par la rupture des pustules.

Dr Victor REVILLOUT.

DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'ÉLECTRICITÉ (1)

Par le docteur ALTHAUS (de Londres)
(traduction du docteur Darin).

Batterie Becker-Muirhead. — Cautère galvanique. — Instruments de Mayer et Meltzer, et de Krohne et Sesemann.

Nous venons de passer en revue toutes les principales batteries constantes portatives, dont on se sert aujourd'hui, aussi bien en Europe qu'en Amérique; il ne nous reste plus qu'à ajouter que, malgré toutes leurs excellentes qualités, elles n'en sont pas moins, les unes et les autres, beaucoup inférieures en vertus thérapeutiques à cette modification de la pile de Daniell que l'on connaît en Angleterre sous le nom de batterie de Becker-Muirhead, et en Allemagne sous ceux de Siemens-Meidinger ou de Remack. Celle-ci est la seule batterie réellement constante qui existe, scientifiquement parlant, puisqu'en elle la polarisation a été réduite à un minimum imperceptible. On évite la polarisation en rejetant l'emploi de l'acide, et en n'employant que l'eau pour le zinc et une solution de sulfate de cuivre pour le cuivre. Par là, les réactions chimiques, qui doivent toujours se produire dans la pile, sont infiniment retardées et, pendant des semaines et des mois, on n'observe

(1) Suite. — Voir les numéros des 16, 23, 27 mars, 3 avril et 5 juin.

aucune diminution sensible de l'intensité du courant, lors même que l'on demande un grand travail à l'instrument.

Cette batterie, dont nous avons fait usage pendant ces dix dernières années, nous a été procurée par M. Becker, de la maison des frères Elliot. Elle se compose de dix boîtes de *teck* superposées les unes au-dessus des autres, en deux séries, comme le représente la figure 12, et est munie de fils métalliques qui permettent de colliger le courant de cinq en cinq



Fig. 12.

éléments. Ces conducteurs partent du sous-sol de la maison et vont au plancher du rez-de-chaussée pour se réunir sur une tablette polaire fixée sur l'une des parois du cabinet de consultation. *b w* (fig. 13) représentent les fils de la batterie, isolés dans toute leur longueur, sauf à leurs extrémités, qui sont soudées à une plaque d'argent cachée dans les cadrans *d d'*. Le cadran du côté gauche donnera le courant de

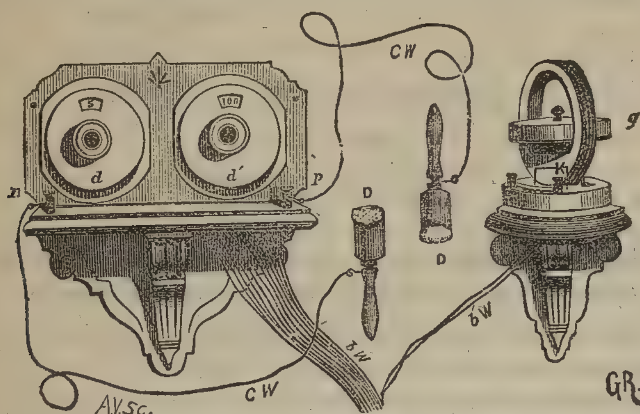


Fig. 13.

5 à 45 éléments, et celui de droite, le courant de 45 à 100. *c w* indiquent les fils conducteurs reliés aux boutons polaires *n p*, et munis à leurs extrémités des électrodes D. *b' w* est le fil unissant le circuit de la batterie avec le galvanomètre (boussole des tangentes) *g*, qui indique la force du courant de l'appareil. Dans les circonstances ordinaires, le courant ne traverse par le galvanomètre, mais on peut l'y faire passer en reliant *n* et *p* avec un fil conducteur et dévissant le bouton *k*, alors la déviation de l'aiguille indique l'état de la batterie, qui est hors de vue. Le galvanomètre ordinaire n'est réellement guère plus qu'un galvanoscope. Il indiquera bien l'existence d'un courant et donnera aussi une idée approximative de sa force par la grandeur de l'angle de déviation de l'aiguille, mais cet angle n'est pas réellement proportionnel à l'intensité du courant. Pour les mesures exactes, la boussole des tangentes (fig. 13) est indispensable. Ici on fait passer le courant à travers un grand cercle vertical de cuivre, au centre duquel se trouve l'aiguille aimantée. La longueur de celle-ci est proportionnée au diamètre du cadre multiplicateur, de telle sorte que la distance de l'extrémité de l'aiguille du cercle de cuivre et, conséquemment, l'action au courant sur elle restent uniformes à tous les angles de déviation. Cet instrument s'oriente de façon que le plan du cercle coïncide avec le méridien magnétique.

La boussole des tangentes est sans doute un instrument de précision, mais qui nécessite des calculs et nous paraît convenir plutôt au physicien qu'au médecin. Les galvanomètres gradués en unités de force électro-motrice et en unités d'intensité, construits par M. Gaiffe, sont d'un emploi beaucoup plus facile et donne une exactitude très-suffisante pour les besoins de la médecine. Ces instruments s'appuient sur les recherches de M. Ed. Desains qui a montré que les déviations des galvanomètres à aiguilles simples sont indépendantes de l'intensité magnétique de leur aiguille, et qu'un même courant donne toujours la même déviation avec le même galvanomètre, que son aiguille ait conservé tout ou partie de son magnétisme. On comprend que cette propriété permet de construire des galvanomètres portant des échelles graduées par expériences, soit en unités de force électro-motrice, soit en unités d'intensité.

Le premier de ces appareils est construit de façon à rendre la résistance extérieure du circuit assez considérable, pour que l'action du courant du couple que l'on mesure devienne proportionnelle à la force électro-motrice.

Il est gradué en unités de l'Association britannique.

Le second de ces appareils est gradué en unités d'intensité de la même société. Il doit être toujours laissé dans le circuit de manière à savoir à tous les moments d'une opération quelle est l'action chimique produite.

La figure 14 représente l'un et l'autre des galvanomètres qui ont tous deux les mêmes dispositions générales. On comprend combien l'emploi de ces instruments serait utile pour pouvoir comparer les résultats obtenus avec les différentes piles dont se servent les médecins des deux mondes.

Cette commune mesure permettrait d'indiquer dans les observations la force des courants employés.

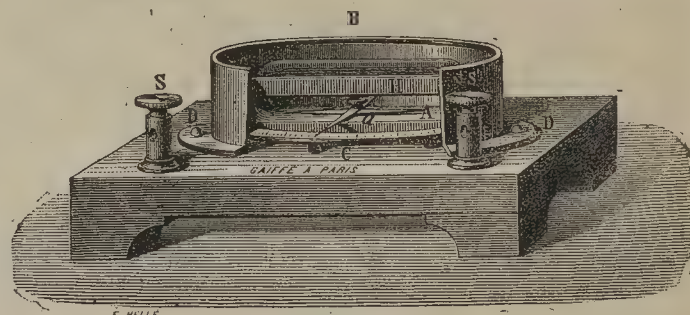


Fig. 14.

A. Aiguille magnétique portant en croix une aiguille indicatrice non magnétique.
a. Pivot de l'aiguille.
H. Cadre contenant une hélice longue et très-résistante, ou courte et peu résistante, suivant que l'instrument est destiné à la mesure de la force électro-motrice ou à la mesure de l'intensité.
C. Cercle divisé.
B. Boîte contenant l'instrument qui peut tourner sur lui-même pour être orienté.
DD. Cercle qui fixe le galvanomètre sur la pile ou sur la planchette.
SS. Bornes serre-fils où s'attachent les réophores du courant à expérimenter.

(*A suivre.*)

ÉTUDE SUR LA SYNOVITE TENDINEUSE BLENNORRHAGIQUE (1)

par le docteur A. Maymou.

Conclusions. — Le rhumatisme blennorrhagique en général et la synovite tendineuse blennorrhagique en particulier sont des affections spéciales, dont la blennorhagie est la cause efficiente nécessaire. — La diathèse rhumatismale peut être une condition favorable au développement de ces maladies. Cette opinion, qui est celle d'un grand nombre de médecins très-distingués, semblerait être en désaccord, de l'aveu même de la plupart de ceux qui l'ont ardemment soutenue, avec l'observation clinique journalière. — Nous croyons que ces affections se développent de préférence chez les individus en puissance de la diathèse herpético-dartreuse, mais surtout chez les individus lymphatiques. Cette manière de voir serait fondée sur un grand nombre d'observations. — Nous basant sur le mode d'invasion de ces maladies, nous avons cru pouvoir expliquer leur pathogénie par une légère absorption purulente. — Au point de vue de leurs symptômes, ces maladies ont des caractères bien distincts, et leur diagnostic est généralement facile. — La synovite tendineuse blennorrhagique serait la forme bénigne du rhumatisme blennorrhagique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 juillet 1875. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. Larrey offre, de la part de M. Béclard, l'éloge de M. Cruveilhier, prononcé à la séance annuelle de l'Académie de médecine.

ÉLECTION

On continue le vote pour la nomination d'une commission chargée d'étudier la question du traitement chirurgical des enfants à domicile, dans les hôpitaux spéciaux et dans les hôpitaux généraux. M. Giraldès et M. Sée sont élus. M. Marjolin avait été nommé, on se le rappelle, au premier tour de scrutin, dans la dernière séance.

RAPPORT

Calcul du canal de Sténon ayant eu pour point de départ un grain de blé. — Chondrome péripelvien du poids de sept livres. — M. Sée donne lecture d'un rapport sur deux observations communiquées par M. Paquet (de Rouen). La première est relative à un cas de calcul du canal de Sténon. Un homme de cinquante-deux ans avait eu, à plusieurs reprises, un gonflement inflammatoire de la joue et de la région malaire. Cet abcès s'était ouvert déjà plusieurs fois à l'intérieur de la bouche lorsqu'il se décida à consulter M. Paquet. Celui-ci constata une tuméfaction du canal de Sténon, ulcéré sur ses bords, et put extraire par son orifice, à l'aide d'une curette, un calcul ovoïde, aplati, du poids d'un gramme, qui fut suivi d'une grande quantité de pus. Des injections furent faites dans le foyer, et la guérison fut rapidement complète. L'examen de ce calcul offrait cette particularité intéressante qu'on trouva à son centre *un grain de blé*.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une femme de quarante et un ans qui portait depuis dix ans au-devant du bassin, à la partie antérieure du pubis, une tumeur du volume d'une noisette au début, mais qui s'accrut lentement d'abord, puis très-rapidement depuis un an, jusqu'à atteindre la grosseur d'une tête de mouton. Cette tumeur s'insérait sur le pubis et descendait jusque sur la cuisse, causant de vives douleurs et rendant la marche impossible. Elle donnait à la main la sensation d'une pseudo-fluctuation. L'opération fut très-simple. Le chirurgien fit une incision de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la grande lèvre, qui permit de découvrir facilement la tumeur. Puis, le pédicule étant coupé, le point d'implantation sur le pubis fut rugine. Il n'y eut comme complication qu'une phlébite de la saphène interne, qui n'eut pas de suites graves. La tumeur enlevée pesait sept livres. La coupe et l'examen microscopique firent voir qu'elle était formée d'une masse cartilagineuse ramollie au centre. La périphérie avait une consistance beaucoup plus considérable.

Des remercîments seront adressés à l'auteur. La dernière observation sera déposée aux archives. La première, très-intéressante comme étiologie, sera insérée aux *Bulletins*.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Anus imperforé : communication du rectum avec la vessie ; opération ; méconium solide ; mort ; autopsie ; vice de conformation de l'œsophage qui communique avec la trachée. — M. Polaillon communique à la société la relation d'un cas intéressant qui s'est présenté dans son service de la Maternité. Un enfant mâle était né le 30 mai vers quatre heures du soir, avec toutes les apparences d'une bonne santé, mais avec un défaut de développement des membres supérieurs, qui n'avaient pas de radius et étaient terminés par des mains bottes. De plus l'anus était imperforé. Il prit bientôt le sein, mais il vomissait immédiatement après chaque tetée. L'urine était claire et normale, non mélangée de meconium, mais des gaz s'échappaient par l'urèthre. M. Polaillon fit l'opération le 31 mai. La recherche de l'ampoule rectale située très-haut présenta des difficultés et le chirurgien ne le découvrit qu'en introduisant par l'urèthre une sonde qui pénétra heureusement par la communication rectale et vint faire saillie avec l'extrémité du rectum dans l'incision périnéale. Le rectum fut suturé à la peau et l'incision faite à ce niveau donna issue à trente ou quarante boulettes ressemblant à des excréments de lapin, formées par du meconium solidifié, enduites d'un mucus jaunâtre. Les vomissements continuèrent. La respiration était peu gênée, malgré des mucosités abondantes qui étaient expulsées avec l'air. Pas de garde-robe. Un lavement administré fut rendu seul. Un purgatif fut vomi à l'instant. L'enfant succomba.

A l'autopsie on découvrit que l'œsophage se terminait dans la trachée. M. Périer a rapporté il y a deux ans un cas où l'œsophage était terminé par un cul-de-sac, tandis que la trachée offrait un orifice communiquant avec l'estomac. Ces observations sont rares. On en compte seulement huit ou dix. Elles s'expliquent par le mode de formation de ces organes chez le fœtus. L'intestin grêle et le gros intestin étaient normaux. Tout le méconium s'était écoulé par la voie facile que lui avait ouverte l'opération, mais à l'état solide. On constatait l'existence d'un étroit orifice entre la face antérieure du rectum et le canal de l'urèthre, communication qui n'est pas très-rare chez les garçons dans les cas d'imperforation de l'anus. M. Polaillon insiste sur les points suivants : 1° l'état solide du méconium apporte de grandes hésitations dans la recherche de l'ampoule rectale, en ne permettant pas la saillie qu'on peut lui faire faire vers le périnée par la pression de l'abdomen, lorsque le méconium est liquide. 2° Le chirurgien a été dans la nécessité de prolonger l'incision périnéale assez loin en arrière. Il a préféré l'incision longitudinale du coccyx avec des ciseaux à la résection de cet os préconisée par M. Verneuil. 3° S'il n'y avait pas eu là une malformation irrémédiable, que serait devenue la communication avec l'urèthre ? M. Polaillon pense qu'elle se serait oblitérée seule. On l'a observée plus souvent avec la vessie qu'avec l'urèthre. L'affrontement de la peau avec le rectum est utile ; mais, si les fils viennent à couper les tissus, on peut espérer que la réunion se fera néanmoins si l'on soigne convenablement la plaie.

DISCUSSION

M. Giraldès n'a jamais observé la disposition de méconium en boulettes sur plus de cent enfants qu'il a opérés d'une imperforation de l'anus. — Il est toujours nécessaire de suturer les membranes à la peau. Quand l'ampoule rectale est placée très-haut, la méthode de M. Verneuil permet de faire cette suture facilement. — La communication avec les organes génito-urinaires peut s'oblitérer seule, mais cela n'a pas toujours lieu tout de suite. M. Giraldès l'a vue persister chez des enfants de deux ans.

(1) In-8°. — Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

M. TERRIER demande si, comme signe de la lésion de l'œsophage, il n'y aurait pas une relation entre la solidité du méconium et l'impossibilité d'avaler des liquides.

M. DESPRÈS a opéré à Cochin un enfant de quatre jours chez lequel il a observé une communication de l'intestin avec les organes urinaires. Il n'avait ni réséqué le coccyx comme M. Verneuil, ni sectionné comme l'a fait M. Polaillon, mais il avait fait une incision sur un des bords de cet os. — L'enfant, qui rendait son méconium avec l'urine, n'en rendait plus après trois jours. Il n'y avait plus de gaz après quinze jours. L'oblitération peut donc se faire naturellement.

M. GUÉNIOT demande comment M. Polaillon a eu la certitude que c'était bien le rectum et non la vessie qu'il tenait au bout de sa sonde. Il désirerait savoir aussi si la concrétion du méconium a eu une cause apparente à l'autopsie dans la disposition de l'intestin ou du foie.

M. POLAILLON répond à M. Terrier qu'on n'a jamais reconnu sur le vivant, sauf dans le cas de M. Périer, cette imperforation de l'œsophage. A la question posée par M. Guéniot, il répond qu'il a hésité en effet, mais qu'il a fait l'incision malgré ses doutes, ayant une chance pour réussir et ne pouvant pas laisser l'enfant sans opération. Mieux eût vallu créer une fistule vésico-anale par où le méconium eût pu s'écouler que de ne rien faire. On aurait pu plus tard remédier à cette infirmité. Quant à la cause de la concrétion du méconium, ne pourrait-elle pas être un signe de l'absence de communication du tube digestif avec ses orifices antérieur et supérieur?

M. DESPRÈS pense que le diagnostic de la lésion de l'œsophage pouvait être établi d'après l'absence du ballonnement du ventre et les vomissements suivant immédiatement l'ingestion de liquides.

M. PAULET répond à M. Terrier que puisque le méconium était liquide dans les dix autres cas cités d'imperforation de l'œsophage, le méconium concret ne peut être un signe de ce vice.

M. GUÉNIOT. C'est une erreur de croire que le fœtus avale du liquide amniotique, quoique cela soit dit dans les livres. Le liquide amniotique est fourni par la sécrétion du foie et des glandes intestinales.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. L'absence de ballonnement du ventre, sur laquelle M. Desprès voudrait établir le diagnostic de l'imperforation de l'œsophage n'est pas un fait rare dans les cas d'imperforation de l'anus. Souvent, après vingt-quatre heures, le ballonnement est très-modéré et n'appelle même pas l'attention des parents.

M. POLAILLON. Le ventre de cet enfant était gros, mais non ballonné, ce qui peut s'expliquer par la communication de l'intestin avec l'urèthre, qui permettait l'issue des gaz.

M. GIRALDÈS. Les enfants qui présentent cette communication du rectum avec la vessie sont, à cause de cela, ceux qui peuvent vivre le plus longtemps avant que l'opération de l'anus imperforé soit pratiquée.

LECTURE

M. GILLETTE donne lecture d'une observation intitulée : *Anomalie du muscle jumeau interne de la jambe. Bifurcation donnant passage au paquet vasculo-nerveux du creux poplité.* (Renvoyé à une commission dont M. Tillaux est rapporteur.)

La séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Programme des prix proposés pour les années 1875, 1876, 1877 et 1878.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES

Question proposée pour l'année 1875.

Faire connaître les changements qui s'opèrent dans les organes intérieurs des insectes pendant la métamorphose complète.

Les changements qui s'opèrent dans la conformation extérieure des insectes lorsque ces animaux passent de l'état de larves à l'état parfait ont été l'objet de nombreuses publications; mais les entomologistes ne se sont que peu occupés des transformations subies par les organes intérieurs pendant la métamorphose, si ce n'est chez deux espèces appartenant l'une et l'autre à l'ordre des lépidoptères, qui ont été étudiées par Herold et par Newport. L'Académie croit utile d'appeler l'attention des naturalistes sur ce sujet; elle ne demande pas une histoire des métamorphoses intérieures dans l'ensemble de cette classe d'animaux, mais des recherches approfondies sur les changements subis par les principaux appareils physiologiques chez un ou plusieurs insectes à métamorphoses complètes, autres que les lépidoptères. Ce travail devra porter sur la structure intime de ces parties aussi bien que sur leur conformation générale, et être accompagné de figures représentant toutes les dispositions anatomiques signalées par l'auteur.

Les ouvrages présentés devront être écrits en français ou en latin; ils pourront être imprimés ou manuscrits.

Le terme fixé pour le dépôt de ces pièces est le 1er juin 1876.

Le prix consistera en une médaille de la valeur de *trois mille francs.*

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES

Concours prorogé à 1876.

La question proposée est la suivante :

Étude du mode de distribution des animaux marins du littoral de la France.

Dans cette étude, il faudra tenir compte des profondeurs, de la nature des fonds, de la direction des courants et des autres circonstances qui paraissent devoir influer sur le mode de répartition des espèces marines. Il serait intéressant de comparer sous ce rapport la faune des côtes de la Manche, de l'Océan et de la Méditerranée, en avançant le plus loin possible en pleine mer, mais l'Académie n'exclurait pas du concours un travail approfondi qui n'aurait pour objet que l'une de ces trois régions.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs.*

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1876.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES

Question proposée pour l'année 1877.

Étude comparative de l'organisation intérieure des divers crustacés édriophthalmes qui habitent les mers d'Europe.

L'anatomie des crustacés podophthalmaires a été l'objet de recherches nombreuses; mais on ne connaît que très-incomplétement la structure intérieure des édriophthalmes. L'Académie demande une étude approfondie des principaux appareils physiologiques dans les divers genres d'amphipodes, de lamodipodes et d'isopodes qui habitent les mers d'Europe. Les concurrents devront porter principalement leur attention sur le système nerveux, le système circulatoire, l'appareil digestif et les organes de la génération. Les descriptions devront être accompagnées de figures.

Les ouvrages présentés au concours pourront être manuscrits ou imprimés.

Le terme fixé pour le dépôt des pièces est le 1er juin 1877.

Le prix consistera en une médaille de la valeur de *trois mille francs.*

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Paris, le 14 juillet 1875.

Monsieur le rédacteur et très-honoré confrère,

Permettez-moi de répondre à l'article que M. le docteur Caradec (de Brest) vient de publier dans votre estimable journal sous le titre de : *Quelques considérations sur l'amputation de la cuisse dans le tiers moyen, sur l'amputation sus-malléolaire et l'amputation de la jambe au lieu dit d'élection (procédés du professeur Marcellin Duval).* — Cet honorable confrère a consacré plusieurs pages à démontrer cette incontestable vérité, que le *résumé* d'un procédé opératoire n'est pas et ne peut pas être la reproduction

textuelle de ce procédé; et pour rendre sans doute sa démonstration plus frappante, il lui est échappé parfois de supprimer quelques membres de phrases de sa propre description. Car la description de ce procédé lui appartient, quoi qu'il en dise, scientifiquement et grammaticalement[1], même en admettant l'existence de ce fameux manuscrit du professeur Duval, qu'il eût été peut-être de son devoir de nous faire connaître, dans sa publication de 1872.

Nul plus que moi, et j'en ai donné des preuves suffisantes, ne rend justice aux ingénieux procédés de l'ancien directeur du service de santé de la marine. Depuis des années, ils sont journellement enseignés et pratiqués au Val-de-Grâce, et c'est précisément parce que je les ai fort souvent pratiqués ou fait exécuter devant moi par les élèves, que je me suis cru en droit, pour l'amputation de la jambe au lieu d'élection, de modifier une indication que je considérais comme une erreur de description.

La disposition des parties molles de la jambe, lorsqu'on ampute ce membre au lieu dit d'élection par la méthode à deux lambeaux antérieur et postérieur, conduit naturellement à comprendre dans le lambeau antérieur, les muscles péroniers latéraux. M. Duval ne fait pas autrement.

Si l'on place avec M. Caradec le point de départ des lambeaux à deux centimètres en dedans (il serait peut-être plus exact de dire en arrière) du bord interne du tibia, j'ai presque toujours vu le muscle long péronier latéral venir faire saillie en dehors du bord externe du lambeau cutané antérieur, et rester à découvert. Ce résultat tient sans doute à ce que j'ai opéré sur des sujets à muscles très-développés.

Portant le point de départ des lambeaux à 2 centimètres en dedans du bord antérieur du tibia, j'ai vu disparaître cet inconvénient, sans que la forme, la situation du lambeau s'en trouvât plus mauvaise, bien au contraire. J'ai pensé qu'une erreur de description avait fait substituer le mot *interne* au mot *antérieur*, et pour éviter toute confusion je me suis servi de l'expression *crête du tibia*, qui ne permet pas l'équivoque. M. Caradec m'eût évité cette erreur, s'il avait eu la bonté d'avertir ses lecteurs, dès 1872, que sa description des procédés du professeur Duval était la reproduction d'un manuscrit de ce distingué chirurgien. Je me serais fait alors un devoir d'indiquer que cette modification m'appartenait en propre, et j'en aurais expliqué les motifs.

Pour ce qui est de mon appréciation du procédé, je la maintiens complétement : ce procédé est long à exécuter; très-long si l'on suit le mode opératoire indiqué par M. Caradec (et cependant sa description ne serait, paraît-il, qu'un abrégé); le lambeau postérieur est lourd, mal placé, et difficile à maintenir; enfin la cicatrisation complète exige plus de temps que pour la méthode circulaire. En terminant, je dirai à M. Caradec que la science ne se fait pas seulement par ce qu'on a fait et ce qu'on a vu faire, mais plus encore par les observations des autres, démontrées, commentées et examinées sans parti pris..... On n'en peut dire autant des procédés opératoires de M. Marcellin Duval, mais si leur auteur a jugé convenable de garder le silence, ils ont trouvé dans notre honorable confrère de la marine de Brest un parrain qui met à leur défense une passion généreuse et une ardeur toujours nouvelle. J'applaudis de grand cœur à ces sentiments d'honnêteté qui ne lui permettent pas de *faillir* à ce qu'il considère comme *son devoir*; je le remercie, et j'en ai bien le droit, d'avoir signalé à tous ce qu'il regarde comme des erreurs de ma part, mais je lui avoue sincèrement que, à mon humble avis, un plaidoyer aussi passionné n'est pas fait pour entraîner la conviction scientifique.

Agréez, etc.

Dr Chauvel.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 5 juillet, ont été promus :

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Boulongne.
Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Maratray, Menehand.
Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Bonnefoy, Clos, Guieu.
Au grade de médecin-major de 1re classe : M. Gaubert.
Au grade de pharmacien principal de 1re classe : M. Leprieur.
Au grade de pharmacien principal de 2e classe : M. Jaillard.
Au grade de pharmacien-major de 1re classe : M. Puig.
Au grade de pharmacien-major de 2e classe : M. Moissonnier.

— Nous recevons de la vallée de Bagnères-de-Luchon les nouvelles les plus satisfaisantes ; non-seulement les communications sont complétement rétablies, mais les craintes d'épidémies causées par l'inondation de la Garonne ne sont pas fondées, car Luchon n'a nullement souffert.

— Le docteur Burq, empêché par la maladie de poursuivre à lui seul l'œuvre qu'il a fondée, il y a un quart de siècle, désire s'associer un confrère, qui puisse l'aider de sa personne et d'un apport en capital, à fonder un institut et une clinique spéciale pour la métallothérapie. S'adresser directement au docteur Burq, à Charenton. (Seine.)

Physiologie du système nerveux cérébro-spinal, par le docteur Édouard Fournié, médecin à l'Institut des Sourds-Muets. — 1 vol. gr. in-8o. Prix : 12 francs. — Paris, 1875, Adrien Delahaye.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8o de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

ÉCOLES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE PLEIN EXERCICE

Le président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,

Vu la loi du 19 ventôse an XI;

Vu les ordonnances des 13 octobre 1840 et 12 mars 1841;

Vu l'avis du conseil supérieur de l'instruction publique,

Décrète :

Article 1er. — Il pourra être institué des écoles de médecine et de pharmacie de plein exercice dans les villes qui s'engageront à subvenir aux frais d'entretien du personnel et du matériel de ces établissements.

Art. 2. — Le personnel enseignant dans les écoles de médecine et de pharmacie de plein exercice comprend des professeurs titulaires, des professeurs suppléants, des fonctionnaires et des employés auxiliaires.

Art. 3. — Les professeurs titulaires seront au nombre de dix-sept, répartis dans les chaires suivantes :

Anatomie, une chaire;

Physiologie, une chaire;

Pathologie interne et pathologie générale, une chaire;

Anatomie pathologique, une chaire;

Hygiène et médecine légale, une chaire;

Clinique médicale, deux chaires, sous la réserve que les administrations hospitalières contracteront vis-à-vis des villes l'obligation :

1° D'assurer pleinement le service des cliniques;

2° D'annexer à ces chaires une ou plusieurs salles consacrées aux maladies des enfants;

Pathologie externe et médecine opératoire, une chaire;

Clinique chirurgicale, deux chaires, sous la même réserve que pour les chaires de clinique médicale, en ce qui concerne l'engagement des administrations hospitalières vis-à-vis des villes;

Clinique obstétricale et gynécologie, une chaire; même réserve que pour les autres chaires de clinique;

Thérapeutique, une chaire;

Matière médicale, une chaire;

Botanique et zoologie élémentaire, une chaire;

Chimie médicale, une chaire;

Physique médicale, une chaire;

Pharmacie, une chaire.

Art. 4. — Le traitement fixe et éventuel des professeurs titulaires est fixé à 4,000 francs par an.

Le directeur reçoit, en outre, un préciput de 1,000 francs.

Art. 5. — Les suppléants seront au nombre de huit, répartis ainsi qu'il suit :

Deux pour les chaires de sciences naturelles (botanique et zoologie élémentaire, chimie, pharmacie);

Deux pour les chaires de médecine;

Deux pour les chaires de chirurgie;

Un pour la chaire d'accouchements et de gynécologie.

Un pour les cours d'anatomie et de physiologie.

Art. 6. — Les suppléants prendront une part active à l'enseignement et feront des cours accessoires, savoir : les deux suppléants attachés aux chaires physico-chimiques feront : l'un un cours de chimie physiologique, l'autre un cours de toxicologie. Les suppléants des chaires de médecine pourront faire des cours complémentaires, déterminés par l'école, sur diverses branches de pathologie interne et de pathologie générale, sur la médecine légale, etc.

Les suppléants des chaires de chirurgie pourront être chargés : l'un d'un cours de médecine opératoire, l'autre d'un cours clinique complémentaire d'ophthalmologie, pour lequel un service spécial sera institué à l'hôpital où se donne l'enseignement clinique de l'école.

Le suppléant de la chaire d'accouchements et de gynécologie pourra être chargé de l'enseignement gynécologique; le suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie fera un cours complémentaire d'anatomie et d'histologie.

Art. 7. — Les suppléants professeront pendant un semestre; ils feront trois leçons par semaine. Quant ils seront appelés à remplacer temporairement un professeur titulaire, ils remettront au semestre suivant l'enseignement spécial dont ils sont chargés.

Art. 8. — Les suppléants prendront part aux examens de fin d'année; le jury, pour ces examens, sera composé de deux professeurs titulaires et d'un professeur suppléant.

Art. 9. — Les suppléants seront nommés au concours et pour dix années. Ils recevront un traitement fixe et éventuel de 2,000.

Après l'expiration du temps légal d'exercice, le ministre pourra maintenir un suppléant dans ses fonctions ou même le rappeler temporairement à l'activité, si les besoins du service l'exigent.

Art. 10. — Les grades à exiger des professeurs titulaires et des suppléants sont :

1° Pour les professeurs de médecine : le doctorat en médecine;

2° Pour les professeurs de pharmacie et de matière médicale : le titre de pharmacien de 1re classe;

3° Pour les professeurs de physique et de chimie : la licence ès sciences physiques et le doctorat en médecine, ou le titre de pharmacien de 1re classe;

4° Pour les professeurs d'histoire naturelle médicale : la licence ès sciences naturelles et le doctorat en médecine, ou le titre de pharmacien de 1re classe.

Art. 11. — Le personnel des fonctionnaires et employés auxiliaires de l'enseignement comprend :

Un chef des travaux anatomiques, au traitement de 2,000 francs;

Un prosecteur d'anatomie et de médecine opératoire, au traitement de 1,500 francs;

Deux aides d'anatomie et de physiologie, chacun au traitement de 1,000 francs;

Cinq chefs de clinique, au traitement de 1,000 francs;

Un chef des travaux chimiques, au traitement de 2,000 francs;

Un préparateur de cours de pharmacie, au traitement de 1,000 francs;

Un préparateur des cours d'histoire naturelle, au traitement de 1,000 francs;

Un préparateur des cours de physique, au traitement de 1,000 francs;

Un préparateur du cours de chimie, 1,000 francs;

Un bibliothécaire, 1,500 francs;

Art. 12. — Le personnel administratif se compose de :

Un secrétaire agent comptable, au traitement de 2,400 francs;

Un employé du secrétariat, 1,200 franes.

Agents inférieurs.

Un garçon de pavillon, aux appointements de 1,000 francs;

Deux garçons de laboraroire pour la chimie et la physique, chacun 1,000 francs;

Un garçon de laboratoire de pharmacie, 1,000 francs;

Un garçon de bibliothèque, 1,000 francs;

Un garçon de bureau, 1,000 francs;

Un jardinier, 1,200 francs;

Un concierge appariteur, 1,000 francs.

Une bibliothèque et une salle de lecture;

Des salles de collections, d'histoire naturelle médicale, d'anatomie et d'arsenal de chirurgie;

Trois laboratoires de chimie : un pour la préparation des cours, un pour les travaux pratiques, un pour le professeur;

Un cabinet et deux laboratoires de physique : un pour le professeur et un pour les travaux pratiques;

Un laboratoire de pharmacie;

Un laboratoire de physiologie;

Des salles de dissection pour les élèves;

Des cabinets pour les professeurs d'anatomie, le chef des travaux anatomiques et le prosecteur;

Un laboratoire anatomique;

Une salle de nécropsie;

Une salle pour les exercices de médecine opératoire;

Un laboratoire d'histologie.

Art. 13. — Les villes siéges d'écoles de plein exercice s'engageront à prendre entièrement à leur charge les traitements des professeurs, fonctionnaires et agents inférieurs; elles devront, en outre, couvrir les dépenses occasionnées par :

Le chauffage et l'éclairage;

L'entretien du bâtiment et du mobilier;

Les frais de bureau;

Les frais de cours, de laboratoire et de manipulation se rapportant à la physique, la chimie, la pharmacie, l'histoire naturelle, la matière médicale et la physiologie;

Les travaux pratiques d'anatomie;

L'entretien du jardin botanique;

L'entretien du matériel des cliniques, la bibliothèque, achats de livres, abonnements et reliures.

Elles devront également fournir :

Deux amphithéâtres pour les cours;

Un cabinet pour le directeur;

Un local pour le secrétariat;

Des salles de conférences et d'examen;

Les services cliniques auront à leur disposition deux amphithéâtres de cours : l'un pour l'enseignement médical, l'autre pour la clinique chirurgicale; de plus, chaque professeur de clinique aura, dans les dépendances de son service, un cabinet de travail où seront réunis les moyens d'analyse et d'études pratiques les plus usuellement employés en clinique.

Les frais des divers services énumérés dans le présent article sont estimés à un minimum de 18,000 francs par an, et cette somme devra être augmentée de 6,000 francs pour chaque accroissement de 100 élèves au-dessus du chiffre de 300.

Art. 14. — Un règlement d'administration déterminera la durée de la scolarité que les élèves en médecine et les élèves en pharmacie pourront accomplir dans les écoles de plein exercice en vue de l'obtention des grades, et le montant des droits à percevoir.

Art. 15. — Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Versailles, le 14 juillet 1875.

Maréchal DE MAC-MAHON,
duc DE MAGENTA.

Par le président de la République :

Le ministre de l'instruction publique,
des cultes et des beaux-arts,
H. WALLON.

ÉCOLES DE PHARMACIE.

Le président de la République française

Décrète :

Art. 1er. — Les études pour obtenir le diplôme de pharmacien de 2e classe durent six années, dont trois années de stage officinal et trois années de cours suivis dans une école supérieure de pharmacie ou dans une école préparatoire de médecine ou de pharmacie.

Art. 2. — Avant de prendre leur première inscription, soit de stage, soit de scolarité, les aspirants devront produire un certificat délivré par le recteur de l'académie, constatant qu'ils ont justifié, devant un jury institué à cet effet, des connaissances enseignées dans la classe de quatrième des lycées.

Ils ne se seront admis à prendre la cinquième et la neuvième inscription qu'après avoir subi avec succès un examen de fin d'année.

Nul ne pourra se présenter aux examens de fin d'études avant l'expiration du dernier trimestre de ces études.

Art. 3. — Les travaux pratiques sont obligatoires; chaque période annuelle de ces travaux est fixée à huit mois.

Tout excédant de recettes constaté sur le produit des rétributions pour travaux après payement des frais afférents à ces travaux sera employé en prix et encouragements aux élèves les plus méritants.

Art. 4. — Les droits à percevoir des aspirants au diplôme de pharmacien de 2e classe sont fixés ainsi qu'il suit :

12 inscriptions à 25 francs.		300 francs.
3 années de travaux pratiques à 50 francs par semestre.		300 —
1er examen de fin d'études.		50 —
2e examen de fin d'études.		50 —
3e examen de fin d'études.	1re épreuve	50 —
	2e épreuve, y compris 100 fr. pour frais matériel. . . .	150 —
3 certificats d'aptitude à 40 francs.		120 —
Diplôme..		100 —
Total.		1.120 francs.

Les examens de fin d'année sont gratuits.

Art. 5. — Les droits acquittés par les élèves des écoles supérieures sont versés au Trésor public.

Ceux qui sont acquittés par les élèves des écoles préparatoires sont versés dans les caisses municipales; toutefois les droits de certificat d'aptitude et de diplôme continueront à être perçus au compte de l'État.

Art. 6. — Le présent règlement recevra son exécution à partir dn 1er octobre 1875, sous les réserves suivantes :

Tout élève en cours de stage, au moment de la promulgation du présent décret, pourra régulariser ce stage en justifiant, avant le 1er janvier 1876, du certificat de grammaire prescrit par l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 1854.

Tout élève qui, au 1er octobre 1875, aura accompli sa troisième année de stage, pourra opter entre le régime d'études déterminé

par le règlement du 21 août 1854 et celui qui est établi par le présent décret.

Art. 7. — Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Versailles, le 14 juillet 1875.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Bouchut adresse une note intitulée : *Des signes ophthalmoscopiques différentiels de la commotion et de la contusion du cerveau.* — « Toutes les fois, dit-il, qu'un sujet tombé sur la tête a perdu connaissance et semble paralysé, il y a toujours à se demander si ce n'est là qu'un étourdissement passager dû à la commotion du cerveau, ou bien, au contraire, s'il y a contusion de la substance nerveuse ou compression de cette substance par un épanchement séreux ou sanguin.

« L'ophthalmoscope, que j'ai employé pour la première fois en 1865, pour éclairer ce diagnostic, donne les résultats les plus importants.

« S'il n'y a que commotion du cerveau, le nerf optique conserve sa forme, sa netteté et ses couleurs habituelles, et les veines rétiniennes, ainsi que la rétine, ne présentent aucune modification.

« S'il y a contusion du cerveau, avec ou sans inflammation consécutive, ou bien s'il y a épanchement séreux ou sanguin, avec ou sans fracture du crâne, le nerf optique et la rétine sont malades. Le nerf optique est gonflé, paraît aplati, d'un rose uniforme, parfois plus vasculaire; ses contours sont moins nets, et il est le siége d'une suffusion séreuse, partielle ou générale, qui s'étend à la rétine voisine sous forme de teinte opàline transparente qui voile plus ou moins le bord pupillaire.

« Les artères diminuent quelquefois de volume, si la suffusion a gagné la gaîne du nerf optique, et les veines rétiniennes plus ou moins dilatées indiquent, par la gêne de leur circulation, une gêne semblable dans la circulation du crâne. »

— M. Glénard adresse une note intitulée : *Des causes de la coagulation spontanée du sang à son issue de l'organisme.*

« Lorsque, sur un animal vivant, dit l'auteur, on enlève un segment artériel ou veineux plein de sang et qu'on le conserve à l'air, le sang ne s'y coagule pas, quelle que soit la capacité du segment. Après un temps variable, en relation avec le volume du vaisseau et la masse du sang conservé, le segment sèche au point d'offrir la consistance de la corne. Si, à cet état, on reprend le sang ainsi transformé par la dessiccation en une masse séreuse ou même pulvérulente, et qu'on le désagrége dans l'eau, il s'y dissout, et cette solution est susceptible de se coaguler spontanément en masse, même après filtration. »

Cette expérience fondamentale, complétée par quelques autres, a conduit l'auteur à attribuer la coagulation du sang issu de l'organisme, au contact des corps étrangers et nullement à l'intervention d'agents chimiques ou physiques. Ces corps étrangers agissent d'autant mieux qu'ils se rapprochent davantage de la structure *physique* des vaisseaux.

Un autre fait signalé par M. Glénard, c'est que le sang est vivant tant qu'il est coagulable spontanément. La coagulation est la mort du sang.

— M. Maumené adresse deux réclamations, dont l'une est relative à la communication de M. P. Bert dont nous avons parlé dans notre dernier compte rendu. « Dans la dernière séance, M. P. Bert a communiqué un important travail sur l'influence de l'oxygène à forte tension contre les fermentations proprement dites. L'un des faits les plus saillants est la conservation du vin dans l'oxygène à 15 atmosphères, où « *la richesse en alcool et en acide acétique ne varie pas* ».

« J'ai fait connaître ces importants résultats dans l'année 1861 (*Comptes rendus*, t. LVII, p. 957) avec des détails si précis et si concluants que j'ai proposé ce vin chargé d'oxygène pour les usages de la médecine. »

Dr Édouard FOURNIÉ.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Signes ophthalmoscopiques dans les paralysies diphtéritiques.

On sait que très-souvent, après la diphtérite et quelques autres maladies aiguës, dans leur convalescence, il se fait dans les organes des sens ou des membres, des paralysies qui sont plus ou moins graves et qui peuvent même entraîner la mort. J'ai longtemps considéré ces paralysies de convalescence comme un résultat d'anémie, d'hydrémie ou d'hypoglobulie, mais c'est une théorie à reviser. D'autres les ont considérées comme des paralysies spécifiques, constitutionnelles, c'est-à-dire liées à une infection du sang par un principe de la maladie antérieure. C'est ainsi que l'on a admis des paralysies de cause diphtéritique, causées par le principe diphtéritique absolument comme l'on admet des paralysies syphilitiques liées à la diathèse de ce nom. C'est encore là une hypothèse et, s'il fallait admettre cette théorie des paralysies de convalescence nous aurions à distinguer, en outre des paralysies diphtéritiques, des paralysies pneumoniques, typhoïdes, érysipélateuses, varioliques, morbilleuses, angineuses, scarlatineuses, etc., ce qui est inadmissible. C'est dans une autre voie qu'il faut rechercher la cause de ces paralysies et notamment celle de la paralysie diphthéritique, qui est la plus grave de toutes.

La paralysie diphthéritique débute par la dysphagie des liquides, c'est-à-dire par la paralysie du voile du palais avec retour des boissons par le nez, par le nasonnement, puis viennent l'amaurose incomplète, la paraplégie, qui peut devenir ascendante et atteindre le diaphragme, parfois l'hémiplégie, le strabisme, etc.; mais quand la paralysie atteint les muscles respirateurs, le danger apparaît, et la mort est presque certaine.

Il y a des cas où la paraplégie devenant ainsi générale, amène un singulier état du malade, caractérisé par la dislocation des membres et du cou. Ainsi j'ai eu dans mon service une petite fille atteinte de paralysie pharyngée et de paraplégie ascendante à la suite d'angine couenneuse. Elle était réduite à l'état de pantin souple dont la tête et les quatre membres tombent sans résistance et sans soutien dans le sens de la pesanteur. Quand je voulais lever cette enfant, sa tête tombait en arrière ou sur les côtés comme celle d'un cadavre déroidi. Sa respiration était paralysée, et un jour la trouvant cyanosée, à demi anesthésique, je crus qu'elle allait périr, mais elle résista et guérit.

L'an dernier, j'ai eu, dans mon service encore, un autre malade, également convalescent d'angine couenneuse, qui avait une dysphagie absolue des solides et des liquides. Il s'amaigrissait, perdait sa chaleur et offrait des phénomènes inquiétants d'inanition. A force de persévérance et de soin, on put lui bourrer de la purée de viande crue que l'on poussait du doigt dans l'œsophage, et il guérit.

Le cas qui se présente actuellement dans mon service est plus curieux. C'est une petite fille de quatre ans dont le père et

le frère sont morts du croup en même temps qu'elle avait sous mes yeux une angine couenneuse, compliquée de deux bubons diphtéritiques voisins, sous l'angle de la mâchoire inférieure gauche. Elle a guéri. Huit jours après, elle a eu du nasonnement sans rejet des boissons par le nez; elle a eu du strabisme convergent de l'œil gauche, c'est-à-dire une paralysie du moteur oculaire externe, une paralysie incomplète du diaphragme et des muscles du ventre qui ne se contractaient plus sous l'influence du chatouillement, et une hémiplégie complète droite occupant même le visage et produisant une déviation de la bouche à gauche. C'est là un fait rare dans l'histoire des paralysies diphthéritiques. En effet, on trouve bien plus souvent la paraplégie que l'hémiplégie.

Sous l'influence de l'électrisation par les courants induits, du quinquina, du fer et du vin pendant un mois, le strabisme, et l'hémiplégie ont disparu, et l'enfant put sortir guérie de l'hôpital.

Chez tous ces malades, il y avait des troubles visuels, caractérisés, soit par des obnubilations, soit par l'embarras de voir à petite distance. Follin, qui n'a pas su voir les maladies du fond de l'œil produites par les maladies cérébro-spinales, et qui s'est fait le contradicteur de mes recherches, a soutenu que, dans les paralysies diphtéritiques, il n'y avait jamais d'altération névro-rétiniennes, et que les troubles visuels dépendaient d'un défaut d'accommodation. C'est une erreur. Il a parlé sans expérience suffisante du sujet, car dans la majorité des cas, j'en ai vu beaucoup, il y a lésion du nerf optique de la rétine et parfois des vaisseaux rétiniens.

Sans parler des faits antérieurs et en me bornant à celui que je viens de raconter, je constate l'existence d'une double névro-rétinite plus marquée à gauche qu'à droite. Elle suffit pour établir contre toute affirmation contraire, d'où qu'elle vienne, que dans les paralysies diphtéritiques, il peut y avoir en même temps, et comme signe d'une lésion cérébro-spinale, une altération névro-rétinienne. Cette névro-rétinite est caractérisée par l'aplatissement et la diffusion rougeâtre de la papille, dont les bords sont effacés, et qui sont voilés par un nuage gris rosé. Tel est le cas le plus ordinaire. Mais, chez d'autres enfants, la rétine est autour du nerf opaline par ce qu'on appelle un exsudat rétinien, ce qui n'est qu'une stéatose aiguë des éléments nerveux de cette membrane. Les vaisseaux n'offrent rien de particulier.

Vingt-deux fois sur vingt-six cas de paralysie diphtéritique, j'ai rencontré des altérations semblables, et chez une petite fille que j'ai gardée un an dans mon service, il s'était produit consécutivement à cet état d'hyperémie une atrophie blanche crayeuse du nerf optique, d'un côté, et une névrite au second degré dans l'autre, avec embolie de l'artère de la rétine. Dans les autres cas, sans altération névro-rétinienne, ce n'était qu'un trouble d'accommodation par paralysie du muscle ciliaire.

En présence d'une masse aussi considérable de faits établissant la coïncidence habituelle d'une névro-rétinite à différents degrés dans la paralysie diphtéritique grave et très-étendue, il est difficile de croire encore que la convalescence et l'hydrémie en soient les seules causes. D'après les signes ophthalmoscopiques observés dans la majorité de ces cas de paralysie un problème nouveau se présente tout naturellement à l'esprit, et l'on doit se demander si ces paralysies ne sont pas le résultat d'une altération des parties centrales du système nerveux, dans le cerveau et dans la moelle, et quelles sont ces altérations.

(*A suivre.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Guérison spontanée et rapide d'une cataracte traumatique.

Par le docteur Brière, chirurgien-oculiste de l'hôpital du Havre.

Dans une très-belle leçon sur les cataractes traumatiques, faite en 1872 à l'hôpital de la Charité, M. le professeur Trélat, résumant les résultats que l'on obtient par l'intervention chirurgicale, arrivait à cette conclusion fort juste que c'est par les demi-succès et les insuccès pleins que se règle le bilan de la thérapeutique opératoire des cataractes traumatiques. Car, dans ces cas, on fait trop souvent ce qu'on peut, et non pas toujours ce qu'on veut; rien n'étant plus varié que les blessures de l'œil, et chaque cataracte traumatique offrant ses difficultés particulières.

Le cas suivant prouve que l'expectation est, chez certains malades, meilleure que l'intervention et que la nature opère parfois, mais parfois seulement, aussi bien, sinon mieux, que le plus habile opérateur :

Le jeune C..., âgé de douze ans, est apprenti cordonnier. Il travaillait devant un établi, entre son patron et un autre ouvrier, quand il a senti tout à coup « que son œil le piquait ».

Cet enfant, d'une intelligence légèrement obtuse et atteint en outre d'un bec de lièvre double avec division de la voûte palatine, continua l'ouvrage commencé et, le soir seulement, de retour chez lui, se plaignit à son père de la douleur que lui causait son œil.

Amené chez moi, le lendemain, trente heures après l'accident, je constatai au centre de la cornée droite une plaie en V à sommet supérieur. Entre les jambages du V, à la place qu'aurait dû occuper la pupille je trouvais une petite masse blanchâtre faisant saillie dans la chambre antérieure et formée par une partie des couches corticales du cristallin qui avait fait hernie à travers la cristalloïde divisée légèrement, juste au centre de la pupille, par le corps étranger. Le sphincter pupillaire était déjà solidement agglutiné à la cristalloïde. Injection perikératique intense. Douleurs modérées.

Je déclarai au père que la blessure était grave, mais non sans espoir. Le père eut toutes les peines du monde à croire que son fils avait été blessé. En examinant le marteau de l'ouvrier, qui travaillait à droite de l'enfant, on reconnut qu'une bavure s'en était détachée depuis peu de temps.

Voyant que la discision de la capsule avait été faite d'une façon très-heureuse par le corps étranger et considérant que chez un enfant aussi jeune la résorption du cristallin pourrait se faire facilement, je résolus de rester simple spectateur et de n'intervenir, pour extraire le cristallin, que si l'œil menaçait de se perdre.

Ce fut pour la forme que je prescrivis quelques gouttes d'atropine et de la pommade à l'oxyde noir de cuivre. Je ne ferai pas l'honneur à ce traitement de croire qu'il fut pour quelque chose, ou du moins pour beaucoup dans la guérison de cet œil.

Je revis le malade tous les jours pendant la première huitaine. Des masses corticales flottaient dans l'humeur aqueuse et se résorbaient peu à peu; l'œil se maintenait dans le même état.

Quinze jours après l'accident, il ne restait plus de cristallin; la pupille était noire, grande comme la tête d'une très-forte épingle, le sphincter pupillaire restant toujours soudé à sa périphérie.

Par ce trou sténopéique l'enfant reconnaissait facilement l'heure à la montre, et avec un verre + 2 3/4 lisait des caractères de 3 millimètres. C'était un résultat que j'aurais pu ambitionner si j'étais intervenu dans un cas aussi délicat.

Mais si la nature ou plutôt le corps vulnérant qui a causé cette cataracte leur a fourni en même temps les moyens de se résorber, il ne faut pas s'empresser de lui délivrer un brevet d'invention. Dans deux autres cas que j'ai observés dernièrement, la discision accidentelle de la capsule a été trop étendue et la réaction inflammatoire trop vive.

L'un de ces jeunes malades a perdu rapidement son œil par panophthalmite, et chez l'autre malade, jeune aussi, l'accident s'est terminé par une occlusion pupillaire complète à laquelle je pourrai remédier par une iridotomie quand l'incendie intra-oculaire causé par la blessure sera totalement éteint.

La conclusion que je peux néanmoins tirer du fait ci-dessus est que chez un enfant atteint de cataracte traumatique il ne faut pas se hâter d'intervenir quand la discision a été faite par le corps vulnérant comme nous la faisons dans les cataractes congénitales.

En 1855, M. Letenneur a communiqué à la société médicale de la Loire-Inférieure un cas absolument semblable au mien, chez un jeune homme de dix-neuf ans (voir *Annales d'oculistique*, t. 43, p. 50), et qui s'est terminé par la guérison après un traitement *naturel* de vingt-deux jours.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 10 juillet 1875 (1). — Présidence de M. Cl. Bernard.

COMMUNICATION

Influence de la faradisation du cerveau sur les contractions musculaires. — M. Dupuy communique une note au sujet d'expériences qu'il a entreprises récemment sur le cerveau du chien et du cobaye. Il annonce qu'il croit que dans les deux expériences rapportées, on doit rattacher la cause des mouvements observés dans différents groupes musculaires à la suite de l'électrisation faradique de différents points de l'écorce des circonvolutions cérébrales, comme chacun sait que cela a lieu, non pas à la mise en activité des cellules de cette écorce mais à celle des fibres nerveuses qui vont de la pie-mère dans l'épaisseur du cerveau, soit toutes seules, soit en accompagnant les vaisseaux sanguins. Il croît que c'est à la contraction brusque des vaisseaux qu'il faut attribuer la cause qui fait contracter les muscles. Il semble donc placer dans la pie-mère le centre dont l'influence sur les muscles a été constatée par Fritlaz et Hitzig, et ensuite par Ferrier, et localisé par eux dans l'écorce des circonvolutions.

Séance du 17 juillet 1875. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Action toxique des sels de cuivre. — M. Galippe a entrepris une série d'expériences sur l'action toxique des sels de cuivre. Il a fait prendre à un chien pendant cent vingt-quatre jours de l'acétate neutre de cuivre. Dans cet espace de temps, ce chien a pris 71 grammes de ce sel. Il a succombé à une affection pulmonaire constatée à l'autopsie par M. Lépine. Le foie, qui a été soumis à l'analyse, contenait 33 centigrammes de cuivre à l'état métallique.

Un autre chien a pris en une seule fois 4 grammes d'acétate neutre de cuivre. Il a eu des vomissements, puis n'a plus éprouvé d'autres accidents. Le jour suivant, il en a pris 5 grammes; les vomissements se sont reproduits, puis le chien est redevenu bien portant.

A un autre chien M. Galippe a fait prendre, en lavement, 5 centigrammes d'acétate de cuivre, avec 100 grammes d'eau: pas d'accidents toxiques. Il a répété un grand nombre de fois ces expériences, et il croit pouvoir en conclure qu'il est impossible d'empoisonner un chien avec l'acétate neutre de cuivre, à moins que, comme dans la première expérience, on en donne pendant fort longtemps de suite des doses assez fortes.

M. Rabuteau a eu l'occasion d'administrer à des animaux de l'iodate et du bromate de cuivre, et, contre son attente, ces animaux n'ont pas éprouvé d'accidents toxiques.

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 juillet.

Paralysie arsenicale. — M. Scolozuloff (de Moscou) a fait un grand nombre d'expériences sur les effets de l'arsenic chez les animaux, et en particulier sur la paralysie arsenicale qui se produit chez eux sous l'influence d'injections hypodermiques d'arséniate de soude.

De la relation de l'ictère avec les lésions des canalicules biliaires microscopiques intralobulaires et interlobulaires. — M. Cornil a communiqué à la Société de biologie, en 1871, un fait d'ictère grave provenant de la clinique de M. Sée dans lequel les canaux biliaires intralobulaires étaient remplis de cellules d'épithélium qui n'y existent pas à l'état normal. Il n'y avait là un véritable catarrhe des canaux biliaires les plus fins qui pénètrent à la périphérie du lobule dans sa moitié externe. Plus tard, il y a deux ans, il a montré à la société des préparations de cirrhose dans lesquelles le tissu conjonctif scléreux présentait un réseau très-remarquable des canalicules biliaires entre les lobules plus ou moins atrophiés. Il s'agissait presque toujours, dans ces derniers cas, de cirrhoses hyperthrophiques avec ictère et avec un développement considérable de tissu conjonctif entre les lobules.

Dans la cirrhose hypertrophique, l'examen microscopique rend très-bien compte de la rétention de la bile. En effet, on voit alors dans les bandes de tissus fibreux de nouvelle formation qui séparent les lobules, des canaux assez volumineux à leur centre et des réseaux de canaux très-petits, à mailles très-fines à mesure qu'on se rapproche de la périphérie des îlots hépatiques. Dans les canaux volumineux qui représentent les canaux biliaires interlobulaires préexistants, on trouve des cellules cylindriques formant une couche continue en dedans de la membrane d'enveloppe et laissant à leur centre une cavité remplie de cellules desquamées. Dans les petits canaux à mailles étroites qui représentent les canaux interlobulaires et qu'on trouve à la périphérie du lobule hépatique dans la zone du tissu scléreux qui confine à ce lobule, les cellules sont, au contraire, allongées dans le sens de la direction du conduit, et elles se moulent sur la cavité. Dans les petits conduits, par exemple, dont le diamètre est de 5 à 8 millièmes de millimètre, conduits qui ne possèdent pas de membrane propre et qui sont creusés directement dans le tissu fibreux, il existe soit des cellules disposées bout à bout qui se moulent dans la cavité, soit deux cellules de front.

Lorsque le conduit est assez étroit pour être rempli par une seule cellule, celles-ci sont allongées dans le sens du conduit et possèdent un noyau ovoïde. Lorsque le conduit est rempli par des cellules disposées aussi bout à bout et deux à deux, ces cellules s'aplatissent l'une contre l'autre, et l'on pourrait, en les voyant, croire qu'on a sous les yeux un capillaire sanguin. Mais l'erreur est impossible parce que, sur les préparations, on sent très-facilement le trajet de ces canaux qui se rendent directement dans un conduit biliaire à cellules cubiques ou cylindriques très-caractéristiques. On comprend très-facilement que des conduits biliaires ainsi obtrués et remplis par des cellules établissent une barrière entre la cellule hépatique sécrétante et le conduit biliaire interlobulaire, et qu'il y aura rétention de la bile en pareil cas. C'est, en effet, ce qui a lieu, et l'ictère s'explique très-aisément.

On peut observer sur une série de maladies du foie des faits analogues ou comparables dans les lésions hépatiques accompagnées d'ictère.

L'ictère grave est une des formes de l'hépatite parenchymateuse, et nous venons de voir que le catarrhe des voies biliaires pouvait expliquer la rétention de la bile. Dans une autre forme de l'hépatite parenchymateuse, dans l'empoisonnement par le phosphore, on a noté en Allemagne un catarrhe des voies biliaires interlobulaires.

J'ai examiné cette année plusieurs cas d'hépatite parenchymateuse due à des fièvres graves, à la variole par exemple et à la fièvre puerpérale, et j'ai trouvé les mêmes phénomènes du côté des canaux interlobulaires.

Ainsi, dans une péritonite puerpérale très-aiguë et aussi très-récente, où le foie avait cette flaccidité avec coloration grise et état granuleux, trouble des cellules hépatiques qui sont les caractères essentiels de l'hépatite parenchymateuse, les sections minces du foie durci ont montré une grande quantité de cellules lymphatiques

dans les espèces de tissu conjonctif qui séparaient les lobules du foie. En même temps que cette inflammation diffuse et aiguë du tissu conjonctif, il y avait un remplissage complet des canaux biliaires interlobulaires par des cellules épithéliales tuméfiées, c'est-à-dire un catarrhe des voies biliaires. Cet état explique l'ictère qui se rencontre quelquefois dans les accidents puerpéraux.

La même chose avait eu lieu dans un cas de variole hémorrhagique. Nous devons remarquer, toutefois, que l'ictère n'a pas toujours lieu, bien qu'on puisse constater, en certains endroits du foie, la lésion des canaux biliaires qui précède. Pour que l'ictère se montre, il faut qu'il soit généralisé. La même remarque s'applique aux tumeurs du foie qui intéressent les voies d'excrétion de la bile.

Ce que nous venons de dire de l'hépatite parenchymateuse s'applique de tous points aux différentes variétés de l'hépatite interstitielle suppurative.

Dans un cas de kystes par dilatation de conduits biliaires, kystes remplis de sable bilieux et de cholestérine, il y avait, autour de ces petits kystes, une véritable cirrhose partielle et, dans le tissu conjonctif de nouvelle formation qui séparait les îlots autour de la petite tumeur kystique, M. Cornil a trouvé des canaux biliaires anastomosés comme dans la cirrhose.

Les lésions des canalicules biliaires observées dans les tumeurs hépatiques sont à peu près les mêmes que celles qu'il vient de relater, et qui se rapportent à l'inflammation.

Ainsi il a eu l'occasion d'étudier un foie de leucocythémie provenant de la clinique de M. le professeur Sée, et dans lequel, avec une lésion amyloïde des parois des capillaires, il y avait une grande quantité de tumeurs leucémiques du foie. Ces néoformations de tissu réticulé suivaient très-régulièrement la capsule de Glisson et le tissu conjonctif périlobulaire.

Au milieu de ce tissu de nouvelle formation, les canalicules biliaires périlobulaires étaient remplis de cellules épithéliales volumineuses et desquamées au milieu de la lumière du canal. Il y avait une véritable inflammation catarrhale des voies biliaires et une rétention de bile dans les lobules. L'ictère avait paru à la peau pendant les derniers jours de la maladie, et à l'examen histologique du foie, les cellules hépatiques du centre des îlots étaient infiltrés de pigment biliaire.

Dans le cancer du foie qui se développe secondairement par îlots, les vaisseaux biliaires sont presque toujours compromis de la même façon parce que la propagation du carcinome s'effectue surtout par l'intermédiaire des rameaux de la veine-porte très-voisins des voies biliaires dans le tissu conjonctif interlobulaire. Waldeyer a montré la participation des voies biliaires au développement du carcinome du foie, et, en effet, on peut constater facilement les altérations des cellules épithéliales contenues dans ces canaux lorsqu'ils sont compris dans une partie dégénérée.

M. Cornil a vérifié ce fait dans un cas de carcinome mélanique généralisé au foie, observation recueillie à la clinique de M. le professeur Gosselin et qui a été insérée dans les Comptes rendus de la Société anatomique. Là, certains îlots hépatiques étaient complétement transformés en îlots de carcinome mélanique, des cellules à gros noyaux et pigmentées, occupant la place des réseaux de cellules hépatiques : la forme de l'îlot, la disposition de ses vaisseaux étaient conservées et à sa périphérie on voyait les canaux biliaires disposés circulairement. Dans l'intérieur de certains de ces canaux bilaires, très-faciles à reconnaître par leur forme, leur disposition et leur situation, il y avait, à la place de petites cellules cubiques, de grosses cellules à noyaux et à nucléoles volumineuses dont quelques-unes possèdaient du pigment brun.

Il a examiné tout récemment un autre fait de carcinome généralisé au foie provenant aussi du service de M. Gosselin. Dans ce cas, les nodules secondaires présentaient constamment à leur centre des vaisseaux biliaires volumineux, distendus par une accumulation de cellules cylindriques.

Il pourrait multiplier les exemples de ce genre; mais il lui suffira de dire que dans ces propagations de tumeurs au foie, les canaux biliaires interlobulaires contenus dans les néoformations sont toujours altérés, soit qu'ils présentent seulement des signes de catarrhe avec formation nouvelle de cellules épithéliales et rétrécissement ou oblitération de leur lumière, soit qu'ils se remplissent de cellules qui reproduisent le type de celles du carcinome.

Dans tous ces cas, il y a ictère par oblitération des canaux microscopiques interlobulaires, et par rétention de la bile toutes les fois que la maladie est généralisée à un nombre suffisant de canaux.

Il résulte des analyses histologiques qui précèdent et qui doivent être continuées, que la cause de l'ictère est presque toujours une rétention biliaire. Cette rétention s'effectue dans les plus petits canaux biliaires interlobulaires oblitérés par une formation nouvelle de cellules dans une série de cas où l'on faisait intervenir pour l'expliquer une altération primitive ou secondaire du sang.

M. HAYEM demande à M. Cornil s'il a remarqué qu'il existât une relation quelconque entre l'état des canaux biliaires qui se trouvent à la périphérie ou pénètrent même dans l'intérieur du foie et celui des cellules hépatiques elles-mêmes. Il a cru remarquer qu'en l'absence de lésions des canaux biliaires, les cellules hépatiques étaient en général remarquablement conservées. Tandis qu'au contraire ces cellules se trouvaient altérées quand elles se trouvaient en contact avec des canaux biliaires malades, en particulier dans les cas de rétention de la bile.

M. CORNIL, dans un certain nombre de cas analogues à ceux dont parle M. Hayem, a, en effet, noté des altérations particulières des cellules hépatiques, en particulier la dégénérescence graisseuse ou la stéatose de la cellule. Il est disposé à admettre que ces altérations existaient pendant la vie. D'autres fois, les cellules elles-mêmes sont infiltrées par la bile, et dans l'intérieur même de la cellule se trouvent des granulations graisseuses.

M. HAYEM dit avoir également constaté ces lésions, et il a fait cette remarque, au point de vue clinique, que pour qu'une affection hépatique permît aux malades de vivre des années, il fallait avant tout qu'il n'y eût pas de rétention de la bile. Dans les cas où cette rétention existe, les malades tombent promptement dans un état cachectique, et c'est dans ces cas que l'on doit trouver les cellules hépatiques elles-mêmes altérées.

M. RANVIER dit qu'on sait depuis longtemps que la bile a la propriété de détruire les globules rouges du sang, mais il n'a jamais été démontré qu'elle eût la moindre action sur les cellules hépatiques elles-mêmes, et il a vu bien souvent des foies chargés de matière biliaire qui ne présentaient aucune altération des cellules.

M. HAYEM n'a pas voulu parler d'action chimique de la bile sur les cellules hépatiques, mais bien des effets de la rétention de la bile sur les altérations constatées dans les cellules hépatiques.

Expériences sur le caméléon. — M. PAUL BERT a pratiqué plusieurs expériences sur un caméléon. Il lui a enlevé d'abord l'œil droit et a remarqué que, sous l'influence d'une excitation quelconque, l'animal changeait de couleur du côté gauche. Il a enlevé l'autre œil, il changeait alors de couleur des deux côtés. Il enleva ensuite l'hémisphère cérébral droit, il continuait à changer de couleur. Il coupa la moelle de façon à produire une paralysie des membres postérieurs; l'animal étant paralysé des membres postérieurs et privé de l'hémisphère cérébral droit, continuait à grimper à l'aide de son membre antérieur gauche, le droit restant inerte. Le lendemain, M. Bert enleva l'autre hémisphère cérébral; il constata alors une exagération notable des mouvements réflexes; l'animal se servait de ses deux pattes antérieures pour grimper.

On sait que le caméléon a la propriété de changer de couleur très-facilement et de prendre une coloration se rapprochant du milieu ambiant. C'est ainsi que, lorsqu'il monte sur un palmier, il paraît gris dans les branches et vert dans les feuilles. En outre, cet animal peut fixer deux objets à la fois : il est doué, pour ainsi dire, de deux attentions. Par exemple, si d'un œil il guette une sauterelle ou un un objet quelconque propre à attirer son attention, de l'autre œil il surveille parfaitement les mouvements que l'on fait à côté de lui. Il semble qu'il existe deux animaux dans le même caméléon.

M. HÉNOCQUE demande à M. Bert s'il a constaté l'existence, chez le caméléon, de l'entre-croisement des nerfs optiques.

M. PAUL BERT répond que cette question n'a pas encore été résolue par lui, mais qu'elle pourra l'être facilement.

Action de l'oxygène comprimé sur les fruits murs. — M. PAUL BERT montre des cerises et des groseilles qui ont été soumises à l'action de l'oxygène comprimé. Ces fruits présentent les mêmes conditions que lorsqu'ils ont été soumis à la coction.

M. LE PRÉSIDENT consulte la société sur la question de savoir si, comme les années précédentes, elle suspendra le cours de ses séances pendant les mois d'août et de septembre.

La société décide qu'elle prendra ces deux mois de vacance.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Programme des prix proposés pour les années 1875, 1876, 1877 et 1878 (Fin).

PRIX BORDIN

Question proposée pour l'année 1875.

Étudier comparativement la structure des téguments de la graine dans les végétaux angiospermes et gymnospermes.

Les enveloppes de l'embryon, qui constituent les téguments de la graine, doivent leur origine aux diverses parties de l'ovule; mais ces parties ont subi de très-profondes modifications pendant le développement de la graine et de l'embryon qu'elle renferme.

L'Académie demande aux concurrents d'étudier, dans les graines dont les téguments présentent à l'état adulte les différences les plus notables, les changements qui s'opèrent dans les diverses parties de l'ovule, primine, secondine et nucelle, chalaze, micropyle et mamelon micropylaire du nucelle, depuis le moment de la fécondation jusqu'à la maturité de la graine.

Ces recherches doivent comprendre non-seulement les graines des végétaux angiospermes, mais celles des gymnospermes (conifères, cycadées et gnétacées) qui ont été moins étudiées à ce point de vue; les premières, quoique ayant été l'objet de recherches partielles assez nombreuses et particulièrement d'un travail intéressant de M. Ad. Targioni-Tozzetti (*Memorie della Accademia delle Scienze di Torino*, t. XV, 1855), méritent cependant un examen plus étendu et plus complet.

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, relatifs à cette question, en français ou en latin, ont dû être adressés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1875. Dans le cas où le sujet ne serait pas traité d'une manière satisfaisante, la question serait maintenue au concours pour le 1er juin 1876.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs.*

PRIX BORDIN

Question proposée pour l'année 1877

Étudier comparativement la structure et le développement des organes de la végétation dans les lycopodiacées.

Les concurrents devront examiner la structure des tiges, des racines et des feuilles, dans les divers genres de cette famille et dans le plus grand nombre possible d'espèces différentes.

Ils devront bien déterminer la nature et la disposition des tissus qui constituent ces organes et les changements qu'ils éprouvent depuis le bourgeon jusqu'aux tiges les plus âgées.

Les mémoires présentés devront être accompagnés de dessins et de préparations à l'appui des faits énoncés par leurs auteurs.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs.*

Les mémoires, en français ou en latin, devront être adressés au secrétariat de l'Institut le 1er juin 1877.

GRAND PRIX DE MÉDECINE ET CHIRURGIE

Question proposée pour 1866, remise à 1869, à 1872 et enfin à 1875.

De l'application de l'électricité à la thérapeutique.

Les concurrents devaient :

1° Indiquer les appareils électriques employés, décrire leur mode d'application et leurs effets physiologiques;

2° Rassembler et discuter les faits publiés sur l'application de l'électricité au traitement des maladies, et en particulier au traitement des affections des systèmes nerveux, musculaire, vasculaire et lymphatique; vérifier et compléter par de nouvelles études les résultats de ces observations, et déterminer les cas dans lesquels il convient de recourir, soit à l'action des courants intermittents, soit à l'action des courants continus.

Dans un rapport où elle a exposé les motifs de son jugement, la commission, n'ayant pas pensé qu'il y eût lieu à décerner ce prix, a proposé de proroger le concours à l'année 1875. Ces conclusions ont été adoptées par l'Académie.

Le prix sera de la somme de *cinq mille francs.*

Les ouvrages, écrits en français, ont dû parvenir au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1875.

La souscription des étudiants de l'École de médecine en faveur des victimes des inondations du Midi a produit, comme résultat définitif, la somme de *quatre mille deux cent douze francs.*

Nouveaux Méfaits du taxis forcé, par le docteur Daniel MOLLIÈRE, chirurgien en chef désigné à l'Hôtel-Dieu de Lyon. — In-8° de 16 pages. — Paris, 1875, G. Masson.

Annuaire des eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie, publié par la *Gazette des Eaux*. — 16e année, 1875). — Paris, 1 vol. in-12. Prix : 1 fr. 50. — Gauthier-Villars.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Des quatre orateurs qui, cette fois, ont pris la parole dans la discussion sur le choléra, M. Jules Guérin est sans contredit celui qui s'écarte le plus des opinions régnantes.

Il défend envers et contre tous une théorie presque universellement abandonnée, celle de la *spontanéité* proprement dite et de l'*indigénéité* du vrai choléra en Europe.

C'est aller encore beaucoup plus loin que M. Tholozan : car si celui-ci admet bien quelque chose de spontané dans l'éclosion des épidémies en dehors de l'Inde, il explique cette éclosion par le réveil de germes autrefois importés. De telle sorte qu'en définitive l'origine du choléra se rattacherait toujours à l'Inde.

M. Jules Guérin, au contraire, s'attache à prouver qu'il n'est pas besoin d'un germe exotique. Il insiste avec complaisance sur les faits qui paraissent les plus défavorables aux théories de M. Tholozan, sur des épidémies locales qui se seraient, dit-il, développées d'elles-mêmes dans des cantons où jusqu'alors le choléra était inconnu.

C'est principalement comme œuvre de critique et de controverse que son dernier discours est remarquable. S'attaquant au rapport de M. Woillez sur les épidémies de 1873, il a montré par de frappants exemples tout ce qu'avait parfois d'artificiel et d'inexact le classement des faits invoqués à l'appui d'une théorie adoptée d'avance.

Mais cette démonstration, fût-elle plus complète encore, ne saurait atteindre les doctrines contagionistes, car elles reposent principalement sur tout un ensemble de faits mis en lumière antérieurement au rapport de M. Woillez, et qui ne sauraient être renversés avec lui.

Parmi ces faits, les plus probants sont peut-être ceux que nous avons recueillis nous-mêmes dans notre mission en Égypte lors du choléra de 1865, et que nous avons exposés dans nos rapports à M. Mélier, plusieurs mois avant la réunion de la conférence internationale de Constantinople. Nous avons constaté que, dans toutes les villes, tous les villages de ce pays visités par nous, l'apparition du choléra avait alors exactement coïncidé avec l'arrivée des pèlerins revenant de la Mecque. Nous en avions conclu que ces pèlerinages musulmans étaient un des modes de diffusion du choléra les plus dangereux, et que si l'on prenait des mesures sanitaires pour retarder au moins la marche des épidémies, ce serait surtout sur la mer Rouge qu'il faudrait porter son attention.

C'est-à-dire que nous croyons pleinement à la translation du choléra par les masses d'hommes en mouvement : ce point nous semble indiscutable. Mais il en est bien d'autres qui laissent place au doute. Ainsi rien ne prouve que le choléra ait toujours existé dans l'Inde. Rien ne prouve qu'il ne puisse pas naître spontanément ailleurs, dans quelque autre contrée de l'Asie, etc. Rien ne prouve surtout que les épidémies qui s'étendent jusqu'à l'Europe, partent toujours des mêmes lieux. Enfin la nature différente des choléras sporadiques et nostras n'est pas encore complétement démontrée, malgré les efforts de M. Chauffard; et en attendant, on voit parfois dans les hôpitaux, en dehors de toute épidémie, isolément, des cas de choléra rapidement mortels, tout à fait semblables à ceux de choléra dit asiatique, qu'on attribue à une importation.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Signes ophthalmoscopiques dans les paralysies diphtéritiques (1).

Dans tous les cas de paralysie des membres ou de la face, si le nerf optique et la rétine sont malades, on peut affirmer qu'il y a lésion des méninges de la moelle et du cerveau. C'est là ce qui fait la base de la méthode de cérébroscopie que j'ai fait connaître et ce qui donne à l'emploi de l'ophthalmoscope en médecine une si grande importance. La loi pathologique est formelle. De la névrite et de la névro-rétinite accompagnant les troubles du système nerveux, il faut conclure à l'existence d'une altération nerveuse du nerf dans le crâne jusqu'à son origine et consécutivement d'une altération nerveuse centrale organique.

Comment se produit cette altération dans l'angine simple et dans les angines diphtéritiques? C'est le résultat de l'irritation ascendante des nerfs pharyngés qui se transmet au mésocéphale à l'origine du nerf glosso-pharyngien, irritation qui, selon son étendue, gagne l'origine des nerfs voisins et redescend par eux, soit dans le nerf optique, soit au moteur oculaire externe, soit dans les nerfs des membres, du ventre, ou de la poitrine, pour former des hémiplégies ou des paraplégies,

(1) Fin. — Voir le numéro du 20 juillet.

pour paralyser le diaphragme et les intercostaux de façon à diminuer la respiration et l'hématose. De la névrite pharyngée simple et diphtéritique, se propageant aux origines nerveuses, naît une cause de paralysie secondaire, comme cela se voit dans les plaies des nerfs du sourcil émanés de la cinquième paire. On sait, en effet, qu'à la suite d'une plaie du sourcil, l'inflammation du nerf gagne les centres et redescend dans le nerf optique pour produire une hyperémie de la papille, plus tard suivie d'atrophie et d'amaurose. Pareil phénomène s'observe quelquefois à la suite de certaines affections dentaires qui produisent la névrite du nerf maxillaire supérieur.

D'autres observations et de fréquentes expériences établissent la réalité du fait pathologique de l'influence des lésions périphériques des nerfs sur leur origine centrale. Ainsi, chez tous les vieux amputés, la section du nerf principal a pour conséquence l'atrophie des cellules dans les cornes antérieures de la moelle. Certaines maladies de l'utérus déterminent la paraplégie, les plaies des nerfs produisent souvent le tétanos; j'ajouterai enfin, d'après des expériences de Hayem, que l'arrachement du nerf sciatique produit une myélite parenchymateuse ascendante qui se généralise en quelques mois; que l'arrachement d'un nerf cervical produit une myélite ascendante et descendante; enfin que l'arrachement du facial produit une atrophie du noyau bulbaire ayant une marche descendante jusqu'à la région dorsale. Dans ce cas, les cellules nerveuses sont tuméfiées, leur protoplasma creusé de vacuoles, il est vitreux, la névroglie est remplie de vacuoles semblables, et les tubes présentent une hypertrophie de leur cylindre d'axe. A ces altérations se joint toujours de la périméningite.

Il paraît donc incontestable que des maladies cérébro-spinales peuvent naître sous l'influence de l'irritation périphérique des nerfs cutanés et des nerfs des muqueuses. C'est un groupe intéressant de névroses, de convulsions, ou de paralysies peu étudiées jusqu'à ce jour. Beaucoup de folies sympathiques et de paralysies générales n'ont pas d'autre cause que le médecin doit chercher à découvrir, s'il veut en découvrir le remède. C'est dans ce groupe que je place la paralysie diphtéritique et angineuse, et là c'est la névrite pharyngée qui, en remontant vers le centre cérébro-spinal, est l'origine des accidents.

Après avoir établi que la seule partie du système nerveux que l'on peut étudier pendant la vie, le nerf optique et la rétine, est souvent altérée dans la paralysie diphtéritique, ce qui prouve une lésion semblable des centres nerveux; après avoir démontré que les altérations périphériques des nerfs peuvent atteindre le cerveau et la moelle, il me reste à dire quelles sont les altérations que l'on observe dans les cas où la paralysie diphtéritique est assez grave pour entraîner la mort. Ces cas ne sont pas très-nombreux jusqu'à présent, car ce sont des recherches nouvelles que l'on ne faisait pas jadis, persuadé que l'on était qu'il n'y avait rien à trouver dans le système nerveux. Ce ne sont pas des altérations bien considérables, puisque la paralysie qu'elles entraînent peut guérir assez vite; mais, si petites qu'elles soient, il faut savoir qu'elles existent et les faire connaître à ceux qui les ignorent. Dans un cas, j'ai trouvé l'obstruction du canal central de la moelle dans une grande étendue, de petites hémorrhagies capillaires, et une prolifération nucléaire de la substance grise des cornes antérieures, faits déjà signalés par Buhl; mais, comme ces lésions existent également dans la fièvre typhoïde ataxique et dans quelques paralysies infantiles, j'hésite à me prononcer sur leur signification. Avant de donner à ces résultats une importance absolue qui permette de les considérer comme l'indication de la cause anatomique ou organique des paralysies consécutives à la diphtérite, il faudrait de nombreuses observations identiques. La science ne les possède pas encore et il faut attendre, car les occasions de faire ce genre d'autopsie ne se rencontrent pas tous les jours.

Quoi qu'il en soit, tout concorde de la façon la plus significative pour établir la nature organique des paralysies angineuses et diphtéritiques. La clinique, d'abord, qui montre que dans une foule de cas, des névrites périphériques peuvent s'étendre et remonter jusqu'à l'origine des nerfs dans le centre cérébro-spinal; les vivisections qui montrent l'arrachement des nerfs suivi de myélite centrale; l'ophthalmoscopie qui révèle habituellement une lésion congestive du nerf optique et un exsudat granulo-graisseux rétinien péripapillaire; enfin quelques autopsies qui révèlent dans ces cas l'existence d'une lésion des cornes antérieures de la moelle.

C'en est plus qu'il ne faut pour servir de base et d'appui à la doctrine des lésions cérébro-spinales consécutives à la diphtérite, de préférence à la théorie de l'essentialité des paralysies diphtéritiques. Ni la spécificité ni l'anémie ne peuvent rendre compte de la formation de ces paralysies, comme en rendent compte l'existence de la lésion spinale révélée par les signes ophthalmoscopiques et l'anatomie pathologique.

Ces résultats ont une grande importance thérapeutique. Du moment où l'on peut croire à l'existence d'une névropathie congestive produite par la diphtérite et amenant la paralysie, l'indication des toniques est formelle. Les ferrugineux, le quinquina, le vin, la bonne nourriture, l'électrisation et l'hydrothérapie sont les meilleurs moyens à employer. Parmi ces médications dont l'emploi est maintenant général, l'électrisation et l'hydrothérapie jointes à l'alimentation substantielle sont celles qui me paraissent mériter les préférences. Le fer et le quinquina sont des adjuvants utiles, mais ce ne sont que des adjuvants.

Pour employer l'électrisation dans la paralysie diphtéritique, on peut se servir des courants d'induction. Dans cette espèce de paralysie les courants continus, si utiles dans la paralysie myogénique ou essentielle de l'enfance ne sont pas nécessaires. Il faut faire chaque jour une séance d'électrisation sur le voile du palais, sur les membres et sur les organes paralysés, pendant cinq à dix minutes et avec un courant faible, facilement supportable.

L'hydrothérapie doit également être faite tous les jours deux fois par jour, avec des douches en pluie pendant un quart de minute seulement, afin d'obtenir une réaction prompte et facile. Si on prolonge trop la douche, l'on n'a pas de réaction, et le traitement est alors plus nuisible qu'utile.

L'alimentation enfin doit être faite avec discernement, car, s'il y a paralysie du voile du palais, il faut donner peu d'aliments liquides et de boissons pour éviter leur retour par le nez ou leur pénétration dans les voies aériennes. Elle doit se composer de potages épais, de viandes saignantes et de légumes féculents bien cuits, assaisonnés à la graisse. Avec ce traitement il est rare qu'on ne guérisse pas assez rapidement la paralysie diphtéritique.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. PETER.

Rétrécissement spasmodique de l'œsophage. Pronostic fatal à propos d'une pneumonie de mauvaise nature.

Je voudrais aujourd'hui attirer votre attention sur le cas d'un malade couché au n° 8 de la salle Saint-Antoine. Cet homme, qui m'a été adressé par un de mes collègues de la

Société de médecine de Paris, M. le docteur Gillebert-Dhercourt fils, qui le voyait depuis quelque temps déjà, paraît doué d'un tempérament assez nerveux.

Cet homme, qui exerce la profession de sergent de ville, avale difficilement depuis plusieurs années, et depuis quelque temps surtout, la déglutition est devenue praticulièrement pénible. Il lui arrive assez fréquemment que, sans cause connue, les substances ingérées s'arrêtent en un point de l'œsophage correspondant à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen du sternum, et, s'il ne peut vaincre la difficulté qui s'oppose au passage des aliments, ceux-ci s'accumulent jusqu'à l'arrière-bouche et finissent par être vomis.

Lorsque vous vous trouvez en présence de symptômes aussi évidents, il n'y a pas à douter, vous avez affaire à un rétrécissement de l'œsophage. Mais à quelle cause celui-ci doit-il être rattaché? Est-il le résultat d'une altération organique du tube œsophagien, d'un cancer? ou bien est-il dû à une dégénérescence fibreuse spontanée des parois du conduit alimentaire, c'est-à-dire sans que celle-ci soit le fait d'un traumatisme, et en particulier d'une brûlure. Enfin, le rétrécissement fibreux est-il la conséquence d'une plaie, d'une cicatrice consécutive à l'ingestion d'un liquide corrosif?

Il est évident que nous n'avons pas affaire, dans l'espèce, à l'une de ces altérations de l'œsophage et qu'il s'agit d'une autre sorte de rétrécissement, d'un rétrécissement par spasme, lequel a été décrit sous le nom d'œsophagisme.

Un des caractères de l'œsophagisme, c'est, en effet, d'être intermittent et de durer indéfiniment, et bien que cette affection soit plutôt l'apanage des femmes, en raison de leur tempérament particulièrement nerveux, et qu'elle soit, au contraire, assez rare chez les hommes, il n'est pas douteux que nous n'ayons affaire chez notre malade à un rétrécissement de cette nature.

La première raison à invoquer à l'appui de cette opinion est extrêmement probante : la maladie dure plusieurs années. Or, le cancer de l'œsophage a une durée assez courte, deux, trois, quatre mois, un an au plus. La mort ne tarde pas à arriver par le fait même de la marche du cancer et des troubles profonds qu'une lésion ainsi localisée apporte dans la nutrition.

De même, un rétrécissement fibreux ne met pas tant d'années à parcourir les diverses phases de son évolution. J'en ai, il est vrai, observé un cas intéressant, qui datait d'au moins quatre ans, chez un malade qui a fini par succomber avec des tubercules dans les poumons. Cet homme, qui est ainsi mort tuberculeux, a vécu assez longtemps pour maigrir, s'affaiblir et se tuberculiser par suite des troubles que son rétrécissement avait fait subir aux fonctions de nutrition. Chez lui, la tuberculisation était consécutive à la déchéance de l'organisme, consécutive elle-même aux modifications profondes apportées dans la nutrition.

Une autre raison enfin, pour repousser chez notre malade l'opinion d'un rétrécissement fibreux, c'est le caractère intermittent de l'affection.

Le rétrécissement spasmodique s'observe dans certaines conditions de nervosisme, et voilà pourquoi je vous disais que le sexe jouait un rôle important dans l'étiologie de cette maladie. Vous aurez occasion de voir des femmes qui, sous l'influence d'une émotion vive, sont prises, en mangeant, de contraction spasmodique des fibres musculaires de l'œsophage telle qu'il leur semble qu'elle vont étouffer. Ce phénomène dure un instant, quelquefois quelques minutes, puis tout rentre dans l'ordre. Chez d'autres, le spasme persiste beaucoup plus longtemps, quinze jours, un mois, et ne disparaît que par un traitement particulier.

Ce spasme est alors comme une folie de l'œsophage, c'est-à-dire que ses muscles circulaires se contractent d'une façon incorrecte et désordonnée, de manière à déterminer le rétrécissement du conduit par une véritable crampe de l'organe.

Ce terme de folie de l'œsophage, que j'emploie à dessein, est particulièrement justifié chez notre malade, car ici nous avons réellement affaire à un fou. En le voyant ce matin assez maigre et chétif, je lui demandai si son métier ne le fatiguait pas outre mesure et s'il ne pensait pas obtenir bientôt sa retraite. Il me raconta alors « qu'il avait perdu sa fortune parce qu'il avait été l'objet de la malveillance; » que « c'était lui qui avait inventé les mitrailleuses, mais qu'on lui avait volé son secret. » Enfin il me déclara « qu'il venait de prendre un brevet d'invention pour une découverte qui lui permettrait, au moyen d'un système de leviers et de contre-poids, de se passer désormais de la vapeur », etc. Cet homme, comme vous le voyez, n'est donc rien moins qu'un aliéné, et il est certain qu'il succombera plus tard à la paralysie générale des aliénés, car il a en même temps un délire ambitieux, qui se manifeste par la haute idée qu'il a de son intelligence et de sa valeur personnelle.

Nous avons donc réellement affaire à un rétrécissement spasmodique de l'œsophage, chez un homme nerveux, qui est même plus que nerveux, qui est fou; et si le pronostic de cette affection est peu grave, en revanche, celui de l'état général est formidable.

J'avais l'honneur d'être chef de clinique de Trousseau, quand on lui adressa de la province une pauvre campagnarde qui, depuis quelque temps déjà, ne pouvait plus avaler. Il était, en effet, évident que cette femme, depuis plusieurs semaines que durait sa maladie, avait notablement maigri et perdu de ses forces.

Cependant, en raison des commémoratifs, de l'aspect évident de nervosisme que présentait la malade, Trousseau avait immédiatement diagnostiqué un spasme de l'œsophage. Séance tenante, il demanda une tige élastique, un peu de cire d'Espagne, qu'il façonna lui-même de façon à lui donner la forme d'une olive et improvisa une sonde. Il fit pénétrer avec une certaine difficulté cette bougie de haut en bas dans l'œsophage de la malade, et, immédiatement après l'avoir retirée, il fit boire à celle-ci une tasse de bouillon. La déglutition se fit sans difficulté; le soir, la malade recommençait elle-même l'opération de Trousseau, et le surlendemain retournait dans son village complétement guérie.

Le fait capital, dans le traitement de l'œsophagisme, est de vaincre le spasme. Puis, immédiatement après avoir ainsi violenté les fibres contractées de l'œsophage, on fait avaler un verre de liquide au malade qui, émerveillé de voir la déglutition s'accomplir sans difficulté et convaincu qu'il guérira, prend confiance en soi-même et dans l'avenir.

Instruit par cet exemple, j'ai eu l'occasion d'opérer des guérisons semblables. C'est ainsi que, d'un pays situé dans les environs de Paris, on m'envoya un homme qui ne pouvait avaler aucun aliment et qui, quelques jours après, retournait chez lui guéri par le procédé de Trousseau.

Tout récemment encore, vous avez pu voir à la consultation une jeune femme qui m'avait été adressée pour un rétrécissement persistant de l'œsophage. Elle était quelquefois des semaines sans pouvoir presque rien avaler, et à mesure que l'affection devenait plus ancienne, le rétrécissement allait croissant. Je pratiquai chez elle le cathétérisme de l'œsophage,

après m'être assuré qu'aucun obstacle réel n'arrêtait la sonde, et que la seule difficulté qui s'opposait à son passage était une difficulté crampoïde, spasmodique, laquelle pouvait être facilement surmontée sans que cet effort fît saigner la malade, je diagnostiquai un rétrécissement spasmodique. Elle nous raconta, en effet, que quelques années auparavant, elle avait perdu la voix pendant trois mois, c'est-à-dire qu'elle avait eu une paralysie des muscles phonateurs, au lieu d'avoir une contracture des muscles œsophagiens. Le diagnostic se trouvait donc confirmé. Après l'introduction de la sonde œsophagienne, cette femme a pu, pendant huit jours, manger sans éprouver la moindre gêne dans la déglutition; puis les troubles reparurent. Je pratiquai de nouveau le cathétérisme, et j'appris à la malade à se servir de la sonde. A partir de ce moment, le spasme n'a jamais reparu et ne reparaîtra probablement pas, car la malade a foi dans sa bougie et sait le moyen de faire disparaître le rétrécissement s'il se représente.

Enfin, j'ai eu occasion de voir dans ces derniers temps, une dame qui éprouvait également les plus grandes difficultés pour avaler. Les accidents étaient survenus chez elle après une saison intempestive sur les bords de la mer.

C'est à dessein que je me sers de cette expression de « saison intempestive ». Il est de mode aujourd'hui, chez les gens riches, d'aller tous les ans passer quelques mois aux bains de mer. Or cette habitude peut être mauvaise pour certains individus, parce que l'eau et l'air de la mer étant des moyens de médication très-énergiques, peuvent, lorsqu'ils sont intempestivement mis en œuvre, nuire à la santé de ceux qui y ont recours sans en avoir besoin. Les personnes nerveuses se trouvent parfois en effet très-mal des bains et de l'air vif de la mer. Ce qu'il leur faut, c'est l'air moite et tempéré des vallées, et non l'air excitant des côtes marines. Par exemple, il n'est pas rare de voir survenir chez certaines gens, à la suite d'un séjour aux bains de mer, un éréthysme nerveux tel qu'il leur est impossible de trouver un moment de sommeil.

Cette dame avait donc été inopportunément prendre des bains de mer, et c'est, en effet, à partir de ce moment qu'elle commença à éprouver une excitation nerveuse extrême et que la déglutition devint difficile. En raison de cet état de nervosisme, je crus à l'existence d'un rétrécissement spasmodique de l'œsophage, et je conseillai des injections de morphine, des bains de tilleul prolongés et le séjour dans une vallée.

Ce fait, que vous croyez si simple, ne l'est pas tant que vous pensez, car on s'y était trompé. Après avoir pratiqué le cathétérisme, on avait cru à un cancer de l'œsophage et pronostiqué une terminaison fâcheuse prochaine. Cependant la morphine, la valériane, les bains prolongés, ont calmé cette malade et son œsophage : elle avale facilement maintenant et a repris en partie son embonpoint primitif et ses forces.

Deux mots à présent d'un autre malade couché au n° 13 de la même salle, qui se meurt en ce moment d'une pneumonie du sommet, et à l'occasion duquel l'un de vous m'avait demandé pourquoi, dès l'abord, j'avais cru devoir porter un pronostic fatal.

C'est qu'en effet la maladie ne datait que de trois ou quatre jours seulement, et que cet homme présentait déjà un des symptômes les plus graves, la paralysie de la sensibilité réflexe de la trachée artère. Vous savez que certains agonisants font entendre un bruit particulier, qu'on désigne, de toute antiquité, sous le nom de *râle*. Ce râle des agonisants n'est autre que la mort de la membrane muqueuse qui tapisse les parois du conduit aérien. Avant que le cœur, cet *ultimum moriens*, comme l'appelaient les anciens, ait battu son dernier battement, certains organes ont déjà fini de vivre. On meurt par les glandes lacrymales, par les glandes de l'œsophage, de l'intestin, etc., avant de mourir par son cœur. Il en est de même pour la trachée artère. La muqueuse du canal aérien est animée de sensibilité réflexe, qui fait que l'on tousse quand des corps étrangers viennent irriter un des points de cette membrane, et le rejet des corps étrangers, des crachats, etc., se fait alors par expuition. Cette sensibilité a même pour effet d'empêcher tout gaz, qui n'est pas un gaz aérien, de pénétrer dans le poumon. Eh bien, l'individu qui fait entendre ce râle dû au va-et-vient des mucosités entraînées par l'air inspiré et expiré, et qui n'éprouve pas le besoin de cracher, est un individu dont la muqueuse trachéale a perdu sa sensibilité réflexe et quand cette sensibilité réflexe est morte, vous pouvez dire que le cas est formidable.

De plus, les crachats que le malade avait expulsés la veille au soir étaient diffluents, semblables à du jus de pruneaux, composés de mucus et surtout de sang presque pur, au lieu d'être visqueux, adhérents au vase et simplement colorés en rouge par l'hématine, comme dans la pneumonie franche. Chez lui, l'hépatisation grise était déjà réalisée.

Enfin, au lieu d'avoir la peau moite, chaude, indice d'une crise et d'une guérison prochaines, cet homme était couvert d'une sueur visqueuse, signe d'une terminaison fâcheuse.

A la percussion, notre pronostic était confirmé. Les deux tiers inférieurs du poumon gauche donnaient lieu à une matité considérable, et dans ce point, l'oreille percevait un souffle tubaire énorme, mêlé non plus de crépitations fines, à bulles plus ou moins volumineuses, mais accompagnées, au contraire, de craquements énormes, presque de gargouillement. La maladie était réellement à la période d'hépatisation grise. Ce matin, le pouls est remarquable par son excessive petitesse et le malade va succomber.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 juillet 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des épidémies observées pendant l'année 1874 dans les départements de Saône-et-Loire, de l'Ariége, dans les arrondissements de Saint-Brieuc, Dinan, Loudéac et de Vassy (commission des épidémies).

2° Le rapport général de M. le docteur Gubeau sur les eaux minérales de la Motte-les-Bains (Isère). [commission des eaux minérales].

3° Une formule sous pli cacheté présentée par M. Lambert pour la préparation du vin de quinquina. (Accepté.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire sur la variole congénitale, par M. le docteur Bourdin.

2° Un mémoire intitulé : *De la vaccination et de la vaccine*, par M. le docteur Jacquez de Lure (commission de vaccine).

3° Une note sur les *morts nés à Marseille pendant une période de dix ans*, par M. le docteur Maurin (commission d'hygiène de l'enfance).

PRÉSENTATIONS

M. Béhier présente, de la part de M. le docteur Bonnemaison (de Toulouse), un volume intitulé : *Essais de clinique médicale*.

M. Broca présente, en son propre nom et en celui de M. Beaugrand, un ouvrage posthume du professeur Gerdy, publié par eux sous le titre de : *Mélanges d'anatomie, de physiologie et de chirurgie*.

M. GUBLER offre, de la part de l'auteur, M. le docteur Garrigou, une *Étude chimique sur la source de Challes* (Savoie).

M. LABOULBÈNE dépose sur le bureau une brochure intitulée : *De la forcipressure*, par MM. Deny et Exchaquet, d'après les leçons de M. le docteur Péan.

M. LARREY présente, de la part de M. le docteur Houzé de l'Aulnoit, un opuscule intitulé : *Expériences sur la force élastique des bandes et des tubes en caoutchouc par la méthode des poids.*

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre associé étranger. La commission présente :

1° En première ligne, M. Ooker (de Londres);

3° En deuxième ligne *ex æquo*, MM. Christison (d'Édimbourg) et Louis Porta (de Pavie).

Sur soixante votants, majorité 31.

M. Ooker obtient 57 suffrages, M. Christison 2 et M. Porta 1.

En conséquence, M. Ooker est élu membre associé étranger.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA.

M. JULES GUÉRIN, reprenant la question au point où elle en était restée l'année dernière, s'attache à démontrer que M. Woillez dans son rapport sur les épidémies de 1873, a présenté les faits tout autrement qu'ils ne s'étaient passés. Avant l'épidémie du Havre, il y avait eu non-seulement des diarrhées nombreuses, mais de véritables choléras dans un certain nombre de départements : M. Woillez n'en a pas parlé, voulant se conformer aux croyances régnantes sur le choléra, il a tenu à faire arriver par importation cette maladie dans la ville du Havre, et de là dans toutes les localités où elle a paru.

« Je ne suivrai pas, dit M. Guérin, dans tous leurs détails, les diverses manifestations du choléra autour du Havre et dans toutes les localités avec lesquelles cette ville est en rapport. Je me bornerai à dire que partout où il s'est montré, au complet, il avait été précédé par les manifestations ébauchées de la maladie; comme dans les autres parties de la zone cholérique où il n'a pas fait explosion; ces ébauches continuant à témoigner de l'influence épidémique à son premier degré.

Mais il est une contrée plus intéressante à examiner, au double point de vue de la manière dont la commission a fait pénétrer le choléra du Havre dans le Calvados, et de l'immunité constante et exceptionnelle de la localité qui aurait dû être la première à le recevoir.

Voici comment M. Woillez explique l'importation du choléra dans le Calvados.

« C'est par le petit port de Bretteville-sur-Laize, situé à 16 kilo-« mètres de Caen, que l'épidémie a pénétré dans le Calvados. C'est « un bourg de 1,062 habitants, qui, par son commerce considérable « de cuirs verts et d'objets de tannerie, entretient avec le Havre de « continuelles relations. Épargné par le choléra en 1866, ce qu'on « attribuait légèrement à l'influence préservatrice des tanneries, « Bretteville fut cruellement éprouvé en 1873 dans les mois de « *juillet* et *août*. En vingt jours trente habitants furent frappés, et « dix-sept moururent du choléra. Les *vieillards* et les *enfants* « furent *particulièrement* atteints, et il y eut trois cas de mort « presque foudroyante. »

Ce passage, que l'Académie veuille bien le remarquer, offre jusqu'à chaque mot, une circonstance intéressante à noter.

« Bretteville fut cruellement éprouvé dans les mois de *juillet* et d'*août*. » Or le premier décès cholérique authentique du Havre est du 3 août : le choléra du Havre n'avait donc pu porter ses ravages dans le courant de juillet à Bretteville-sur-Laize. Comme l'agneau de la fable il pouvait dire : *Je n'étais pas né.*

Pour bien comprendre comment le système d'importation arrange les faits, je demande à l'Académie la permission d'indiquer sur le tableau la position géographique du prétendu port de Bretteville par rapport au littoral et par rapport au Havre.

Comme on le voit, Bretteville-sur-Laize, situé à plus de 32 kilomètres du littoral entre Falaise et Caen, et à 16 kilomètres de ce dernier, sur le petit ruisseau de la Laize, affluent de l'Orne, large de quelques mètres seulement, n'a donc pas de port et il n'a jamais reçu, ni pu recevoir de bâtiments du Havre. Cette seconde méprise ne rappelle-t-elle pas le Pirée transformé en homme ?

Mais ce n'est pas tout: le choléra du Havre ne se montre pas seulement à Bretteville avant d'être né au Havre, il n'y arrive pas seulement par un port qui n'existe pas, par un ruisseau qui ne comporte pas de bâtiments, il vient s'installer dans un pays *épargné par le choléra de 1866*. Cette dernière particularité va plus loin qu'on ne pense.

En 1850, lorsque j'avais été chargé de faire le rapport général du choléra sur les épidémies de 1832 et de 1845, mon ami M. Tholozan ici présent, et qui voulait bien me prêter son concours, a pointé, en couleurs diverses, sur toutes les cartes que voici, les localités envahies par les deux premières épidémies. Or Bretteville fut précisément épargné en 1832 et 1845. Le rapport dit qu'il conserva son immunité en 1866. Voilà donc une localité exempte de choléra jusqu'à 1873, et qui devient tout à coup, sans importation et sans germes laissés par des épidémies précédentes, le théâtre d'une épidémie meurtrière. Ni importation, ni révification de germes : l'Académie voudra bien s'en souvenir.

Enfin « les *vieillards* et les *enfants*, dit le rapport, furent particulièrement atteints ». La prédilection du choléra pour les enfants et les vieillards, continue donc à se manifester aussi bien au début des épidémies qu'avant leur explosion.

La seconde particularité, qui signale l'extension de l'épidémie du Havre au Calvados, particularité que la commission eût bien fait de signaler, c'est l'immunité, si exceptionnelle de Trouville : Trouville en rapport quotidien, que dis-je! en rapport de tous les instants avec le Havre par ses bateaux à vapeur, pour les baigneurs et les passagers. Or comment le choléra du Havre, qui n'a pu s'étendre au Calvados que par un port situé à 32 kilomètres du littoral, par des bateaux qui n'ont jamais navigué, comment n'a-t-il pas pris le chemin de Trouville si bien placé pour le recevoir ? »

Poursuivant cette discussion détaillée du rapport de la commission, M. Jules Guérin en arrive au choléra de Paris, et il reproche particulièrement à M. Woillez d'avoir passé presque complétement sous silence les faits nombreux relatés par M. Besnier dans ses rapports mensuels à la Société médicale des hôpitaux. Ces faits prouvent que le choléra a apparu à peu près simultanément dans la plupart des arrondissements et dans la plupart des hôpitaux. Les douze premiers cas en ont été observés à l'hôpital Saint-Louis et se sont développés dans les salles. Ils n'étaient donc pas le résultat d'une importation.

M. Jules Guérin conclut en ces termes :

« De l'examen auquel je me suis livré du rapport de la commission des épidémies sur le choléra de 1873, mis en présence des faits observés pendant cette épidémie, il résulte :

1° Que, contrairement à la doctrine de l'importation, les différentes contrées de la France sont restées, pendant plusieurs mois, si ce n'est plus d'une année, en rapport quotidien avec différentes contrées du nord de l'Europe, occupées par le choléra, sans avoir contracté la maladie.

2° Que, d'accord avec la doctrine de la spontanéité, pendant le cours de 1873, un grand nombre de départements ont présenté, antérieurement à l'explosion de l'épidémie, des affections diarrhéiques cholériformes, tantôt chez les enfants seuls, tantôt chez les enfants, les adultes et les vieillards, affections identiques de nature et ne différant qu'accessoirement et graduellement entre elles par le chiffre de la mortalité.

3° Que, comme témoignages de l'évolution graduée de la maladie, ces affections cholériformes ont été accompagnées dans beaucoup d'endroits de cas particuliers de choléra à différents degrés, depuis l'ébauche la plus imparfaite jusqu'à sa forme la plus complète, et depuis l'état le plus bénin jusqu'à sa gravité la plus extrême.

4° Comme continuation et conséquences des mêmes faits, quelques-unes de ces localités envahies plus tard par le choléra complet avaient offert, avant l'explosion épidémique, outre la diarrhée cholériforme généralisée, des cas de choléra confirmé, absolument identiques aux cas de l'épidémie, et n'ayant présenté d'autre différence avec ces derniers que de les avoir devancés et d'être restés quelque temps isolés.

5° Que, dans aucune de ces localités réputées centres d'invasion

cholérique, il n'a été possible de constater un seul fait d'importation et les faits d'importation allégués ont toujours été précédés de cas isolés de choléra parfaitement caractérisés.

6° Que, lors de l'explosion épidémique dans ces localités, les premières attaques individuelles ont eu lieu simultanément et d'emblée dans plusieurs quartiers, souvent très-éloignés les uns des autres, et que cette simultanéité d'attaques, à de grandes distances, exclut toute idée et toute possibilité d'importation ou de transmission infectieuse.

7° Que bon nombre de localités placées entre plusieurs centres épidémiques avec lesquels elles se trouvaient en rapport constant et quotidien, n'ont subi aucune atteinte de choléra confirmé.

Ainsi ramenée à ses résultats positifs, l'épidémie de choléra de 1873 peut être considérée comme un cas particulier d'un grand système opposé au système d'importation; système dans lequel les diverses épidémies de choléra qui ont régné en Europe depuis 1830 répètent d'une manière générale et absolue les faits particuliers que nous venons de signaler dans celle de 1873, et témoignent d'une manière unanime en faveur de la doctrine de la spontanéité contre la doctrine de l'importation.

Dans la prochaine séance, si l'Académie me le permet, je passerai donc en revue les diverses épidémies qui ont ravagé l'Europe, depuis et y compris celle de 1831, et j'espère montrer que chacune d'elles apporte son contingent à la démonstration de la genèse multiple et spontanée du choléra en Europe. »

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Derniers journaux de David Livingstone, dans l'Afrique centrale, depuis 1865 jusqu'à sa mort; suivis du récit de ses derniers moments et de ses souffrances, recueilli de la bouche de ses dévoués serviteurs Chuma et Susi,

Par Horace Waller, F. R. G. S., recteur de Twywell (Northampton). — Londres, J. Murray. — 2 vol. in-8°, 1874.

Ces deux volumes constituent un grand monument élevé à l'énergie indomptable, au courage et à la patience merveilleuse; à la foi simple, jamais chancelante, et au noble caractère du plus illustre voyageur de l'Angleterre, de l'homme qui fera l'éternel orgueil des races blanches, et dont les membres de la profession à laquelle il appartenait (Livingstone était docteur) ont particulièrement le droit d'être fiers; de ce voyageur né, toujours poussé en avant par la passion d'explorer des contrées non décrites et inconnues; de ce vrai missionnaire, mû par une sympathie intense pour quelques-unes des races dont il a signalé les vices, les vertus et les souffrances, et par une horreur non moins profonde des actions de ceux qui s'enrichissent de ce qu'il a appelé « la grande plaie vive de l'univers », — l'esclavage et la traite, — tout en prêchant, par l'exemple d'une vie de pureté, de noblesse et d'humanité, l'évangile de paix et de bienveillance envers les hommes.

Les journaux sont eux-mêmes des documents merveilleux racontant sans la moindre interruption les travaux incessants et les découvertes de sept années; et leur conservation est une preuve très-frappante du dévouement que le caractère de Livingstone inspirait à ses serviteurs; en effet, c'est, comme l'éditeur le rappelle, entièrement à la fidélité de ses compagnons indigènes que « l'on doit de n'avoir à déplorer la perte d'aucun des écrits de Livingstone, depuis le moment de son départ de Zanzibar, au commencement de l'année 1866, jusqu'au jour où son livre de notes lui tomba des mains, à la fin du mois d'avril 1873 ».

Quand Stanley revint en Angleterre, en 1872, il apporta avec lui un volumineux journal, sur lequel Livingstone avait transcrit une partie considérable des notes qu'il avait l'habitude de prendre chaque jour. L'illustre voyageur « avait coutume d'emporter toujours des carnets à couverture métallique, pour y consigner les moindres événement du jour, et, chaque fois que le temps et les occasions le lui permettaient, il les reportait sur son journal avec un soin scrupuleux ». Il se trouvait dans la contrée de Manguéma, lorsque carnets, encre, crayons, vinrent à lui manquer; alors il utilisa jusqu'à la dernière feuille de ses portefeuilles et finit par se servir « de vieux journaux, jaunis par l'humidité du climat africain, qu'il cousut ensemble, et sur lesquels il écrivit ses notes, en travers de l'impression et en remplaçant l'encre par le suc d'un arbre. » Ces feuilles contiennent des renseignements de toute nature : — observations lunaires, noms de rivières, hauteurs de montagnes, notes botaniques, dessins soigneusement exécutés, routes, vocabulaires —; « çà et là la tache d'une fleur comprimée vient obscurcir les caractères, sans interrompre le fil du récit »; et tout a été déchiffré avec beaucoup de difficulté et de persévérance, par miss Livingstone et le Rév. Alington. Ce n'est pas tout. Livingstone, durant son séjour à Unyanyembé, avait rempli un journal volumineux et fit plus tard un récit journalier de ses derniers voyages. Quand on ouvrit la caisse d'étain, qui s'était détériorée dans le cours de ses expéditions et qu'il eut avec lui jusqu'à la fin, on constata que « ses hommes avaient conservé jusqu'à la dernière ligne, avec ses cartes, qui vinrent alors à la lumière pour la première fois ».

M. Waller a imprimé le journal tel qu'il le trouva, sans essayer de distribuer dans un ordre méthodique cet ensemble de matériaux qui comprend « des notes innombrables sur les caractères d'animaux, d'oiseaux et de poissons (dont bon nombre représente probablement des espèces nouvelles), et sur des phénomènes de tout genre, que l'œil pénétrant du grand voyageur découvrait à mesure qu'il s'avançait au milieu de quelques-unes des plus grandes scènes de ce monde magnifique »; mais l'éditeur a réservé pour une publication ultérieure les parties strictement scientifiques; et, comme le fait remarquer M. Waller « il suffit de voir le registre rigoureusement tenu, jour par jour, au point de vue de l'udométrie, ainsi que les observations barométriques et hypsométriques faites avec un zèle soutenu, d'année en année, pour comprendre que le météorologiste aura, rien qu'en ce qui le concerne, à dépouiller une masse de faits, qui, à elle seule, absorbera de long mois de travail. »

Livingstone partit de Zanzibar, dans les premiers jours d'avril 1866, avec une suite nombreuse; gardes et serviteurs; bêtes de somme, chameaux, mulets, ânes et un chien d'une espèce très-intelligente et très-fidèle; mais au bout de quelques mois, la plupart de ses hommes avaient déserté ou s'étaient conduits si mal qu'il avait fallu les congédier; tous les animaux, à l'exception du chien, avaient succombé aux piqûres des mouches *tsetsé* ou aux mauvais traitements de leurs conducteurs. Partout le voyageur rencontra les horreurs presque inconcevables du trafic de la chair humaine, qui avait appauvri et à peu près dépeuplé d'immenses étendues du magnifique pays qu'il eut à traverser; et, avant la fin de l'année, il était affaibli par le manque de nourriture et par la maladie. Le jour de Noël 1866, il perdit ses quatre chèvres, « qu'on lui déroba ou qui s'égarèrent dans la forêt ». « Cette perte, écrit-il, me fut très-douloureuse, car quel que fût le genre de nourriture que nous eussions, avec un peu de lait tout allait bien, et je me sentais fort et en bon état; mais, à son défaut, les aliments grossiers et de digestion difficile me mettaient à une rude épreuve ». Peu après, nous le voyons tourmenté par des rêves de repos qu'il « avait faits ou qu'il aurait pu faire ». Au commencement de janvier 1867 : « Je ressens toujours la faim, dit-il, et ne fais que rêver dans mon sommeil d'une meilleure nourriture. Les viandes savoureuses d'autrefois se présentent vivement à mon imagination, même dans mes heures de veille. Ce phénomène est assez étrange, car je ne suis pas un songeur et je dois dire que je ne rêve guère jamais que dans les moments où je vais tomber malade ou que je le suis réellement ». Le 15 de ce mois, son fidèle petit chien — le *poodle chitané* — se noya en traversant une rivière. Ce fut une perte véritable. « Il nous était si utile pour écarter de nos huttes tous les chiens du pays ! aucun n'osait approcher pour nous voler, et lui-même ne nous avait jamais rien dérobé; il partageait l'étonnement qu'excitait son maître, etc., etc. ». Mais le 20 janvier, Livingstone éprouva un désastre terrible et irréparable dans la perte de sa pharmacie. Par une faute qui paraît presque impossible de la part d'un tel voyageur, il avait renfermé dans une boîte tous ses médicaments qui lui furent soustraits et emportés, avec d'autres objets et quelques aliments, par deux esclaves affranchis, qui jusque-là

s'étaient montrés serviables et fidèles. On conçoit difficilement qu'un plus grand malheur pût arriver à Livingstone. Il me sembla, écrit-il, que je venais de recevoir mon arrêt de mort »; et ailleurs : « cette perte de ma pharmacie me ronge le cœur d'une manière terrible ». Ce n'est certes pas trop dire, en ce qui concerne la vie du voyageur, cela fut le commencement de la fin ; déjà la fatigue et les privations l'avaient considérablement affaibli et amaigri au point qu'il « était effrayé de sa propre émaciation », et à dater de ce moment, nous le voyons revenir souvent sur de forts accès de fièvre et de maladie, qu'il ne pouvait plus combattre avec ses médicaments, et dont la persistance a dû porter une atteinte irrémédiable à sa santé et à sa vigoureuse constitution. En avril 1867, durant un séjour qu'il fit au lac *Liemba* « lac d'un beauté sans pareille », il tomba très-sérieusement malade. « J'étais là depuis quelques jours, dit-il, quand je fus pris d'une attaque, avec perte de connaissance, qui montre l'influence de la fièvre sur une personne privée de médicaments. Lorsque je revins à moi, je me débattais en dehors de ma hutte sans pouvoir y pénétrer. J'essayai de me relever en me cramponnant aux deux poteaux placés à l'entrée; mais quand je fus presque debout, je les lâchai et retombai en donnant lourdement de la tête contre une caisse. Mes compagnons, ayant vu le triste état dans lequel je me trouvai, suspendirent une couverture à l'entrée de la cabane, pour dérober ma faiblesse aux regards des étrangers. Quelques heures s'écoulèrent avant que je pusse reconnaître où j'étais ». Une autre fois, au commencement de mai, « j'ai eu, dit-il, une nouvelle perte de connaissance la nuit dernière; les muscles dorsaux lombaires perdent toute leur énergie; j'éprouve un tintement perpétuel dans les oreilles et suis incapable de faire le calcul le plus simple. »

En octobre de la même année, nous le voyons encore « très-malade ». Mais en dépit de sa mauvaise santé, de la pénurie d'aliments, de difficultés et horreurs de toute nature, il poursuit sa marche péniblement et avec lenteur, allant de chef en chef et de village en village, jusqu'à ce qu'au milieu de 1868, il atteigne le grand lac *Bangweolo*. Après avoir exploré ce lac et s'être trouvé en proie à de nouveaux accès de fièvre, il retourna à Ujiji, pour se procurer de nouvelles provisions; mais le voyage fut extrêmement pénible; manquant parfois d'aliments convenables et n'ayant aucun médicament, il était presque constamment mouillé par la traversée des innombrables rivières et marais qui paraissent former la plus grande partie de ces contrées lacustres. Le 1er janvier 1869, il écrit : « J'ai été trempé bien souvent, mais cet accident s'est renouvelé hier et a mis le comble à mes souffrances. J'étais très-mal; mais, craignant un débordement de la rivière *Lofuko*, je me décidai à la traverser, je fus glacé jusqu'à la ceinture, ce qui empira mon état ». Son indomptable persévérance lui permit pourtant d'avancer jusqu'au 3 janvier, date à laquelle il écrit : « J'ai marché pendant une heure, mais je me sentis trop mal pour poursuivre ma route. Le mouvement est toujours salutaire durant la fièvre; en ce moment, j'éprouve une douleur dans la poitrine et j'expectore du crachats rouillés; d'où je juge que les poumons, la partie la plus forte de mon organisme, sont affectés. Après avoir franchi un ruisseau et traversé quelques bicoques, je perdis la notion des jours de la semaine et des mois. Toujours très-mal. » Le journal, reprend ensuite : « Environ le 7 janvier, je ne puis marcher; pneumonie du côté droit; je tousse constamment, jour et nuit; crachats rouillés et sanglants, faiblesse désolante. » Hallucinations de la vue. Pensées de mort. Souvenir touchant à ses enfants et à ses amis.

« Pour la première fois de sa vie », il eut besoin de se faire porter, et il souffrait beaucoup; mais, à partir du 7, il se trouva mieux et fut soigné avec bonté par Mohamed Bogharib, marchand d'esclaves, qui lui procura un « opérateur pour lui appliquer des ventouses sur la poitrine » et lui donna des médicaments; enfin, au milieu de mars, il atteignit Ujiji, où il comptait trouver des vivres qu'il avait laissés à son passage. Mais, comble de malheur! tout avait été pillé en son absence.

On remarquera que le récit qui précède constitue « l'histoire naturelle » d'une maladie — la pneumonie — beaucoup plus fidèle que les observations qu'elle donne parfois sous ce titre, et que la guérison fut obtenue par une méthode aujourd'hui tombée en désuétude : nous voulons parler de la soustraction locale du sang faite à une période assez avancée de l'affection. L'opérateur était sans aucun doute un de ces ventouseurs indigènes dont Livingstone décrit ailleurs la pratique en ces termes : « Ils se servent d'une corne de chèvre dont l'extrémité supérieure est percée d'un trou. La base s'applique sur la partie dont on veut tirer du sang, et l'opérateur, tenant dans la bouche un fragment de caoutchouc mâché, fait le vide, puis obture l'orifice supérieur, au moment voulu, en ramenant sur lui le morceau de caoutchouc avec la langue. Après avoir retiré cette espèce de ventouse, il pratique quelques scarifications avec un petit couteau et applique la corne de nouveau. L'instrument, malgré sa grossièreté, n'en est pas moins excellent et jouit partout d'une grande réputation. »

(*A suivre.*)

(*Med. Times and Gazette.*) Dr DARIN G.

La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 24 juillet 1875, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

1° Rapport de M. Camuset sur le travail de M. Dubrisay (tubercules de la choroïde). — 2° De la glycosurie intermittente, par M. le docteur Dubuc. — 3° Des difficultés du diagnostic dans certaines tumeurs enkystées des régions palmaire et plantaire, par M. le docteur Gillette.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 86. — SAMEDI 24 JUILLET 1875. 48e ANNÉE. SAMEDI 24 JUILLET 1875. — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Type non décrit d'exostoses.

Il semble qu'aujourd'hui on ait moins de tendance à mettre en avant l'hypothèse de syphilis constitutionnelle dans des cas où certainement on aurait peu hésité naguère. On sait mieux à quel point sont encore incomplètes nos connaissances nosologiques. Certaines espèces morbides sont décrites et classées; mais combien n'en est-il pas d'autres dont la nature est différente, bien qu'elles leur ressemblent au premier coup d'œil? On a peur de se laisser duper par de grossières analogies, perdant ainsi l'occasion de reculer les bornes du connu. D'ailleurs il vaut mieux s'exposer à se tromper en supposant une affection nouvelle que de se borner à ces classements de probabilité d'après l'apparence superficielle, tels qu'il faut les faire dans un examen ou dans un concours. Ainsi que l'a très-bien établi M. le professeur Lasègue dans un article sur les concours pour les hôpitaux, rien ne devient plus préjudiciable au praticien que l'habitude de rapporter tout en quelques instants à certains types convenus, et de détourner son attention du cas spécial pour viser surtout les généralités classiques.

Il est évident qu'en présence d'exostoses se développant chez un adulte et disparaissant facilement sous l'influence de l'iodure de potassium, la première pensée qui se présente à l'esprit est celle de la syphilis.

De même l'on songe d'abord à la syphilis, quand on voit guérir par le même remède une tumeur de nature douteuse.

Mais il ne faut pas oublier que, si son efficacité est surtout bien connue contre les accidents tertiaires de la syphilis, l'iodure de potassium peut également agir dans d'autres cas, peut-être moins bien déterminés.

Aussi M. le professeur Richet repousse-t-il en général avec raison lorsqu'il s'agit de tumeurs combattues avec succès par cette médication, l'application du vieil adage : *Naturam morborum ostendunt curationes.*

Si l'on ne retrouve aucune trace, aucun indice d'accidents antérieurs soit primitifs, soit secondaires, si le malade n'ayant, du reste, aucun intérêt à vous tromper, affirme n'avoir eu ni chancre, ni gonflement ganglionnaire, ni écoulement, ni éruption d'aucune espèce, la syphilis constitutionnelle, encore possible, peut-être même probable, à la rigueur, n'est, du moins, pas certaine.

C'est pourquoi M. Bernutz préférerait admettre que les exostoses observées chez un malade dont nous allons parler appartiennent à une espèce non encore décrite.

Le malade qui les a présentées, âgé de vingt-six ans, était entré le 12 mai salle Saint-Ferdinand, n° 24.

Très-rachitique, ayant les jambes déformées et les genoux cagneux, il se portait à peu près bien, du reste, jusqu'à l'année dernière, où il commença à ressentir assez fréquemment les vestiges du petit mal épileptique. Vers le mois de mars de cette année, il eut une première attaque de grand mal, et depuis lors les attaques se succédèrent à des intervalles assez rapprochés, jusqu'à son entrée à l'hôpital. Il se plaignait d'une violente céphalalgie.

On crut d'abord qu'il s'agissait là d'une épilepsie simple, *idiopathique*, pour ainsi dire, et l'on administra le bromure de potassium à fortes doses, avec un certain avantage au point de vue des accès, qui furent plus éloignés.

Mais le 21 mai, on s'aperçut qu'il existait un léger degré de paralysie faciale du côté gauche et un affaiblissement des membres du même côté. Cette hémiplégie, peu marquée d'abord, s'accentua les jours suivants. Le 24 mai, il s'y joignit un gonflement de l'articulation scapulo-humérale et de l'articulation du coude gauches, avec rougeur et douleur; puis le malade accusa des douleurs dans la hanche et le genou gauches, mais sans qu'on y trouvât aucun gonflement; il éprouvait des fourmillements dans les membres de ce côté.

Enfin le 9 juin, en l'examinant attentivement, on découvrit deux exostoses récentes, dont l'une, de la grosseur d'une noisette, s'était développée sur le côté interne de l'humérus gauche, à 8 centimètres environ de l'épitrochlée, l'autre sur le cubitus gauche, vers le milieu de la diaphyse.

Une troisième exostose parut quelques jours plus tard au niveau de la bosse frontale droite.

Il devenait probable que l'épilepsie tenait elle-même à la présence de quelque exostose semblable à l'intérieur du crâne.

On interrogea le malade avec grand soin sur ses antécédents. Il affirma qu'il n'avait jamais eu aucun accident vénérien, et préoccupé de l'idée que ses parents auraient pu lui transmettre une syphilis héréditaire, il les interrogea de lui-même sur ce point, et il rapporta une réponse négative.

Il avait parfaitement compris que son intérêt était de dire toute la vérité, et rien ne peut faire supposer qu'il ait menti sciemment.

M. Bernutz écarta donc l'hypothèse d'une vérole, mais il n'en administra pas moins l'iodure de potassium à doses croissantes, jusqu'à 4 grammes par jour.

L'amélioration fut des plus rapides. Aujourd'hui il ne reste plus aucune trace des exostoses de l'avant-bras et du bras gauches; celle du front est encore apparente, mais très-réduite. La parésie hémiplégique qui existait du côté gauche a presque entièrement disparu. Les attaques épileptiques ne se reproduisent plus que tous les quinze jours. Il n'y a plus de mal de tête.

En dehors de la syphilis, à quoi pourrait-on rattacher ces exostoses.

On ne doit pas songer à les rapprocher des exostoses bien connues de l'adolescence. Elles en diffèrent par le siége et par la marche.

Les exostoses de l'adolescence sont en effet épiphysaires. Elles siégent le plus généralement vers l'extrémité inférieure du fémur ou vers une des extrémités du tibia. Sur le fémur, c'est le plus souvent vers le bord interne.

Exceptionnellement cependant, il peut en exister sur la face postérieure, qui limitent les mouvements de l'articulation du genou, en arrière. J'en ai vu dernièrement un cas à la consultation de M. Panas, à l'hôpital Lariboisière.

Mais je n'en ai jamais vu qui se trouvassent situées vers le milieu d'une diaphyse, comme celle que l'on a trouvée sur le cubitus gauche du malade de M. Bernutz.

D'ailleurs les exostoses dites *de l'adolescence* répondent à une période assez limitée de la vie : on n'en voit plus paraître après que le développement des os est achevé. Or le malade de M. Bernutz, âgé de vingt-six ans, porte peut-être encore plus que son âge.

En outre il est bien établi, par une expérience souvent renouvelée, que les exostoses de l'adolescence sont absolument rebelles à l'action des iodures.

Elles persistent à jamais, une fois établies. Si elles s'amoindrissent avec le temps, c'est d'elles-mêmes, et non sous l'influence de telle ou telle médication.

Différences fondamentales avec les exostoses que l'on a observées chez le malade dont nous parlons.

Ces exostoses ressemblent, au contraire, par toutes les apparences, à celles de la syphilis, si elles en diffèrent réellement par la nature, ainsi que l'admet M. Bernutz.

Les syphiliographes auraient donc à tenir grand compte de ce nouveau type, au point de vue du diagnostic différentiel.

Paralysie du moteur oculaire externe dans l'hystéricisme.

Il est si rare de rencontrer la paralysie d'un muscle de l'œil dans l'hystérie, que M. Duchenne (de Boulogne) n'en avait vu aucun exemple avant celui-ci.

Il s'agit d'une jeune fille âgée de dix-neuf ans, dont voici l'histoire en peu de mots.

Grande, assez jolie, menstruée régulièrement depuis l'âge de douze ans, elle s'était toujours bien portée jusqu'en 1871. A cette époque, elle se fractura la clavicule droite, et, à la suite de cet accident, elle eut, pendant trois ans, une paralysie du muscle grand dentelé. La faradisation l'en guérit assez rapidement; et elle ne se ressentait plus de rien, lorsqu'il y a neuf mois, elle éprouva un nouvel accident : un corps lourd lui tomba inopinément sur le front et le nez; elle eut très-peur. A ce moment, elle était déjà sous l'influence d'une grande douleur : elle venait de perdre sa mère, qu'elle aimait beaucoup. Ce fut alors que, pour la première fois, elle fut prise d'une paralysie non traumatique. Cette paralysie, incomplète, était surtout marquée à droite. L'affaiblissement de la jambe droite était tel que la malade ne pouvait marcher; la main droite était également très-affaiblie, le bras gauche avait perdu lui-même une partie de sa vigueur.

La sensibilité était peut-être un peu émoussée, mais il n'y avait nulle part d'anesthésie. Quelques fourmillements, un peu de trémulations, parfois des crampes et des contractures involontaires se faisaient sentir, principalement dans la jambe droite.

Un traitement hydrothérapique amena la guérison complète en moins de quatre mois.

Après cela, au milieu de nouvelles causes morales déprimantes, cette demoiselle s'aperçut un jour qu'elle voyait double. Elle avait une paralysie du moteur oculaire externe du côté droit.

M. Duchenne, cette fois, en même temps qu'il électrisait le muscle paralysé, songeant à une cause spécifique, prescrivit des pilules de Sédillot et de l'iodure de potassium. Les pilules de Sédillot, fatiguant l'estomac, furent abandonnées presque aussitôt; l'iodure de potassium fut continué à peine une quinzaine de jours. La paralysie du moteur externe avait rapidement disparu, peut-être sous l'influence de l'électricité.

La santé semblait de nouveau parfaite, lorsque survint un événement qui peina vivement cette jeune fille. Au milieu de ces émotions, sous l'influence du chagrin, elle fut reprise de diplopie. Cette fois l'œil droit était intact, la paralysie affectait le moteur oculaire externe du côté gauche. En même temps la jambe gauche devenait plus faible: mais la parésie était loin d'y atteindre le même degré que quelques mois auparavant, dans la jambe droite. Les membres supérieurs n'étaient pas affectés. La sensibilité restait partout intacte.

Tel est l'état dans lequel la malade s'est représentée, il y a quelques jours, et tel est encore son état actuel.

Faut-il attribuer à l'hystérie, au nervosisme, toutes les paralysies qu'elle a éprouvées successivement? Ou bien faut-il y voir le résultat de quelque tumeur intracrânienne?

Cette jeune fille n'a jamais eu les grandes attaques d'hystérie. Elle n'a jamais perdu connaissance. Elle n'a pas eu non plus le sentiment de strangulation hystérique. Seulement elle a toujours été très-impressionnable. Autrefois elle pleurait sans cause et sans pouvoir se retenir : elle avait des *accès de pleurs*. Aujourd'hui elle a des *accès de rire*, également involontaires, souvent sans objet, ou survenant à contre sens, alors qu'elle éprouve une impression plutôt pénible qu'agréable. C'est un phénomène hystérique incontestablement, et, sous une forme ou l'autre, il existe déjà depuis plusieurs années. Peut-être a-t-il existé toujours.

Il n'y a pas de gastralgie proprement dite, mais assez souvent un sentiment de plénitude, de gonflement, d'oppression stomacale. Il semble à la malade que l'estomac remonte, dit-elle, et qu'il l'étouffe, ou bien qu'il s'élargit, et elle se sent pressée comme d'une ceinture. Une rachialgie qui siége vers le sixième espace intercostal, et que la pression exaspère, répond à cette sensation stomacale. C'est bien là encore un symptôme de nervosisme.

Un autre signe de nervosisme, c'est le brisement des membres et la fatigue extrême que la malade éprouve quelquefois le matin en s'éveillant, sauf à se trouver, une fois levée, toute reposée lorsqu'il s'agit de quelque occupation qui lui soit agréable.

Le mal de tête, autrefois plus fréquent et plus marqué, est maintenant très-rare, et, quand il en existe, il se fait sentir surtout à gauche, à la région frontale.

Une névralgie, habituelle depuis longtemps, est celle de la région ovarienne gauche. Cette névralgie est exaspérée par la pression : mais sans qu'il en résulte d'attaques hystériques. Une rachialgie des régions lombaire et sacrée y correspond. La malade se plaint de souffrir parfois beaucoup des reins, surtout vers l'époque menstruelle.

On ne trouve aucun bruit de souffle ni à la base du cœur, ni aux vaisseaux du cou. Mais il y a eu, à diverses reprises, des palpitations assez pénibles ; la langue est pâle, les muqueuses ne paraissent pas colorées par un sang bien riche. Or il ne faut pas attribuer trop d'importance aux bruits de souffle. Il est certain qu'ils sont parfois très-momentanés chez les anémiques. Ils paraissent, puis disparaissent sans que la proportion des globules soit changée. C'est un phénomène plutôt nerveux que mécanique ; la densité plus ou moins grande du sang, sa viscosité y sont peut-être pour quelque chose ; mais le rôle principal y doit appartenir au fonctionnement irrégulier et imparfait de certaines fibres contractiles, particulièrement des petits muscles chargés de sous-tendre les valvules auriculo-ventriculaires et de les fermer pendant la systole. Il est très-probable qu'on a là un trouble analogue à ces troubles de la contraction de tel ou tel faisceau musculaire, soit par parésie, soit par crampe ou par contracture, qui sont si fréquents dans les névroses-chloranémiques. Les bruits de souffle n'ont donc qu'une valeur très-secondaire dans le diagnostic de l'anémie. Ils peuvent manquer entièrement ou alterner avec d'autres symptômes.

Dans l'hypothèse d'une tumeur cérébrale, on serait bien embarrassé pour expliquer le retour complet à la santé sous l'influence de l'hydrothérapie, puis le passage de la paralysie de droite à gauche, lorsqu'elle réapparut sous l'influence d'un chagrin.

D'ailleurs il faudrait attribuer cette tumeur variable à une cause spécifique dont rien ne donne ici l'idée, et que les commémoratifs se rattachant soit à cette jeune fille, soit à ses parents, ne conduisent nullement à soupçonner.

Il est à noter qu'on n'avait jamais eu la pensée de soulever cette hypothèse avant l'apparition de la première paralysie d'un moteur oculaire externe. Jusque-là, on était complétement convaincu qu'on avait affaire à un cas de nervosisme, et on s'était fort bien trouvé d'agir conformément à cette conviction.

C'est donc encore une forme rare de ces paralysies momentanées par nervosisme dont on s'occupe beaucoup aujourd'hui.

Notes de pratique.

A Lariboisière, M. Panas emploie actuellement contre les petits kystes séreux, en général, la méthode qu'on a préconisée d'abord contre l'hydrocèle. A l'aide d'une seringue de Pravaz, il introduit dans leur cavité quelques gouttes de teinture d'iode ou d'alcool. L'opération est fort peu douloureuse. Il en résulte un peu de gonflement local avec chaleur et rougeur. Puis généralement, sous l'influence de l'excitation, la paroi interne du kyste se met à résorber le liquide qu'il contient. On peut renouveler cette petite injection intrakystique plusieurs fois, à quelques jours d'intervalle. Bien entendu, il ne faut pas vider la poche avant d'y introduire la teinture d'iode ou l'alcool. Ces modificateurs se mêlent avec le liquide épanché. J'ai vu employer cette méthode contre un de ces petits kystes séreux du poignet que les paysans nomment *un ganglion*, et qu'ils brisent en y exerçant une pression énergique.

— Contre les kystes hydatiques, soit du foie, soit d'autres organes, M. Panas conseille de se borner à la ponction simple ave un très-petit trocart. Cette ponction suffit le plus souvent. Les hydatides meurent une fois qu'on a retiré leur liquide, et quand elles sont mortes, elles se ratatinent et deviennent inoffensives pour les tissus. La méthode de Récamier, qui consiste à ouvrir la poche après avoir produit des adhérences entre la surface du foie et la paroi abdominale, ayant pour résultat de provoquer toujours la suppuration, est très-dangereuse : elle est le plus souvent suivie de mort. L'injection de liquides irritants dans le kyste offre également de grands dangers. On ne sait pas où va s'arrêter le mouvement irritatif qu'on provoque ainsi. M. Panas a vu en résulter des péritonites suraiguës par gangrène locale et perforation. Au contraire, la ponction simple, qui peut se faire quand on le veut et qui suffit souvent dès la première fois, a dans tous les cas l'avantage de ne pas irriter les tissus. On peut y revenir après quelques semaines si le liquide s'est reproduit, et s'il ne paraît pas en voie de résorption. Alors même que déjà la poche a suppuré, on peut encore espérer ainsi la guérison. M. Panas en a observé plusieurs exemples.

— A l'Hôtel-Dieu, M. Guéneau de Mussy expérimente depuis quelque temps le procédé de Chappman pour arrêter les métrorrhagies. Jusqu'à présent les résultats sont satisfaisants. Ce procédé consiste à placer de l'eau chaude sur la région lombaire. Le médecin anglais enferme cette eau chaude dans un double sac en caoutchouc. M. Guéneau de Mussy s'est dernièrement servi tout simplement de cataplasmes chauds recouverts d'une toile cirée. Ces cataplasmes ne doivent jamais descendre jusqu'au niveau de la région sacrée. Ils ont paru produire un bon effet, quelle que fût la cause de la perte, dans une métrite suite d'avortement, chez une malade atteinte d'un corps fibreux, etc.

— M. Duchenne (de Boulogne) préconise l'emploi des bromures contre toute espèce de contracture, même en dehors de l'épilepsie ; et il paraît s'en trouver fort bien. Nous aurons à revenir bientôt sur ce sujet. Dr Victor Revillout.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 juillet 1875. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° les journaux de la semaine ; 2° deux brochures en allemand d'un professeur libre de Vienne sur le *tamponnement des fosses nasales* et un *appareil plâtré en forme d'attelles* ; 3° une communication de M. E. Bœckel, membre correspondant, ancien agrégé de la Faculté française de Strasbourg, et chirurgien de l'hôpital civil, sur une *amputation ostéo-plastique du pied* par le procédé Le Fort.

Dans ce travail, M. Bœckel démontre la supériorité du procédé employée par M. Le Fort sur celui de Pirogoff et le préfère à l'amputation sous-astragalienne.

DISCUSSION

M. Perrin déclare que les faits sont là pour démontrer la supériorité de l'amputation sous-astragalienne sur toutes les autres méthodes ; il ne s'ensuit ni fistules intarissables ni productions ostéoplastiques pouvant rendre la marche impossible.

M. Larrey a vu, pendant qu'il était aux Invalides, des déformations notables des pieds (consécutives à une amputation) quel qu'ait été le procédé employé ; pour beaucoup la marche était impossible.

Quant au procédé de Pirogoff, M. Larrey croit se rappeler tenir de l'auteur lui-même, qu'il aurait fini par y renoncer.

M. DESPRÈS partage l'opinion de M. Perrin ; les amputations sous-astragaliennes qu'il a faites jusqu'ici lui ont donné toutes d'excellents résultats.

La communication de M. Bœckel sera insérée au *Bulletin*.

RAPPORT

Plaies d'artères. — Conduite du chirurgien, par M. Cras, professeur de clinique chirurgicale à l'école de Brest.

M. LANNELONGUE lit un rapport sur deux observations de plaies d'artères présentées par M. Cras; dans la première, il s'agit *d'une plaie de l'humérale consécutive à un éclat d'obus;* dansla seconde, *d'une plaie de la tibiale antérieure.* L'auteur prétend qu'il faut, pour éviter les hémorrhagies secondaires, toujours *lier les deux bouts de l'artère divisée dans la plaie.* Dans ces cas particuliers, il y avait hémostase lorsque le professeur de Brest a vu ces malades, y avait-il urgence de lier les deux bouts? S'il y a hémorrhagie, assurément ; dans le cas contraire, la question prête au moins à discussion.

S'il y a imminence d'hémorrhagie secondaire, ce dont on s'apercevra au suintement local, on peut à la ligature substituer la forcipression, M. Lannelongue conclut qu'il faut être sur ses gardes, mais ne pas lier d'emblée.

DISCUSSION

M. BLOT prétend, en s'appuyant sur des faits qu'il a observés pendant son internat chez Velpeau, *qu'il faut toujours lier dans la plaie les deux bouts d'une artère divisée quand c'est possible.* Rien dans les observations dont on vient de parler ne prouve que les artères aient été divisées, puis liées ; ces faits ne sont pas démonstratifs ; du reste l'hémorrhagie avait cessé.

M. VERNEUIL. M. Lannelongue a soulevé une question qui mérite d'être traitée à part, et qui est ainsi formulée : *Une artère est blessée, une première hémostase a lieu, quelle conduite doit-on tenir?* A la rigueur, la ligature du bout inférieur pourrait suffire, celle du bout cardiaque est incertaine ; il y a chance d'hémorrhagie. Il est rare que les malades se présentent au moment où le sang coule encore, d'ordinaire, ils arrivent après l'application d'un premier pansement ; alors M. Verneuil retire les compresses ou les agents qui ont servi à l'hémostase et *tourmente* la plaie jusqu'à ce qu'il ait fait sortir le sang par les bouts cardiaque et périphérique. L'opération est des plus difficiles lorsque la plaie est en voie de suppuration, et alors les ligatures peuvent amener de graves accidents; on blesse un foyer qui suppure, et puis, outre la peine qu'on a pour trouver les vaisseaux, on peut détacher des thromboses veineuses et déterminer une pyohémie subite, rapidement mortelle. La règle qui veut qu'on lie les deux bouts s'applique à la blessure récente, après une première hémostase, dans les vingt-quatre heures.

M. PERRIN s'associe aux sages préceptes émis par M. Verneuil, tout en accentuant les réserves qu'il faut faire à l'opinion de M. le rapporteur.

Dans toute plaie artérielle récente, il faut toujours, même lorsqu'il y a hémostase, dût-on passer beaucoup de temps, dût-on faire des débridements, aller chercher les deux bouts du vaisseau divisé. Toutes les hémorrhagies secondaires ne peuvent être prévenues; elles seront subites, brusque, surviendront pendant la nuit, et cette menace suffit pour expliquer combien il est prudent de s'en rapporter toujours à la règle dont a parlé M. Verneuil.

M. GUYON rappelle qu'il a perdu pendant la guerre un malade d'une hémorrhagie secondaire consécutive à une plaie de l'artère humérale; les deux bouts du vaisseau n'avaient pas été liés; du reste, ce n'est qu'à l'autopsie qu'on s'est aperçu de la lésion artérielle.

M. LARREY, se ralliant à l'avis de ses collègues, rappelle qu'il est surtout indispensable, dans la chirurgie d'armée, de lier les deux bouts d'une artère divisée; il est impossible de surveiller les blessés en temps de guerre, comme le croit M. Lannelongue.

M. PERRIN. Si, à la suite d'une piqûre, la présence du sang indique une plaie artérielle, il faut faire rentrer ce fait particulier dans la règle générale; s'agit-il d'une artère de petit calibre, la compression sera une manœuvre dangereuse ; si le diagnostic est indécis et la perte du sang non en rapport avec la lumière du vaisseau, il faut tenir le malade en observation. A cet égard, M. Perrin cite le fait suivant : un officier de l'état-major du général Clinchant est, pendant la Commune, atteint d'une plaie supérieure du bras gauche, il y a perte de sang immédiate, puis hémostase, et ce n'est que quelques heures plus tard qu'on le porte à l'ambulance; l'artère humérale ne battait plus, le bras était volumineux : le malade fut mis en observation soutenue, l'artère a battu au bout de dix jours, et la guérison s'ensuivit sans hémorrhagie consécutive. Ici les éléments de diagnostic manquaient, un caillot aura pu comprimer l'artère principale dans le creux axillaire. (Ambulance de Sèvres.)

M. LANNELONGUE. La société accepte donc comme règle qu'il faut toujours lier les deux bouts de l'artère dans la plaie ? Malgré les bonnes raisons qui ont été données et surtout la grande autorité de leurs auteurs, la conviction de M. le rapporteur n'est pas faite. Du reste, la ligature ne met pas à l'abri de tout danger, et, faits en mains, il peut prouver que des hémorrhagies secondaires ont pu survenir après des ligatures bien faites. Il a jeté des ligatures sur le tronc tibio-péronier, plusieurs fois sur la fémorale (plaies récentes et anciennes); chez un amputé de cuisse au tiers inférieur, il y eut, la nuit, une hémorrhagie foudroyante; chez un amputé du bras, la mort a suivi la chute de la ligature.

M. GIRALDÈS appuie la manière de faire du professeur Cras; cette pratique, du reste, existe depuis longtemps et a été préconisée par Guthrie. Dans les plaies par armes à feu, on éprouve au bout de quelques jours beaucoup de difficultés dans la recherche du bout inférieur.

M. DESPRÈS rappelle que Nélaton était d'avis que, dans une plaie en suppuration, il fallait, quel que fût le danger, faire la ligature des deux bouts du vaisseau ; du reste, des observations consignées dans la thèse de M. Gourdin établissent que cette règle n'est pas plus dangereuse que la ligature jetée d'emblée.

M. TILLAUX croit se rappeler que la société a voté, l'année passée, les conclusions proposées par M. Verneuil sur ce sujet ; c'est une question jugée, il faut lier les deux bouts de l'artère ; mais, quelle doit être la conduite du chirurgien en présence d'un cas spécial, par exemple d'une piqûre de la paume de la main ? M. Tillaux croit qu'il est alors prudent de déroger à la règle et qu'il se déciderait difficilement à aller débrider et rechercher dans la paume de la main, si c'est l'arcade palmaire profonde qui a été lésée. Il cite, à l'appui de sa remarque, le fait d'un étudiant en médecine qui s'était, en nettoyant sa lampe, fait avec le verre, une piqûre à la paume de la main, la compression locale, aidée d'une compression indirecte sur la radiale et la cubitale, a suffi pour amener la guérison.

La nature a ses procédés : une artère est coupée, un caillot se fait dans la plaie (J. L. Petit) en regard de la lumière et autour de la paroi du vaisseau, et, c'est ce travail de réparation qu'on propose de faire en *tourmentant* la plaie? Laissez faire la nature, ses moyens provisoires vont devenir définitifs ; la suppuration n'y mettra point obstacle ; il va y avoir ensuite dépôt de lymphe plastique puis cicatrisation. Dans le cas qu'il a cité, M. Perrin n'a pas conformé sa conduite à la règle qu'il veut voir adoptée, et il a fait sagement; M. Guyon a perdu son malade par l'expectation. Pourquoi dans les plaies par arrachement ne faites vous point de ligatures? La ligature ne fait pas autrement que la nature au début; elle étreint le vaisseau, mais elle peut être jetée à côté de collatérales volumineuses et déterminer une hémorrhagie secondaire, *elle y expose.* M. Lannelongue termine en disant : *qu'étant donnée une plaie artérielle qui ne saigne plus du tout au bout de vingt-quatre heures, il n'y a aucune raison pour supposer que l'hémorrhagie se reproduira et qu'il hésiterait encore quelquefois et souvent pour obéir aux préceptes qui viennent d'être formulés.*

M. GUYON. Les ligatures qui suivent les amputations ne ressemblent pas à celles qui sont jetées sur les deux bouts d'une artère blessée dans la plaie ; une piqûre artérielle, pour répondre à notre

collègue, M. Tillaux, n'expose pas le malade à mourir d'hémorrhagie secondaire.

Quant au malade dont M. Guyon a parlé et qui est mort à la suite d'une hémorrhagie secondaire à une lésion de l'artère humérale, l'expectation dont a parlé M. Lannelongue n'a pas été volontaire, le chirurgien ne s'est pas douté qu'il y avait une section artérielle, du reste il *n'y avait pas d'hémorrhagie, dans ce cas les deux bouts du vaisseau eussent été liés dans la plaie.*

M. LARREY. Les hémorrhagies consécutives aux amputations de cuisse ne sont pas actuellement en discussion, il ne s'agit non plus ici des plaies par arrachement, mais des plaies saignantes. La règle que la société érige en principe, est qu'il faut chaque fois qu'une hémorrhagie médiate se déclare lier les deux bouts dans la plaie.

M. GIRALDÈS. On sait ce que vaut la théorie de J. L. Petit, citée par M. Lannelongue; la théorie du caillot prouve que les hémorrhagies consécutives se font par le bout inférieur.

M. PERRIN. Les hémorrhagies consécutives rares à la suite des ligatures sont fréquentes *en nappe* chez les amputés et lorsqu'il y a pourriture d'hôpital.

M. POLAILLON a fait, à propos d'un article publié dans un dictionnaire de médecine, des recherches sur la pratique à suivre dans les plaies artérielles. S'agit-il d'une hémorrhagie dépendant de la crurale ou de l'humérale? Il est indispensable de lier les deux bouts; s'agit-il d'une piqûre de la paume de la main, on peut, comme Nélaton, réussir à l'aide de la compression. Nélaton comprimait la radiale et la cubitale avec des bouchons, sur lesquels il jetait une bande et guérissait son malade. Si l'artère est de petit calibre, située à la partie inférieure d'un membre, on a, si l'hémorrhagie est arrêtée, chance de guérir sans ligature. M. Polaillon est, sur ce point, de l'avis de son collègue M. Lannelongue.

M. LANNELONGUE. La science ne vit pas de souvenirs, M. Polaillon oppose des faits à des assertions; il serait bon, avant de poser un jugement aussi radical que celui que la Société tend à adopter, d'avoir des observations à l'appui. On a dans la discussion oublié de dire comment se produisaient les hémorrhagies secondaires. Il est des prodromes indiscutables : l'abaissement de la température, puis la septicémie dont elle est un symptôme. Il faut, pour les hémorrhagies consécutives aux plaies des grosses artères, compulser les documents; M. Lannelongue connaît deux faits consécutifs à la ligature de la carotide; s'agit-il d'une hémorrhagie de petites artères, la mort n'est pas immédiate, elle est consécutive à la pyohémie.

Des remercîments sont votés au professeur Cras.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. BOINET présente à ses collègues *une femme qui a été en dix mois opérée deux fois d'ovariotomie et de hernie ombilicale étranglée.* L'opération date de six ans, cette femme se porte très-bien.

M. TERRIER a fait plusieurs ovariotomies et demande à son collègue s'il a chez sa malade pensé à examiner l'état du second ovaire, s'il était malade il aurait alors évité la récidive de l'opération.

M. BOINET. L'autre ovaire paraissait sain; il l'avait, suivant sa pratique habituelle, examiné.

PRÉSENTATION DE PIÈCE ANATOMIQUE

M. LANNELONGUE présente une pièce anatomique constatant l'existence de deux anévrysmes des artères iliaque primitive et iliaque interne; la rupture de ce dernier avait causé la mort. Ce qu'il y a de particulier dans ce cas, c'est la présence d'un athérome de la veine fémorale. Les concrétions calcaires, analogues à celles qui se trouvent dans les artères athéromateuses, sont situées au niveau des valvules.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Derniers journaux de David Livingstone, dans l'Afrique centrale, depuis 1865 jusqu'à sa mort; suivis du récit de ses derniers moments et de ses souffrances, recueilli de la bouche de ses dévoués serviteurs Chuma et Susi (1)

Par Horace WALLER, F. R. G. S., recteur de Twywell (Northampton). — Londres, J. Murray. — 2 vol. in-8°, 1874.

Après un court séjour à Ujiji, Livingstone se mit en route, avec des marchands arabes, pour explorer la contrée de Manyuema, région située à l'ouest du lac Tanganyika, et jusque-là à peine visitée même par des Arabes.

Après s'être vu dans la nécessité deux ans auparavant, d'accepter l'hospitalité dans le camp d'un de ces horribles trafiquants de chair humaine, le voilà contraint de faire route avec eux et d'assister à des abominations sans nom! Il demeura dans ce pays environ deux années, pendant lesquelles ses tentatives pour explorer et traverser le cours d'eau considérable de Luaba furent déjouées de toutes les manières. Il eut encore terriblement à souffrir de maladies répétées et notamment d'ulcères rongeants irritables des pieds, qui l'obligèrent une fois de rester dans sa hutte, à Bambarré, pendant quatre-vingts jours. L'ulcère semble être, dit-il « un fongus phagédénique, car le produit de sécrétion, en se déposant sur quelque partie voisine, devient un nouveau centre de propagation. Le voisinage de l'ulcération est très-sensible, et le mal fait des ravages effroyables lorsqu'on ne prend pas de repos... Les ulcères sont extrêmement rebelles et rien ne peut les guérir avant qu'ils aient érodé l'os, surtout à la partie antérieure des jambes». Les Arabes emploient comme topique un emplâtre composé de cire et d'un peu de sulfate de cuivre finement pulvérisé, et Livingstone, ayant fini par suivre le conseil qu'on lui donna d'essayer « la malachite, frottée sur une pierre avec de l'eau, et appliquée à l'aide d'une plume, trouva en cette substance le seul remède efficace ». Au fond de la poche du portefeuille qui lui servit pendant cette longue et cruelle affection se trouvait un petit fragment de papier imprimé, sur un côté duquel le voyageur avait écrit : « Retournez cette feuille, et vous verrez une goutte de confort qui m'est arrivée au moment où je souffrais d'ulcères rongeants irritables des pieds, à Manyuema, en août 1870. ». La page indiquée constituait un prospectus qu'il avait reçu, avec du thé et d'autres provisions, avant de quitter Ujij; et le fragment conservé par Livingstone comprenait l'annonce du cinquième mille du « récit d'une expédition au Zambèse et ses tributaires », avec un extrait d'une notice des plus élogieuses et des plus chaleureuses, publiée dans le *British Quaterly Review*, sur le caractère et les travaux du grand voyageur. Qui ne serait heureux d'être le critique de la plume duquel avait coulé cette « goutte de confort »? Dans cette contrée, Livingtone eut encore parfois beaucoup à souffrir de nausées et de vomissements, et de diarrhée cholériforme. Les descriptions qu'il fait du pays et des habitants sont extrêmement intéressantes. Les femmes sont jolies, gracieuses, de couleur peu foncée; quant aux hommes, ils ne sont pas moins remarquables au physique; ils ont des idées fixes sur le juste et l'injuste, possèdent des lois et un gouvernement, apprécient le courage chez les hommes et la chasteté chez les femmes. Les détails qu'il donne sur leurs villages, leurs habitations, leur mode de se nourrir et de se vêtir montrent aussi qu'ils sont parfaitement pourvus des moyens propres à leur assurer la santé corporelle et le confort; et ils furent, en général, extrêmement bienveillants pour Livingstone. Mais quelques-unes de leurs coutumes et de leurs pratiques sont cruelles et abominables au dernier degré; le meurtre, comme nous l'appellerions, ou tout au moins, la destruction violente de la vie humaine, est d'une fréquence incroyable parmi eux, et il paraît presque certain qu'ils sont cannibales. Les atrocités les plus effroyables furent édictées contre eux par les marchands d'esclaves arabes, qui brûlaient leurs villages et parfois massacraient hommes, femmes et enfants, simplement pour inspirer la terreur; et la vue d'une infamie horrible commise en ce

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 juillet.

genre, à Nyangwa, finit par décider Livingstone à retourner à Ujiji. Il était depuis quatre mois dans ce village, essayant de réunir une caravane et des hommes pour se mettre à même de traverser la rivière et poursuivre ses excursions; il avait même offert à Dugumbé, marchand d'esclaves, une forte somme pour en obtenir dix hommes chargés de le conduire au lac Lincoln, aux sources d'Hérodote et à la grande caverne de Katanga, assez spacieuse, dit-on, pour donner refuge à dix mille hommes. Les négociations étaient encore pendantes quand les Arabes se ruèrent tout à coup sur les indigènes rassemblés dans le marché et en firent un massacre épouvantable, poussant les hommes, les femmes et les enfants dans la rivière. « Ma première impulsion, dit Livingstone, avait été de décharger mon révolver sur les assassins, mais Dugumbé m'empêcha d'intervenir dans une lutte sanglante, et je fus ensuite content d'avoir écouté son avis. » Mais de pareilles scènes s'opposaient à ce qu'il pût voyager avec des misérables de ce genre. « Après la terrible affaire de la rivière, continue-t-il, le parti de Tagamoio, qui avait été le principal agent de ce crime, continua à tirer sur les indigènes et à brûler des villages. Au moment où j'écris, j'entends les cris lamentables que poussent sur la rive gauche les habitants à la vue de ceux d'entre eux qui ont été tués, sans savoir que beaucoup des leurs sont maintenant dans les profondeurs du Lualaba... Oh! que *Ton* règne arrive! Nul ne saura jamais le chiffre exact des victimes assassinées par cette brillante et chaude matinée d'été; cette scène me donne l'idée de l'enfer. Tous les esclaves du camp s'élancèrent sur les fugitifs pour les dépouiller; des femmes s'occupèrent pendant des heures à recueillir et emporter des charges d'objets abandonnés sous l'influence de la terreur ». Deux jours plus tard, il écrit : « Ces affreuses scènes m'ont donné un grand mal de tête, qui aurait pu avoir des suites fâcheuses sans l'apparition d'une forte hémorrhagie. Toute l'après-midi d'hier, j'ai été obligé de rester couché, dans l'abattement où m'avait mis ce carnage, qui me remplit d'une horreur indicible. Ne partez pas, me disent les chefs Manyuemas; mais je ne puis rester ici dans l'agonie. » Il prit la résolution, quoique ce fût un cruel désappointement pour lui, de retourner sur ses pas et de refaire deux cent cinquante lieues, abandonné des indignes esclaves qu'il avait nourris et habillés pendant vingt et un mois; et à la fin de juillet, il se mit en route pour Ujiji. Mais il lui fallait traverser une contrée dévastée par les marchands d'esclaves, et les indigènes exaspérés, l'ayant pris pour un de ces derniers, mirent plus d'une fois ses jours en danger. Ce fut la seule fois, durant ces sept années de pérégrinations, qu'il fut en butte à des manifestations hostiles. Ce retour fut très-pénible; fortement débilité et en proie à de cruelles souffrances, il arriva enfin à Ujiji, le 23 octobre 1871, « réduit à l'état de squelette ».

Mais toutes les provisions qu'il avait laissées en dépôt avaient été pillées pendant son absence! « A ce moment, dit-il, je me comparai dans mon dénuement, à cet homme qui, en allant de Jérusalem à Jéricho, tomba parmi des voleurs, avec cette différence que je ne pouvais voir arriver à mon secours ni prêtre, ni lévite, ni bon samaritain. » Cependant, quatre jours plus tard, alors que « son courage était à bout », M. Stanley apparut. Livingstone fut profondément touché de ce secours inespéré. « Je ne suis pas d'un caractère démonstratif, dit-il, je suis froid, au contraire, comme tous mes compatriotes; mais cette bonté si désintéressée de M. Bennett, si noblement mise en action par M. Stanley, était simplement accablante! Tout en étant honteux d'en être si peu digne, je leur garde une profonde reconnaissance. M. Stanley a accompli sa part avec une énergie infatigable, et en faisant preuve du meilleur jugement au milieu des difficultés les plus sérieuses! » Il ne tarda pas à recouvrer assez de force pour pouvoir partir avec M. Stanley à l'extrémité septentrionnale du lac Tanganyika, qu'ils explorèrent plus complément qu'on ne l'avait fait jusque-là.

Son compagnon ne tarda pas à tomber malade; après sa guérison, il fit tous ses efforts pour le décider à revenir avec lui en Europe; mais ce fut en vain, Livingstone se faisait un devoir de découvrir les véritables sources du Nil, avant de rejoindre les siens. M. Stanley le quitta donc à Unyanyembé, le 14 mars 1872, en lui laissant des approvisionnements de toute nature et lui promettant de lui envoyer de la côte « des hommes, et non des esclaves » pour l'aider dans son entreprise.

Le plan de Livingstone était de partir d'Unyanyembé pour contourner l'extrémité méridionale du Tanganyika, traverser le Chambezé, passer par le sud du lac Bangeveolo, puis d'aller à l'ouest visiter les quatre sources, qu'il supposait être les fameuses fontaines d'Hérodote, et qui, « selon toute probabilité », devaient naître à huit jours de marche au sud de Katanga, « pour former bientôt autant de rivières importantes ». Il était certain après cela de pouvoir affirmer qu'aucune autre source du Nil ne pouvait venir du Midi sans avoir été vue par lui; tel était le projet qui avait frappé son imagination et qu'il désirait vivement réaliser. « Daigne le Souverain Seigneur, s'écrie-t-il, accorder cette grâce à son serviteur, d'être un homme pour ses enfants et peut-être pour son pays et pour sa race! » Il avait déjà surabondamment honoré sa race et son pays; mais, hélas! il ne lui fut pas donné d'accomplir la tâche qu'il s'était imposée.

Cinq mois s'étaient écoulés depuis le départ de M. Stanley; notre voyageur avait occupé son temps à faire des observations, à écrire et à lire, mais l'attente commençait à lui peser quand, le 15 août, il lui arriva une compagnie de cinquante hommes envoyée par le correspondant du *New-York Herald*. Après les avoir laissés reposer quelques jours, il partit avec eux pour son dernier voyage, le 25 août 1872. Malheureusement la saison était mauvaise et fort pénible; et, moins d'un mois après, nous le voyons aux prises avec son vieil ennemi, la dysentérie; le 19 septembre, il écrit : « Je souffre des entrailles, je n'ai rien mangé depuis huit jours », et les survivants de cette expédition ont rapporté qu'à dater de cette époque, il n'eut que de courts intervalles d'une santé même relative. Dans les premiers jours de janvier 1873, la caravane rencontra aux abords du lac Banyeveolo, un dédale inextricable de jungles et de marais; elle dut poursuivre sa marche dans une vase perpétuelle, au milieu de laquelle les rivières ne se distinguaient que par leurs courants profonds et la nécessité de les traverser en canots. Pour comble de malheur, des pluies incessantes. Quelle situation pour un homme atteint de la dysentérie! A la fin de janvier, nous lisons cette note : « Je perds beaucoup de sang », et un peu plus tard, le 14 février : « Des hémorrhagies excessives m'obligent de rester ici. » Il dut en ce moment commencer à avoir des doutes sur la résistance de la santé et de ses forces, si l'on en juge par la note suivante : « Si le ciel m'accorde la faveur de terminer mon œuvre, je l'en bénirai, quoiqu'il doive m'en coûter de fatigue, de peine, et de travail; cette dernière excursion m'a complétement blanchi les cheveux ». Il n'en poursuivit pas moins sa route, en proie à des souffrances physiques et morales de toute espèce, jusqu'au 10 avril, où il dit : « Je suis pâle, exsangue et affaibli par des hémorrhagies abondantes et continuelles, depuis le 31 mars; une artère s'est ouverte, et mes forces s'écoulent avec mon sang. Oh! que le Tout-Puissant tarde à me permettre d'achever ma tâche! » Dix jours plus tard, il est « excessivement faible », peut « à peine tenir son crayon »; son bâton est un fardeau pour lui, et il est incapable de faire la moindre observation. Le surlendemain, il ne pouvait plus marcher, épuisé par les horribles souffrances de la dysentérie. Enfin, à la date du 27 avril, nous lisons les derniers mots qu'il ait écrits d'une main défaillante : « J'ai été bien bas, — arrêt, — mieux, — envoyé acheter des chèvres laitières. Nous sommes sur les bords du Molilamo. » Ses serviteurs, remplis d'amour et de soumission, le portèrent encore jusqu'au village de Chitambo, où il rendit l'âme, dans la nuit du 30 avril. « Il était agenouillé près de son lit, le corps étendu en avant, la tête enfoncée dans ses mains sur l'oreiller », mort, quand ses fidèles compagnons entrèrent dans sa tente.

Chitambo, le chef du village, se conduisit généreusement; et les hommes de Livingstone, dirigés par Chuma, Susi et Jacob Wainwright, agirent avec une intelligence remarquable dans la position extrêmement difficile où ils se trouvaient. Résolus à transporter le corps de leur maître jusqu'à la mer, pour le remettre à ses compatriotes, il leur fallut d'abord le préserver de la putréfaction, puis franchir avec ce précieux fardeau des centaines de lieues, au milieu de difficultés et de dangers incalculables. Ce retour funèbre ne leur demanda pas moins de dix mois, car ils n'atteignirent la côte qu'au mois de fé-

vrier 1871. Si la dépouille mortelle du grand voyageur repose aujourd'hui sous les voûtes de Westminster, c'est grâce au dévouement prodigieux de ces serviteurs, dont les noms méritent de passer à la postérité.

Les volumes que nous venons d'analyser sont profondément intéressants et ne peuvent qu'augmenter notre admiration pour « la grandeur simple de cet amant de la science et du progrès, qui donna sa vie pour l'une et l'autre, confondant dans un même amour Dieu, la civilisation et l'humanité » ; mais leur lecture excite en même temps un sentiment de profonde mélancolie. Chaque chapitre, chaque page déborde des misères et des atrocités horribles résultant de la « grande pluie vive », qui est la malédiction de l'Afrique centrale; et l'on ne saurait parcourir les journaux de Livingstone sans partager, dans une certaine mesure, le sentiment d'impuissance et d'abattement dont il fut parfois affecté; espérons du moins avec lui que le remède viendra quelque jour, et s'il faut pour cela des sacrifices et du sang, consolons-nous en songeant, avec un autre voyageur anglais (Samuel Baker) que « ce sang ne sera qu'une goutte d'eau dans l'océan, en comparaison de celui que font couler chaque année les guerres de tribus et le trafic des esclaves ».

(*Med. Times and Gazette.*) Dr Darin G.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Nancy. — Il est ouvert au ministère de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, sur l'exercice 1875 (budget de l'instruction publique, section 1re, chapitre 7, Facultés), un crédit de 49,998 fr. 98, applicable aux dépenses de construction d'un édifice destiné à la faculté.

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. Em. Grenier, ancien doyen, est nommé doyen honoraire.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Rey, docteur en médecine, est institué chef des travaux anatomiques, pour une période de six années, à dater du 1er novembre 1875.

— *École de médecine d'Arras.* — M. Leviez, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, est nommé titulaire de cette chaire.

M. Lescardé, suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, est nommé professeur adjoint de pathologie externe, en remplacement de M. Maurice, décédé.

— *École de médecine de Besançon.* — M. le docteur Goumand est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, pour une période de six années.

— *École de médecine de Caen.* — M. Auvray, professeur adjoint de clinique externe, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Maheut, appelé à d'autres fonctions.

M. Levéziel, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur adjoint de clinique externe.

M. Delouey, chef des travaux anatomiques est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Levéziel.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Poisson (Marie-Gustave), docteur en médecine, est institué suppléant de la chaire d'anatomie et de physiologie, pour une période de six années.

— M. le docteur Hallez est nommé médecin adjoint du lycée de Lille, en remplacement de M. le docteur Chrestien, décédé.

— M. le docteur Saillard est nommé médecin adjoint du lycée de Besançon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie, par M. Tillaux, directeur des travaux anatomiques de l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.— Premier fascicule : *De la tête.* 400 pages grand in-8°, avec 106 figures tirées en noir et en couleurs et intercalées dans le texte. — Prix : 7 fr. 50. — P. Asselin.

Nota. — Le *Traité d'anatomie topographique* sera publié en trois fascicules. Le deuxième fascicule, qui est sous presse, contiendra le *cou*, les *membres supérieurs* et le *thorax*; dans le troisième fascicule seront décrits l'*abdomen*, le *bassin* et les *membres inférieurs.*

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. — Le premier demi-volume du tome XVIIe siècle de la 1re série et le deuxième demi-volume du tome IXe de la 2e série sont en vente aux librairies G. Masson et P. Asselin, place de l'École-de-Médecine. — Prix de chaque demi-volume : 6 francs.

Recherches sur la pourriture d'hôpital, par le docteur E. Wolff. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1875, A. Delahaye.

Traitement chirurgical des pauvres à domicile. Mémoires présentés au directeur de l'Assistance publique par la Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris. — In-8° de 75 pages. Prix : 1 fr. 25. — Paris, 1875, J. B. Baillière et fils.

Des vibrioniens dans le pus des plaies et des abcès, et les pansements antiseptiques, par le docteur P. Bouloumié. — In-8°. Prix : 50 centimes. — Paris, Adrien Delahaye.

Sur une variété particulière de kystes séreux-ovariques, par le docteur Panas. — In-8°. Prix : 50 centimes. — Paris Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Granules de digitaline
d'HOMOLLE et QUEVENNE
(auteurs de la découverte). — *Approbation de l'Académie de médecine.* — *Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris,etc.* — « C'est à tort que le nom de *digitaline* a été donné au produit cristallisé extrait de la digitale, puisqu'il ne possède pas l'action physiologique spéciale à cette plante.— Les médecins feront bien de continuer à prescrire la *digitaline de MM. Homolle et Quevenne* aux malades ne pouvant pas supporter la digitale. » (*Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, 1874, t. VIII, p. 397.)

N. B. — Pour éviter les imitations *inefficaces* ou *dangereuses* de la *véritable digitaline*, exiger les noms *Homolle* et *Quevenne* sur les étiquettes rondes qui scellent les bouts du flacon, et le nom *C. Collas*, dépositaire général, 8, *rue Dauphine*, Paris. — Le flacon : 3 francs.

CHLOROSE, ANÉMIE

PILULES ET SIROP
FAVROT
AU PYROPHOSPHATE DE FER
ET DE MANGANÈSE CITRO-AMMONIACAL
CE SEL NE CONSTIPE PAS

Il ournit les éléments principaux du sang et des os. Son action est héroïque chez les enfants débiles, les convalescents, dans le traitement de l'anémie, de la chlorose, de l'aménorrhée et de la leucorrhée. Solubilité complète. Assimilation facile, saveur agréable.

Prix : 3 fr. Pharmacie Favrot, 102, rue de Richelieu, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

Alcaloïdes, poisons, et tous médicaments dosés
SOUS FORME DE **GRANULES ET DRAGÉES** PRÉPARÉS PAR
GARNIER-LAMOUREUX ET Cie
Plus de 15 ans d'existence ont établi la supériorité de nos produits. *Exiger notre cachet.*
Ph. **VIÉ-GARNIER**, 213, r. St-Honoré, Paris.

VIN ET SIROP IODO-PHOSPHATÉS
DE **QUINQUINA FERRUGINEUX**
de **VIÉ-GARNIER**.

CONTREXEVILLE
(SOURCE DU PAVILLON)
CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.
ÉTABLISSEMENT OUVERT
DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Sirop reconstituant
D'Arséniate de fer soluble
de A. CLERMONT
Licencié ès sciences, ex-interne des hôpitaux de Paris, Pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'Arséniate de fer **soluble** est reconnu d'une absorption, partant d'une efficacité plus régulière et plus sûre que celle de l'arséniate de fer **insoluble**.

Son emploi est naturellement indiqué dans la *chlorose*, *l'anémie*, la *cachexie paludéenne*, la *phthisie pulmonaire*, les *maladies de la peau*, les *névralgies*, le *diabète*, etc.

Chaque cuillerée à café représente exactement 1 milligramme d'Arséniate de fer **soluble**.

Ph. E. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris ET DANS TOUTES LES PHARMACIES. — Fl. 2 fr. 50.
Vente en gros : E. Grillon, 27, r. Rambuteau, Paris.

SOLUTION COIRRE
AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX
24, r. du Regard, Paris, et pharmacies
SIROP et VIN
Pour les personnes qui ne doivent pas en faire un long usage.

TRAITEMENT
DES MALADIES CONSOMPTIVES
par la **Musculine Guichon** et les **Potions alcooliques** graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser *au F. Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain)*, et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

FARINE MORTON
FARINE D'AVOINE
D'ÉCOSSE
Le meilleur aliment pour les **ENFANTS** 1 fr. 20 la boîte Pharmacies

VIN MARIANI
à la COCA du PÉROU
Le plus agréable et le plus efficace des toniques.
5 francs la bouteille.
Mariani, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

VIANDE CRUE ET ALCOOL
Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO.
PHTHISIES, *Anémie*, **Rachitisme**, DIABÈTE, *Diarrhée*, **Cachexies**, *Albuminurie*, *la* **Convalescence**, *l'épuisement*. (*Gros*), 8, r. *Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

ÉPILEPSIE
HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Liqueur de Carrié au tartrate
ferrico-potassico-ammoniaque.

La LIQUEUR DE CARRIÉ est la meilleure des préparations ferrugineuses pour combattre la **chlorose**, les migraines, les gastralgies. Toutes les fois que le sang a besoin de fer, cette liqueur doit avoir la préférence sur les autres ferrugineux, elle réussit mieux, l'estomac la supporte plus facilement et elle ne provoque **jamais de constipation.** — Le flacon, 3 francs, 38, rue de Bondy, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

A la même pharmacie, le **carton anti-asthmatique** de *Carrié*, la meilleure préparation connue jusqu'à ce jour. La preuve la plus frappante de son efficacité, c'est qu'elle a été admise à la page 653 du Codex de 1866, publié par ordre du gouvernement. — La boîte : 5 francs.

Vin de Bugeaud toni-nutritif
au quinquina et au cacao.

Les propriétés du **Vin de Bugeaud**, *préparé au vin d'Espagne*, étant celles des toniques radicaux et analeptiques réunis, ce médicament est indiqué dans *l'appauvrissement du sang*, dans *les névroses, les flueurs blanches, la diarrhée chronique, les pertes séminales involontaires, les hémorrhagies passives, les affections scorbutiques, la période de convalescence de toutes les fièvres.*

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

La vogue exceptionnelle acquise par le **Vin de Bugeaud** a éveillé la cupidité de certains industriels. *Les médecins et les malades* devront donc se tenir en garde contre les contrefaçons et les imitations offertes par quelques intermédiaires peu scrupuleux.

Dépôt général : Pharmacie Lebeault, 53, rue Réaumur, Paris.

Le **Vin de Bugeaud** se trouve dans toutes les principales pharmacies en France et à l'étranger.

Coton iodé du Dr Méhu préparé par **J. THOMAS**, *pharmacien de 1re classe, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux, lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.*

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé du Dr Méhu*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Prix du flacon : 3 fr. 50. — 48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharmacies.

MALADIES PAR FERMENT MORBIFIQUE
Médication sulfitée
Granuloïdes du docteur
P. de PIETRA-SANTA
A l'hyposulfite de chaux. . . . 3 fr. 50
A l'hyposulfite de chaux ferré. 3 fr. 50
Pharmacie *MARIANI*, 41, *boulevard Haussmann.*

Sirop Lagnoux
Au valérianate de caféïne, expérimenté dans les hôpitaux ; spécial contre la coqueluche et l'asthme nerveux.
Pharmacie **LAGNOUX** 57, rue du Cherche-Midi, Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies.
PRIX : 5 FRANCS LE FLACON.






PEPSINE BOUDAULT
SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS
(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre
Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**
HOTTOT, successeur de BOUDAULT, 24, rue des Lombards, a Paris.

CAPSULES ET SACCHARURE A L'EXTRAIT ALCOOL. ÉTHÉRÉ DE **CUBÈBE**
LES CAPSULES s'emploient avec succès contre : **Angines diphthéritiques, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;** le SACCHARURE contre le **Croup.**
La Pharm. DELPECH, rue du Bac, 23, Paris, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS

N° 87. — MARDI 27 JUILLET 1875. 48e ANNÉE. MARDI 27 JUILLET 1875. — N° 87.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

A propos d'un mémoire de M. Chevreul, ayant pour titre : *Exposé des sources d'où découlent les facultés instinctives et intellectuelles des animaux et de l'homme*, M. Bouillaud lit une note intitulée : *Considérations cliniques et expérimentales sur le système nerveux, sous le rapport de son rôle dans les actes régis par les facultés sensitives, instinctives et intellectuelles, ainsi que dans les actes locomoteurs dits volontaires.* L'honorable professeur s'applique à résumer, dans cette note, les travaux de Flourens et les siens propres, dont la publication remonte à une trentaine d'années.

On sait que, par des ablations successives pratiquées sur la matière encéphalique d'un grand nombre de pigeons et de petits mammifères, Flourens était arrivé à ces deux conclusions : 1° que les lobes cérébraux sont le siége de toutes les perceptions, de l'instinct et de l'intelligence ; 2° que la faculté de coordonner les mouvements en marche, saut, vol ou station dérive exclusivement du cervelet.

Tout en admettant l'exactitude des expériences de M. Flourens, M. Bouillaud n'en avait pas accepté intégralement les conclusions. C'est ainsi que, il n'avait pas admis que les lobes cérébraux sont le siége exclusif de la perception des sensations, parce que, après l'ablation de ces lobes, l'animal se meut quand on l'excite, l'iris se contracte quand on approche une lumière des yeux. Il n'avait pas admis non plus que le cervelet coordonne tous les mouvements de locomotion et de préhension. Pour M. Bouillaud le cervelet est le *législateur* de tous les mouvements équilibrés : station, marche, course, saut, danse, etc., il est aussi le siége de la mémoire de ces mouvements et de l'instinct particulier qui nous pousse à nous mouvoir. Enfin le cerveau, sans préjudice de ses autres usages, serait le siége des centres coordinateurs des mouvements, nécessaires à l'exécution d'un grand nombre d'actes intellectuels et de la parole en particulier.

Les travaux de M. Bouillaud constituent, avec ceux de Gall et de Flourens, le premier pas vers le débrouillement des fonctions du cerveau; mais il restait encore beaucoup à faire.

Il fallait donc faire table rase de tous ces *principes coordinateurs, législateurs* et autres, et mettre à leur place ce qui constitue la *matière fonctionnelle* du cerveau, c'est-à-dire l'ensemble des choses senties, y compris les impressions de *souvenir* et l'ensemble des mouvements réactionnels qui succèdent à l'activité du cerveau s'exerçant sur les choses senties, actuelles ou de souvenir. Il fallait faire le dénombrement exact de toutes ces choses, les classer ensuite physiologiquement et déterminer enfin les conditions organiques qui président au mécanisme de la *fonction cérébro-motrice,* dont la *fonction-langage* n'est qu'une forme particulière.

En d'autres termes, avant d'expérimenter avec fruit sur le cerveau, il fallait avoir *l'idée expérimentale utile,* et cette idée expérimentale ne pouvait naître que du débrouillement physiologique de la vie cérébrale et du classement logique de tous les éléments qu'elle renferme. L'idée expérimentale ayant été trouvée et bien définie, il devenait relativement facile, en invoquant les faits pathologiques déjà existants et l'expérimentation, de déterminer les conditions organiques fondamentales de l'activité fonctionnelle du cerveau. C'est le programme que nous nous sommes imposé et que nous avons suivi soit dans notre *Physiologie du système nerveux,* soit dans notre *Mémoire sur le fonctionnement du cerveau.* M. Bouillaud trouverait au besoin, dans ce dernier mémoire, l'explication vraie des phénomènes que présentaient les animaux mis en expérience par lui et par Flourens. Cette explication n'était pas possible avant ce que nous avons dit touchant les *conditions* de la mémoire.

— M. Pasteur lit une note intitulée : *sur une distinction entre les produits organiques naturels et les produits organiques artificiels.*

D'après M. Pasteur, il n'existe pas dans la science un seul exemple d'un corps inactif qui ait pu être, jusqu'à présent, transformé en un corps actif par les réactions de laboratoire. « Transformer, dit-il, un *corps inactif en un autre corps inactif,* qui a la faculté de se résoudre simultanément en un corps droit et en son symétrique, n'est en rien comparable à la possibilité de transformation d'*un corps inactif en un corps actif simple.* C'est là ce qu'on n'a jamais fait ; c'est là, au contraire, ce que la nature vivante fait sans cesse sous nos yeux. »

— M. Tholozan lit une note *sur la chronologie et la géographie de la peste au Caucase, en Arménie et dans l'Anatolie, dans la première moitié du dix-neuvième siècle.*

— M. Mouchez vient d'être nommé dans la section d'astronomie en remplacement de feu M. Mathieu. M. Mouchez a été élu par 33 suffrages sur 60 votants.

Dr Édouard FOURNIÉ.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC

Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris depuis la guerre de 1870-1871.

Leçon recueillie par M. HUGONNEAU, interne de service.

Messieurs,

Dans la revue que je viens de faire devant vous des malades les plus intéressants de mon service, je vous ai montré un grand nombre de blennorrhagies simples ou compliquées d'épididymites, d'orchites, d'inflammation du col de la vessie, de rhumatismes articulaires, etc., etc. Je vous ai fait voir aussi les principales variétés du chancre syphilitique, depuis l'érosion superficielle qui peut si facilement passer inaperçue, du malade et du médecin, jusqu'à la large et profonde ulcération que l'accident primitif de la syphilis se creuse quelquefois dans l'induration hyperplasique qui lui sert de base.

Vous avez pu suivre pour ainsi dire pas à pas, sur quelques sujets, les conséquences de l'intoxication virulente, pendant les premières phases de la maladie constitutionnelle. Chez les uns, il n'existait encore que l'adénopathie polyganglionnaire des aines, dure, indolente, concentrée dans les ganglions, libre de toute adhérence avec les tissus périphériques et n'irradiant autour d'elle aucun phénomène inflammatoire. Chez d'autres, le processus s'accusait par une diffusion qui avait envahi une étendue plus ou moins considérable de la surface tégumentaire cutanée et muqueuse. Chez d'autres enfin, moins rapprochés du début de la syphilis, vous avez pu constater un ordre de lésions dont la tendance ulcéreuse ou destructive trahissait une imprégnation plus grave et plus intense de l'économie par le virus syphilitique, etc.

Pour vous donner une idée complète, quoique sommaire, de l'ensemble des maladies vénériennes, j'aurais voulu vous faire examiner aussi quelques malades atteints de chancres simples et de bubons chancreux. Eh bien, messieurs, il y a déjà longtemps que je n'en ai pas vu un seul cas soit à ma consultation, soit dans mes salles. Je m'en applaudis au point de vue de l'hygiène et de la santé publique, quoique je ne puisse m'empêcher de le regretter comme professeur.

Ceux d'entre vous qui me faisaient l'honneur de suivre mes leçons, l'année dernière à pareille époque, se rappellent que j'en consacrai plusieurs à l'étude de cette troisième espèce des maladies vénériennes. Nous en avions plusieurs échantillons dans le service. Je m'étendis longuement sur les complications du chancre simple, et en particulier sur les balano-posthites phlegmoneuses et gangréneuses qui en sont symptomatiques.

En attirant ainsi, chaque semaine, votre attention sur de pareils accidents, avais-je le pressentiment que l'occasion de les observer était opportune, et qu'il ne fallait pas la laisser échapper, sous peine de ne plus la retrouver ultérieurement? Oui, messieurs, et, dès lors, je vous fis remarquer et je vous prouvai par des statistiques que le chancre simple était de moins en moins commun, et que si sa diminution s'accusait d'année en année dans des proportions aussi considérables, il finirait par devenir un phénomène pathologique exceptionnel. M'étais-je trompé? Vous en jugerez par ce que je vous dirai plus tard sur la rareté progressive des chancres simples.

I

Mais avant d'aborder cette question, je tiens à vous entretenir des changements qui sont survenus dans le nombre des maladies vénériennes traitées à l'hôpital du Midi, depuis que j'en suis médecin, c'est-à-dire depuis l'année 1868. C'est une étude statistique dont l'intérêt et l'importance ne vous échapperont pas et qui est le préambule presque obligé de ce que je vous exposerai sur la rareté actuelle du chancre simple.

Messieurs, on peut juger de la quantité des maladies vénériennes qui existent dans la ville de Paris, d'après le nombre des malades qui viennent demander des soins, chaque jour, à la consultation de cet hôpital.

Ce nombre s'est élevé, pour ses trois divisions réunies :

En 1869, au chiffre de.	26,815
En 1870, —	23,350
En 1871, —	18,187
En 1872, —	23,392
En 1873, —	20,429
En 1874, —	18,419
En 1875 (1er sem.), au chiffre de.	8,249

Avant d'aller plus loin, je dois vous faire remarquer que ces chiffres comprennent non-seulement les malades qui se présentent pour la première fois à la consultation, mais aussi ceux qui y reviennent. On se tromperait donc considérablement si l'on supposait qu'ils indiquent des individus distincts; mais peu importe, au point de vue où nous nous plaçons, puisque ce procédé de statistique en bloc s'applique à toutes les années que nous comparons. D'ailleurs, plus tard, j'évaluerai approximativement quels sont les chiffres réels des consultants pour chaque année?

Eh bien, que résulte-t-il de ce tableau, c'est que le nombre des vénériens a diminué à Paris dans des proportions très-grandes depuis la guerre de 1870-1871.

Cette diminution s'était accusée dès le mois de juillet de l'année 1870. Il suffit pour s'en convaincre de comparer le nombre des consultants dans le deuxième semestre de 1869 à celui des consultants dans le deuxième semestre de 1870 :

2e semestre de 1869.	12,054
2e semestre de 1870.	10,809

Soit une différence de 1,245 en faveur du deuxième semestre de 1869.

Quant à la différence entre le premier et le deuxième semestre de 1870, elle a été de 1,732.

II

Mais c'est surtout pendant le premier semestre de 1871, que le chiffre des consultants est tombé à son minimum, car ni avant, ni depuis, je n'en ai trouvé un aussi faible pour la même période de temps.

Ce chiffre, en effet, messieurs, n'a été que de 7,481. Comparez-le à celui du premier semestre de 1870, qui s'est élevé à 12,541, et vous aurez la différence énorme de 5,060.

Ainsi les événements de la fin de 1870 et du commencement de 1871 ont eu, en ce qui concerne les maladies vénériennes, un résultat facile à prévoir. Ce résultat a été immédiat ; il s'est accusé dès les premiers mois de la guerre, a grandi progressivement et s'est traduit en deux semestres par une diminution de près d'un tiers dans le nombre des malades qui viennent nous consulter à l'hôpital du Midi.

Ce nombre, en effet, pour les douze mois qui avaient précédé la guerre, avait été : dans le deuxième semestre de 1869, 12,054 ; dans le premier semestre de 1870, 12,541; soit 24,595. Pour le deuxième semestre de 1870 et le premier semestre de 1871, la somme totale n'a donné que 18,290, c'est-à-dire que, dans ces deux derniers semestres, il y a eu 6,305 consultants

de moins que dans les deux premiers, ce qui représente bien une diminution d'environ un tiers.

III

Cette diminution s'est-elle continuée après les événements? Vous pouvez en juger par le tableau, que je vous ai donné tout à l'heure, du nombre des consultants pour chaque année.

Que nous apprend-il, messieurs? Il nous apprend qu'à partir du deuxième semestre de 1871, le nombre des malades qui était tombé à son minimum de 7,481, se relève peu à peu.

Dans le deuxième semestre de cette même année, il atteignit le chiffre de 10,706. Il y eut donc dans ce semestre 3,225 consultants de plus que dans le premier.

En 1872, l'augmentation fut encore plus prononcée. Il se présenta à la consultation 23,392 malades, c'est-à-dire 42 de plus qu'en 1870, et 3,392 de plus qu'en 1871 (1).

Mais à partir de 1873, cette espèce de recrudescence momentanée s'arrêta, puisque nous n'eûmes que 20,429 malades consultants, soit 2,963 de moins qu'en 1872.

Depuis, la décroissance ne s'est pas arrêtée, et elle se continue encore aujourd'hui, comme vont vous le prouver les chiffres suivants :

En 1874, le chiffre des consultants n'a été que 18,419, soit 4,973 de moins qu'en 1872, et 2,010 de moins qu'en 1873.

Pendant l'année 1875, la progression descendante persistera-t-elle? Il y a tout lieu de le croire. Nous connaissons maintenant le chiffre des consultants pendant le premier semestre. Or il n'a été que de 8,249. Il s'est donc rapproché beaucoup de ce minimum de 7,481 qu'il avait atteint pendant la guerre dans le premier semestre de 1871, et il a été inférieur de 1,040 au chiffre 9,289 du premier semestre de 1874, et de 881 au chiffre 9,130 du deuxième semestre de la même année.

(*A suivre.*)

LÈPRE NOSTRAS TUBERCULEUSE

TACHETÉE ET ANESTHÉSIQUE (2).

Par M. E. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Le malade sur lequel j'ai l'honneur d'appeler l'attention de la société est atteint d'une affection, rare en France, qui, si l'on s'en tenait aux apparences, participerait à la fois de la sclérodermie, de l'éléphantiasis des Grecs et de l'asphyxie locale. C'est une *lèpre tuberculeuse*, *anesthésique et tachetée*, aux premières phases de son évolution, née spontanément, sans antécédents héréditaires, chez un sujet qui a toujours habité la France.

Voici l'observation résumée sur les notes recueillies par MM. Martin et Planteau, internes de mon service.

Observation. — M... (Jules), serrurier, âgé de trente-sept ans, né à Mantes (Seine-et-Oise), ayant toujours habité Paris ou les départements voisins de celui de la Seine, est entré à l'hôpital St-Louis, service de M. Vidal, le 22 avril 1875.

C'est un homme intelligent, rendant parfaitement compte des premiers accidents de sa maladie. Il est grand, d'une constitution robuste, vigoureusement musclé, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Ses ascendants n'ont jamais quitté la France et n'ont eu aucune affection cutanée, son père et sa sœur sont bien portants. Sa mère a succombé à un cancer de l'utérus. Sauf un chancre contracté à l'âge de dix-huit ans et suivi quelques mois après de l'apparition de plaques muqueuses dans la bouche, il a toujours joui d'une bonne santé et n'a vu reparaître aucun autre accident de syphilis. Il est marié depuis quatorze ans. Sa femme, que j'ai examinée il y a quelques jours, ne présente aucun signe qui puisse faire soupçonner la lèpre, il a un fils de treize ans bien constitué.

La maladie actuelle a débuté il y a deux ans, à la suite d'un refroidissement brusque, le corps étant en sueur. L'arrêt de transpiration persista sur le tronc, tandis que la tête, les pieds, les mains, devenaient le siége habituel d'une sécrétion sudorale abondante presque supplémentaire. Les troubles de l'exhalation cutanée persistent encore. Depuis cette époque le malade a presque constamment les pieds froids et les mains froides. Lorsque la température s'abaisse, les extrémités se cyanosent.

Un mois après le refroidissement suivi immédiatement de diminution des forces, d'une sorte d'état de langueur, M... a éprouvé des démangeaisons et a vu paraître sur sa peau des rougeurs violacées, persistantes, dont la plupart se sont exulcérées.

Presque dès le début, la peau des régions sourcilières a commencé à rougir, puis elle s'est épaissie, indurée, et les sourcils n'ont pas tardé à tomber. Peu à peu la rougeur et l'épaississement ont gagné la peau du front et le cuir chevelu. Depuis une année l'alopécie fait des progrès.

Il se plaint, depuis un an environ, de démangeaisons, plus fortes pendant la nuit, occupant presque toute la surface du corps et suivies souvent de rougeurs. Depuis cette époque aussi sont survenues aux régions internes et antérieures des cuisses, autour du cou, sous les aisselles, sur les parois latérales du tronc de larges taches bleuâtres, des varices superficielles et des exulcérations de la peau en même temps que le tégument se tuméfiait et s'indurait. La plupart de ces exulcérations, actuellement cicatrisées, ont laissé des cicatrices lisses sur un lacis vasculaire assez étendu.

Aujourd'hui encore, à gauche de la racine du cou, on voit une exulcération croûteuse du diamètre d'une pièce de 50 centimes. Dans d'autres points, on constate des exfoliations épidermiques résultant de l'asphyxie locale.

Les ulcérations, probablement sous l'influence du frottement des vêtements, ont, à plusieurs reprises, donné lieu à un suintement sanguin assez abondant.

Il y a un an environ, pendant l'été, les avant-bras, les mains, les jambes et les pieds se sont souvent tuméfiés. Cette sorte d'œdème était passager et disparaissait après quelques jours de repos.

Depuis plusieurs mois, la peau des bras, des avant-bras, de la partie antérieure de la poitrine, celle de la partie antérieure des cuisses est restée empâtée, épaissie, d'une coloration plus rougeâtre que celle de la peau normale. Ces larges plaques d'induration sont le siége d'une desquamation furfuracée pityriasiforme.

État actuel. — Alopécie presque complète du cuir chevelu, sauf quelques bouquets de poils atrophiés, lanugineux, sur la région du sinciput. Les points qui ont conservé des cheveux sont le siége d'une desquammation pityriasique abondante. Les parties les plus anciennement dépouillées à la région des tempes et de l'occiput sont absolument glabres, et la peau en est luisante.

La peau des régions sourcilières, très-épaissie, forme un bourrelet au-dessus des yeux; elle semble adhérer au tissu cellulaire sous-cutané, induré et immobile. La coloration en est rosée, arborisée de petits vaisseaux superficiels formant un réseau bleuâtre. Il ne reste plus un seul poil des sourcils.

A droite les cils sont conservés, le bord libre de la paupière paraît sain. Mais à gauche la paupière supérieure a perdu ses cils et son bord libre est épaissi et vascularisé. Il reste encore quelques cils à la paupière inférieure.

La peau est épaissie à la racine du nez, ce qui donne à la figure une expression morose et rappelle le type du léontiasis.

Dans la lèvre supérieure on trouve des points de la peau épaissis, et sur ces saillies les poils sont devenus rares. On retrouve encore de l'épaississement vers l'angle de la mâchoire et de la région parotidienne.

Le lobule et le pavillon de l'oreille paraissent extérieurement à

---

(1) Ce chiffre de 23,392, pour l'année 1872, est très-considérable, surtout si on le compare aux chiffres de l'année 1871 et des années 1873, 1874 et 1875. — Le nombre des mariages atteignait aussi cette année-là un chiffre fort élevé. Je m'occuperai plus loin de ces deux faits remarquables.

(2) Observation présentée à la Société médicale des hôpitaux.

l'état normal ; mais, en arrière de chaque lobule, existe une tumeur mal limitée, allongée, ovale, du volume d'une grosse amande, d'un rouge violacé.

Ces tubercules sont mollasses, vasculaires, saignant facilement, presque insensibles au toucher et à la piqûre. La tumeur de droite est en partie exulcérée.

Sur les faces latérales et postérieures du cou, la peau est épaissie, rougeâtre, vascularisée, laissant voir, sous un épiderme aminci, des varices superficielles formant des arborisations bleuâtres.

Sur les côtés on voit des cicatrices superficielles et une exulcération croûteuse. Autour de ces angiectasies on remarque des teintes bistrées ou café au lait. Il y a là une véritable asphyxie locale, avec la dilatation du réseau vasculaire, la coloration cyanosée, l'exfoliation de l'épiderme, et à un degré plus avancé l'exulcération du derme.

Cette lésion, que nous retrouvons très-prononcée au-dessous des aisselles, sur les parois latérales du tronc, sur la partie interne et supérieure des cuisses, débuterait, au dire du malade, par une petite plaque rouge, d'une sensibilité douloureuse au toucher, qui, d'abord du diamètre d'une pièce de 50 centimes, formant plutôt dépression que relief, prend une teinte légèrement bistrée, s'excorie et s'élargit en se vascularisant. D'autres fois le début se ferait par une petite bulle dont l'apparition, qui a lieu ordinairement pendant la nuit, est précédée et accompagnée de vives démangeaisons, et dont le liquide se concrète en quelques heures.

A la partie antérieure de la poitrine, surtout en avant des muscles pectoraux, la peau est très-épaissie, d'une teinte rosée, légèrement violacée. Elle est sèche, ternie par une desquammation pityriasiforme, très-fine. On sent dans l'épaisseur du derme et dans le tissu cellulaire sous-cutané de petits tubercules qu'on peut rendre apparents, en tendant le tégument.

Sur les avant-bras la peau indurée présente les mêmes caractères. L'épaisseur est plus considérable à la partie externe, où elle forme une large plaque dont la consistance est analogue à celle de la sclérodermie à sa première période. (*Sclérodermie lépreuse* de Bazin.)

Sous les aisselles, la peau présente de larges plis dont le relief est d'une couleur bistre plus ou moins foncée; ces teintes se retrouvent par plaques sous les aisselles ; elle s'y mêlent à de larges taches violacées, colorées par un lacis vasculaire et à des cicatrices superficielles, lisses, résultant d'exulcérations.

La peau de la face antérieure des cuisses est épaissie et présente les mêmes caractères que celle des avant-bras. A la partie interne et supérieure, au-dessous de l'aine gauche, on voit de larges cicatrices d'exulcérations sur un fond vascularisé, bleuâtre, entourées d'une coloration bistrée.

Cicatrice lisse sur un tégument épaissi, à la face dorsale de la racine de la verge; la tuméfaction du derme s'étend jusque sur la région hypogastrique et est très-marquée à la région du pubis, dont l'alopécie, commencée depuis près d'un an, est devenue presque complète.

Les mains sont froides, légèrement cyanosées, humides de sueur, sans tuméfaction. Sur la face dorsale on voit des petites cicatrices, très-nombreuses, résultant des brûlures produites par les particules détachées du fer incondescent. Sur M... elles sont en relief, au lieu d'être plates ou déprimées comme chez les autres forgerons.

La peau des pieds n'est pas épaissie; cependant les orteils sont violacés et froids; on y trouve des cicatrices consécutives aux exulcérations qui se sont produites pendant l'hiver. Ces extrémités sont le siége de vives démangeaisons.

Presque tous les ganglions sont engorgés, plus volumineux qu'à l'état normal. Ceux des régions axillaires sont plus développés que ceux de la région cervicale et font relief sous la peau. Les plus hypertrophiés sont ceux des régions inguinales. Ils font une saillie qui atteint environ le volume d'une gros œuf de poule. Le ganglion longitudinal du côté droit est à lui seul de la grosseur d'une noix. Ces pléiades ganglionnaires sont indolores.

Sauf la rate, augmentée d'un tiers, on ne constate aucune apparence de lésion viscérale.

Les facultés intellectuelles ne semblent pas déprimées.

Les muscles paraissent intacts et semblent avoir conservé toute leur vigueur; cependant le malade se fatigue facilement.

Depuis plus de dix-huit mois les fonctions genésiques se sont affaiblies, et actuellement l'impuissance est presque complète. Le testicule droit a son volume normal; le gauche est atrophié; mais cette atrophie est ancienne, antérieure à la maladie actuelle, et déterminée par un varicocèle très-volumineux.

Les troubles de la sensibilité sont très-marqués : anesthésie et analgésie, à un degré variable, sur toutes les régions où la peau est indurée, plus prononcée encore sur les taches bistrées et sur les points où existe l'angiectasie du réseau vasculaire. C'est autour du cou, dans la région susclaviculaire et au-dessous des aisselles que cette diminution de la sensibilité se fait plus particulièrement remarquer. Elle est presque absolue sur les tubercules situés derrière les oreilles.

Deux douches hydrothérapiques par jour, la valériane en infusion, le bromure de potassium à la dose de 4 grammes sont les agents thérapeutiques auxquels j'ai eu recours. Est-ce à leur action ou à une de ces phases de rémisssion assez ordinaires dans le cours de la lèpre qu'est due l'amélioration obtenue par le malade? C'est ce que l'avenir nous apprendra. Je me suis décidé à recourir à l'emploi du bromure de potassium pour remédier à l'insomnie et aussi comme agent modificateur. J'étais encouragé dans cette dernière voie par l'exemple de mon collègue le docteur Ernest Besnier, qui a obtenu une amélioration très-remarquable chez une jeune malade entrée dans son service avec une lèpre tuberculeuse d'origine exotique, à la période d'ulcération.

RÉFLEXIONS. — Je n'insiste pas sur la rareté de la lèpre, d'origine française, sans antécédents héréditaires, sous la latitude de Paris. Bien que je trouve dans les quatre observations de *lèpres nostras* publiées dans le *Traité pratique des maladies de la peau* de notre savant collègue M. Devergie (troisième édition 1873), p. 647, l'exemple d'une alopécie complète du front et des tempes ainsi que l'altération des cheveux, rares, courts et lanugineux sur le reste de la tête, le fait de l'envahissement du cuir chevelu et la chute des cheveux s'observe rarement. Presque toutes les têtes de lèpreux (Spedalsked), représentées dans l'atlas de Bœck et Daniellsen, ont conservé une abondante chevelure.

D'autre part, la réunion des trois formes de la lèpre — tuberculeuse tachetée, et anesthésique — coexistence fréquente à une période avancée, ne se trouve pas ordinairement, comme chez mon malade, dans les premières périodes.

Le développement symétrique des lésions, les signes d'asphyxie locale, les désordres variés de la sensibilité me semblent indiquer un trouble profond de l'innervation médullaire. C'est dans cette considération que j'ai cru devoir puiser l'indication thérapeutique.

En vain j'ai voulu rechercher l'étiologie. Pas d'antécédents héréditaires, une vie régulière, un bon régime alimentaire, tels sont les renseignements qui m'ont été donnés; ainsi donc pas de cause prédisposante appréciable. Quant à la cause occasionnelle, c'est un refroidissement, le corps étant en transpiration. Cette cause, ainsi que les premiers accidents consécutifs : suppression de la sueur sur une partie étendue de la peau, démangeaisons, fourmillements, refroidissement des extrémités, etc., sont signalés par tous les auteurs qui ont écrit sur cette maladie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 juillet 1875. — Présidence de M. Cl. BERNARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Altérations osseuses des ataxiques. — M. CHARCOT met sous les yeux de la société plusieurs pièces anatomiques relatives

à des luxations et à des fractures survenues chez des malades atteints d'ataxie locomotrice progressive.

M. HOUEL fait observer que ces faits sont très-rares. Il croit, en outre, que les luxations spontanées observées par M. Charcot chez des ataxiques sont différentes par leur mode de production, leur anatomie pathologique et leur marche des affections habituellement décrites dans les traités de chirurgie sous le nom de luxations. Ce sont plutôt, suivant lui, de véritables dislocations, comme le disait M. Charcot dans une précédente séance, et il préférerait, quant à lui, cette dénomination à celle de luxation.

M. CHARCOT ne croit pas que ces affections soient aussi rares que semble le croire M. Houel. Il en est de cela ce qu'il en a été de l'ataxie locomotrice elle-même qui, il y a peu d'années encore, était regardée comme une maladie extrêmement rare. Un ataxique était un phénomène. Or il est démontré aujourd'hui que c'est, au contraire, une affection déplorablement commune. Il en a été de même aussi du goître exophthalmique, ou maladie de Basedow ou de Graves. Depuis que l'attention a été attirée sur ces faits, ils sont devenus fréquents. M. Charcot ne croit pas, pour ainsi dire, aux cas rares; il sait seulement que rien n'est plus difficile que l'observation en pathologie; il faut savoir observer. Or maintenant que ces faits de lésions osseuses des ataxiques sont connus, on en rencontrera certainement un certain nombre.

Quant au nom à donner à ces lésions, M. Charcot n'a pas encore osé en choisir un, ne voulant pas établir des noms sur des hypothèses. Or la cause intime, l'anatomie pathologique de ces lésions, leur relation avec les altérations nerveuses lui échappent encore. C'est pourquoi il se sert des noms arthropathies ataxiques, fractures des ataxiques, qui n'expriment rien autre que le fait observé.

Occlusion artificielle d'un œil sans troubles de la vision de cet œil une fois libéré. — M. POUCHET présente un chien sur lequel, au moment de la naissance, a été pratiquée l'occlusion de l'œil gauche par une sorte de blépharorrhaphie. Après un ou plusieurs mois, cet œil a été rendu libre en même temps que l'œil droit était à son tour fermé par le même procédé. Or le chien n'en à pas moins continué à se conduire de l'œil gauche aussi bien qu'il le faisait auparavant de l'œil droit. Le fond de l'œil gauche est normal.

Application d'un courant continu. — M. BLOCH fait une communication destinée seulement à prendre date; il se propose de développer, dans une autre séance, les faits qu'il observe en ce moment.

Il fait passer un courant continu dans une pièce de chair musculaire de bœuf. Un échantillon semblable, laissé à côté du premier, dans les mêmes conditions de chaleur et d'aération, était corrompu au bout de six jours et exhalait une odeur très-forte. Au contraire, l'échantillon parcouru par le courant n'avait aucune odeur après ces six jours.

Son aspect était le même, il ne s'était pas desséché plus que l'autre, il avait la même couleur, et il était resté complétement inodore.

M. Bloch cherchera, sur des pièces de viande de différents poids l'effet préservateur des courants. Il variera, autant qu'il lui sera possible, les conditions expérimentales, et s'efforcera d'expliquer les causes et de déterminer les applications possibles de ce fait. Actuellement, il se bornera à l'exposé du résultat indiqué plus haut. Un courant continu, traversant une pièce de viande, l'a préservée de la corruption pendant six jours.

Hérédité chez les cobayes. — M. DUPUY présente plusieurs cobayes atteints d'affections oculaires semblables à celles qui ont été produites expérimentalement sur leurs grands parents. L'hérédité de ces lésions n'est donc pas contestable.

Il présente, en outre, un cobaye sous la peau duquel il a injecté des spermatozoïdes d'un autre cobaye. Cet animal, sous l'influence de cette injection, présente une vaste plaie ulcéreuse de l'abdomen.

Excitation du cerveau. — M. BOCHEFONTAINE continue ses expériences tendant à montrer l'influence de l'excitation du cerveau sur les sécrétions du gros intestin, de l'utérus, de la vessie, etc.

Nouvelle explication de l'influence paradoxale du froid sur les actes réflexes. — M. TARCHANOF rappelle la communication qu'il a faite il y a quelques semaines (voyez numéro du 29 mai 1875). Après avoir démontré que c'était à une altération du sang qu'il fallait attribuer la production de ce fait en apparence paradoxal, il restait à chercher quelle pouvait être cette altération.

On sait que les grenouilles refroidies ont le sang très-rouge. Cette coloration plus rouge est due à la présence dans le sang d'une plus grande quantité d'oxygène, d'où M. Tarchanof en avait déduit ce fait qu'un sang suroxygéné doit augmenter l'irritabilité réflexe. Il restait à le démontrer. Dans ce but, il a introduit une plus grande quantité d'oxygène dans le sang de certains animaux, par la méthode de M. Bert, et a ensuite examiné les actes réflexes; il a vu alors que l'hypothèse qu'il avait émise était complétement fausse; loin d'obtenir, par cette méthode, une élévation des actes réflexes, il a obtenu, au contraire, un affaiblissement progressif de ces actes réflexes. Il fallait donc renoncer à cette explication et chercher ailleurs.

Puisque l'oxygène du sang n'était pour rien dans la production de ce phénomène, il eut alors l'idée d'interroger un autre élément du sang, l'acide carbonique. Il a vu que les moindres quantités d'acide carbonique introduites dans le sang diminuaient très-brusquement les actes réflexes. Or un sang très-rouge contient très-peu d'acide carbonique; il en contient d'autant moins qu'il est plus rouge et, dans ces cas, c'est donc par la diminution d'acide carbonique qu'il agit sur les mouvements réflexes. M. Tarchanof a donc modifié de la façon suivante l'hypothèse qu'il avait émise pour expliquer l'action du sang sur l'augmentation des actes réflexes sous l'influence du froid : ce n'est pas par suite de l'augmentation de l'oxygène, mais bien par suite de la diminution de l'acide carbonique dans le sang que, sous l'influence du froid, on constate une exagération des actes réflexes.

Influence de l'air comprimé et de l'oxygène à haute pression sur les mouvements des cils vibratiles et des globules blancs du sang. — M. TARCHANOF fait une seconde communication relative à ce sujet. M. P. Bert a démontré l'influence mortelle de l'oxygène à haute pression sur les animaux et les végétaux. L'oxygène soumis à une pression de trois atmosphères et demi tue les animaux et les végétaux. Mais ni les muscles ni les nerfs ne sont altérés, la cellule nerveuse seule est atteinte. Un chimiste allemund a montré que, sous cette même pression, le phosphore ne brûlait plus ou ne s'oxydait plus. Cela devait être, puisque les oxydations sont soumises aux mêmes lois dans le règne organique et dans le règne inorganique. Mais M. Tarchanof a voulu savoir quelle était l'influence de ces hautes pressions sur les éléments histologiques, sur les cellules vibratiles et sur les globules blancs. Il a soumis du sang hors de l'animal et dans un animal, à une pression de 6 atmosphères, pression double de celle qui tue l'animal, et il a vu que, sous cette influence, les globules blancs à l'état sphérique, sont tout d'abord animés de mouvements très-lents, et que les cellules vibratiles paraissent dormantes. Mais après quelques minutes, ces éléments sont doués de mouvements bien plus actifs qu'à l'état normal. Ils doivent donc, avec les muscles et les nerfs, être rangés parmi les éléments dont les fonctions ne s'altèrent pas sous l'influence de l'oxygène à haute pression.

Action non toxique des sels de cuivre. — M. GALIPPE a continué ses expériences sur ce sujet. Il a donné 98 grammes de sulfate de cuivre, en cent cinquante et un jours, à une chienne qui n'a été que peu malade et qui, pendant ce temps, a mis au monde deux petits, dont l'un est mort et dont l'autre a survécu. Dans le foie du premier il a trouvé du cuivre métallique. Il a vu aussi que le cuivre s'éliminait par le lait de la mère. Il a fait prendre à un chien un lavement avec 5 grammes de sulfate de cuivre; ce chien a vomi et s'est ensuite bien porté. Il a répété un grand nombre de fois ces expériences avec le carbonate, l'oléate, le lactate, le tartrate,

l'oxal ate, le citrate, le byoxde, le protoyde et le perchlorure de cuivre. Il a vu que de tous ces sels, c'était le dernier qui agissait avec le plus d'énergie sur le tube intestinal, mais de toutes ces expériences il croit pouvoir conclure qu'il n'est pas possible d'empoisonner un chien avec des sels de cuivre.

PRÉSENTATION DE MALADES

Sarcome multiple idiopatique de la peau. — M. VIDAL présente un malade atteint de cette affection. Le plus souvent ces tumeurs sacromateuses ont pour points de départ des *nævi materni*; mais ici elles ont débuté d'emblée, sans *nævi*. Parmi les phénomènes qui ont été successivement observés chez ce malade, M. Vidal signale l'apparition, en 1871, d'un œdème malléolaire; un an après, de douleurs, de fourmillememts et de démangeaisons dans les membres, de taches rouges sur la peau. Ces taches se sont peu à peu altérées et sont devenues de véritables tumeurs molles fongueuses, recouvertes d'un épiderme fort épais. Quand on enlève ces tumeurs, elles ne réapparaissent pas. Ce malade en a présenté également sur le gland et le prépuce. Sauf un affaiblissement progressif et quelques douleurs, il n'a pas présenté de troubles généraux appréciables. L'appétit est conservé, les forces diminuent avec une très-grande lenteur. A deux ou trois reprises, il a été atteint d'une diarrhée abondante, signe pronostique très-fâcheux. Il y a un an ses jambes se sont tuméfiées, sont devenues rouges, et sont maintenant le siége d'une lymphangite reticulée. Les taches rouges avec épaississement ont pris une teinte brunâtre. Les ganglions lymphatiques sont peu tuméfiés. L'une de ces tumeurs, examinée au microscope, a montré la structure du sarcome fasciculé. Ces faits sont rares. C'est Hébra qui en a publié le plus grand nombre; tous les cas observés jusqu'ici se sont terminés par la mort.

Troubles trophiques, d'origine nerveuse, consécutifs à un traumatisme. — M. CHOUPPE présente le malade dont a parlé M. Hayem dans la dernière séance. Ce malade, qui était sorti de l'hôpital dans un bon état, y est rentré atteint d'une sorte de mal perforant. Un orteil est largement ulcéré et présente en même temps une anesthésie complète. Il est bien évident que cette nouvelle lésion doit être rattachée à la même cause que celles qu'il a présentées auparavant.

La séance est levée à six heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 juillet 1875. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

Le procès verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Maladies régnantes. — M. BESNIER donne lecture du rapport trimestriel sur les maladies régnantes (2e trimestre de l'année 1875).

Les conditions atmosphériques ont été très-variables et particulièrement mauvaises.

Les *affections des voies respiratoires* sont restées prédominantes; les pneumonies ont été les plus nombreuses. La mortalité générale, pendant ce second trimestre, a été supérieure à celle du deuxième trimestre des trois années précédentes.

Parmi les *affections éruptives*, M. Besnier insiste particulièrement sur la *variole*.

Il rappelle qu'en 1874 la variole a surtout frappé quatre arrondissements, Reuilly, Saint-Antoine, Montmartre et Ménilmontant, qui sont d'ailleurs les plus peuplés; qu'il y eu, cette même année, une première et très-légère exacerbation épidémique correspondant aux mois de mai et de juin. Il en a été de même cette année, puis l'épidémie a subi l'atténuation estivale qui peut être considérée comme la règle très-générale des épidémies varioliques. M. Bernier insiste sur ces faits, afin que l'on ne considère pas ces atténuations comme des décroissances de l'épidémie.

En ce moment, dit-il, nous assistons à l'un de ces apaisements normaux et nullement à une décroissance définitive. Le moment venu, il est vraisemblable, d'après l'étude du passé, que l'ascension nouvelle, encore éloignée de plusieurs mois, dépassera la précédente, la variole devant encore fatalement reprendre son niveau moyen dans une agglomération populaire qui ne sait pas instituer les mesures nécessaires pour lutter en permanence contre un ennemi permanent.

Ici M. Besnier montre combien Paris reste en arrière non-seulement des autres capitales, mais aussi de certaines villes de province. Voici, par exemple, ce qu'il résulte de documents précis fournis par M. Henri Gintrac (de Bordeaux). Dans cette ville éclate, en avril, une grande épidémie de variole; aussitôt le danger signalé, les mesures les plus sages sont prises; de nombreux services de vaccination et de revaccination sont institués. Tous les malades de l'hôpital, bien que déjà placés dans des salles d'isolement, sont évacués dans un hospice d'isolement à 2 kilomètres de la ville. Une caserne voisine de l'hôpital est évacuée, et les soldats qui l'occupaient sont isolés et campés. Le résultat ne se fait pas longtemps attendre; l'épidémie cesse soudainement.

A Paris, au contraire, la variole a frappé très-inégalement certains arrondissements et a formé des foyers. C'est à détruire ces foyers que l'administration devrait mettre tous ses soins. Quelques mesures d'hygiène publique bien entendues suffiraient pour cela. Ces mesures ont été prises en partie pour des hôpitaux, et ont donné de bons résultats, puisque les cas intérieurs ont à peu près complétement disparu. Ces mesures sont donc bonnes, et il ne reste qu'à les perfectionner en établissant un système permanent d'isolement.

La *scarlatine* s'est montrée assez fréquente à Sainte-Eugénie, dans le service de M. Bergeron. 11 cas, dont 7 contractés dans les salles; 3 morts, dont 2 causées par des complications pulmonaires et 1 par la variole hémorrhagique.

Au même hôpital, il y a eu 17 cas de rougeole, dont 9 guérisons, 2 décès et 6 encore en traitement.

Les *érysipèles* ont présenté une gravité exceptionnelle à la Maison de santé, dans le service de M. Féréol.

Les *fièvres typhoïdes* ont diminué à l'hôpital du Gros-Caillou (Champenois) ont été très-rares à Cochin, mais exceptionnellement graves (Bucquoy); relativement bénignes à la Maison de santé, où M. Féréol a obtenu de bons effets des bains froids; assez fréquentes, mais bénignes, à l'hôpital des Enfants (Archambault), peu fréquentes et également très-bénignes à l'hôpital Sainte-Eugénie, où M. Bergeron s'est très-bien trouvé des bains tièdes.

MM. Gintrac (de Bordeaux), Mayet (de Lyon), Guichard (de Marseille) Leudet (de Rouen) et Lecadre (du Havre) fournissent sur l'état sanitaire de ces villes des renseignements en général assez satisfaisants.

M. Bonnemaison (de Toulouse) nous apprend que l'inondation est survenue dans de très-bonnes conditions sanitaires. Mais aujourd'hui encore, malgré tout le zèle des soldats et toute l'activité des habitants, le sol est recouvert de vases nauséabondes, renfermant des détritus organiques de toutes sortes qui ont également envahi les habitations. Toutefois, jusqu'ici (8 juillet), il ne s'est encore produit aucune maladie pestilentielle et nous conservons l'espoir, dit en terminant M. Bonnemaison, que grâce aux mesures les plus sévères qui ont été formulées par le conseil d'hygiène, les dangereuses épidémies qui pourraient survenir, après un désastre aussi terrible, seront épargnées à notre malheureuse population.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ, qui dirige en ce moment le service des varioleux à l'hôpital de la rue de Sèvres, fait observer qu'il reçoit dans ce service un certain nombre de malades atteints de rougeole, ce qui oblige à créer une seconde division d'isolement.

M. LABOULBÈNE, à l'hôpital Necker, a été frappé des bons résultats qu'ont donnés les revaccinations qui ont réussi dans la proportions d'un tiers.

De la pleurésie dans la gangrène pulmonaire. — M. BUCQUOY donne lecture de la seconde partie du mémoire qu'il a commencé dans la précédente séance.

Dans la première partie de ce mémoire il relate trois observations de pleurésie dans lesquelles l'affection pleurale était accompagnée ou avait été suivie de gangrène pulmoniare. Ces observations ont

été recueillies dans son service, pendant l'année 1872, par son interne, M. Bouilly. La seconde partie est consacrée à des développements très-complets ayant pour but de jeter quelque lumière sur l'histoire, presque tout entière à faire, de la pleurésie dite gangréneuse. L'auteur les résume dans les propositions suivantes :

1° Dans l'état actuel de la science, aucun fait positif ne permet encore d'affirmer l'existence de la *pleurésie gangréneuse, aigue primitive*, c'est-à-dire indépendante de toute lésion gangréneuse du poumon.

2° La pleurésie, dans la gangrène pulmonaire, peut la précéder, l'accompagner ou la suivre. Cette complication se rencontre, surtout lorsque la gangrène est superficielle; mais la pleurésie ne devient fétide que s'il y a communication établie entre le foyer pulmonaire et la cavité pleurale.

3° La gangrène pulmonaire aiguë et accidentelle se présente avec deux formes cliniques distinctes : la forme *pneumonique* et la forme *pleurétique*, la première répondant à la gangrène profonde, la seconde à la gangrène superficielle. Certains symptômes leur sont communs et ont une grande valeur pour le diagnostic dans la première période de la maladie; ce sont : l'intensité et la persistance du point de côté, les accès de dyspnée et la toux incessante, l'expectoration nulle ou sans caractères jusqu'à ce que paraissent des crachats hémoptoïques et quelquefois de véritables hemoptysies.

4° Dans la forme pleurétique l'épanchement peut être fétide sans que l'haleine ni les crachats aient l'odeur caractéristique de la gangrène pulmonaire, ce dernier symptôme manquant souvent même avec des lésions pulmonaires déjà anciennes et étendues.

La maladie sera plus grave et sa terminaison plus rapidement fatale, si l'épanchement des matières grangréneuses se fait tout à coup et sans inflammation préalable de la plèvre. Circonscrite et enrayée, la pleurésie, qui est toujours purulente n'aggrave pas notablement le pronostic tant que la communication ne s'établit pas avec le foyer gangréneux du poumon.

5° La cause qui agit le plus souvent pour produire les affections gangreneuses aiguës du poumon et de la plèvre est incontestablement l'exposition de la surface du corps à un froid vif et prolongé. Cette maladie frappe ordinairement des sujets dans la force de l'âge, de bonne constitution et n'offrant aucun antécédent morbide particulier. Dans quelques cas, elle reconnait pour cause des contusions violentes portant directement sur la poitrine.

6° Quand la pleurésie est consécutive et qu'à l'épanchement se trouvent mêlés les détritus gangreneux du foyer pulmonaire, l'opération de l'empyème est de toute nécessité, et il faut se hâter d'y recourir, quelque minimes que soient les chances de succès. Il faut y recourir également lorsque, avant que l'haleine et les crachats ne présentent l'odeur caractéristique de la gangrène pulmonaire, une ponction aura permis de constater la fétidité du liquide épanché.

L'usage interne de l'eucalyptus, à la dose de 2 grammes par jour, produit de bons effets dans la gangrène pulmonaire. Il modifie rapidement l'odeur de l'haleine et de l'expectoration et calme la toux. Les résultats obtenus avec ce médicament paraissent bien supérieurs à ceux que donne toute autre médication.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Manuel d'ophthalmoscopie : diagnostic des maladies profondes de l'œil (1)

par M. le docteur V. Daguenet.

Ce nouveau volume de la collection diamant de M. G. Masson est un livre de pratique bien comprise. M. Daguenet, est un médecin-major de l'armée, qui a été chef de clinique ophthalmoscopique. Il a été à même de se rendre compte des premières difficultés que l'étudiant éprouve dans l'étude des maladies ophthalmoscopiques. Pendant plusieurs années il avait professé : son manuel est un souvenir de ses leçons.

M. Daguenet a voulu condenser dans un petit nombre de pages tout ce qu'il est nécessaire pour étudier avec fruit les maladies du fond de l'œil. Il s'est efforcé de mettre en relief toute la valeur des symptômes fonctionnels, car ils permettent souvent, à eux seuls, de faire un diagnostic de probabilité que l'ophthalmoscopie n'a plus qu'à confirmer.

L'ouvrage est divisé en trois parties : la première, consacrée à l'ophthalmoscopie, décrit l'ophthalmoscope et ses différentes variétés et fait connaître les règles de son maniement. Dans une deuxième partie l'auteur présente l'examen fonctionnel de l'œil (les deux sortes de vision. — Les phosphènes, le daltonisne, l'héméralopie et présente la méthode clinique à suivre dans le diagnostic d'un trouble visuel. Enfin dans une troisième partie M. Daguenet étudie les affections profondes de l'œil.

Par cette simple énumération, on voit tout le parti que pourront tirer de la lecture de ce livre ceux qui désirent étudier les éléments de l'ophthalmoscopie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les journaux autrichiens annoncent que le choléra vient d'éclater à Odessa.

En Asie Mineure, l'épidémie prend des proportions inquiétantes.

Depuis la fin de juin elle sévit à Damas, Hama, Antioche, etc.

A Damas à la fin de juin et dans les premiers jours de juillet on comptait suivant le journal grec *Néologos*, une moyenne de vingt à trente cholériques par jour.

Depuis plusieurs semaines déjà, le gouvernement grec soumet à une sévère quarantaine toutes les provenances d'Asie Mineure.

Erratum. — Dans l'article intitulé : *Des applications thérapeutique de l'électricité*, de samedi dernier, la fin, à partir du paragraphe : « La boussole des tangentes est sans doute un instrument de précision, etc., » ne fait pas partie du travail original de M. Althaus, mais a été ajoutée par le docteur Darin.

(1) In-18 diamant, Prix : 4 fr. — Paris G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

LOI RELATIVE A LA LIBERTÉ DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR.

L'Assemblée nationale a adopté la loi dont la teneur suit :

TITRE PREMIER

Des cours et des établissements libres d'enseignement supérieur.

Art. 1er. — L'enseignement supérieur est libre.

Art. 2. — Tout Français âgé de vingt-cinq ans, n'ayant encouru aucune des incapacités prévues par l'article 8 de la présente loi; les associations formées légalement dans un dessein d'enseignement supérieur, pourront ouvrir librement des cours et des établissements d'enseignement supérieur aux seules conditions prescrites par les articles suivants :

Toutefois, pour l'enseignement de la médecine et de la pharmacie, il faudra justifier, en outre, des conditions requises pour l'exercice des professions de médecin ou de pharmacien.

Les cours isolés dont la publicité ne sera pas restreinte aux auditeurs régulièrement inscrits resteront soumis aux prescriptions des lois sur les réunions publiques.

Un règlement d'administration publique déterminera les formes et les délais des inscriptions exigées par le paragraphe précédent.

Art. 3. — L'ouverture de chaque cours devra être précédée d'une déclaration signée par l'auteur de ce cours.

Cette déclaration indiquera les noms, qualités et domicile du déclarant, le local où seront faits les cours, et l'objet ou les divers objets de l'enseignement qui y sera donné.

Elle sera remise au recteur dans les départements où est établi le chef-lieu de l'académie et à l'inspecteur d'académie dans les autres départements. Il en sera donné immédiatement récépissé.

L'ouverture du cours ne pourra avoir lieu que dix jours francs après la délivrance du récépissé.

Toute modification aux points qui auront fait l'objet de la déclaration primitive devra être portée à la connaissance des autorités désignées dans le paragraphe précédent. Il ne pourra être donné suite aux modifications projetées que cinq jours après la délivrance du récépissé.

Ar. 4. — Les établissements libres d'enseignement supérieur devront être administrés par trois personnes au moins.

La déclaration prescrite par l'article 3 de la présente loi devra être signée par les administrateurs ci-dessus désignés; elle indiquera leurs noms, qualités et domiciles, le siége et les statuts de l'établissement, ainsi que les autres énonciations mentionnées dans ledit article 3.

En cas de décès ou de retraite de l'un des administrateurs, il devra être procédé à son remplacement dans le délai de six mois.

Avis en sera donné au recteur ou à l'inspecteur d'académie.

La liste des professeurs et le programme des cours seront communiqués chaque année aux autorités désignées dans le paragraphe précédent.

Indépendamment des cours proprement dits, il pourra être fait dans lesdits établissements des conférences spéciales sans qu'il soit besoin d'autorisation préalable.

Les autres formalités prescrites par l'article 3 de la présente loi sont applicables à l'ouverture et à l'administration des établissements libres.

Art. 5. — Les établissements d'enseignement supérieur, ouverts conformément à l'article précédent et comprenant au moins le même nombre de professeurs pourvus du grade de docteur que les facultés de l'État qui comptent le moins de chaires, pourront prendre le nom de faculté libre des lettres, des sciences, de droit, de médecine, etc., s'ils appartiennent à des particuliers ou à des associations.

Quand ils réuniront trois facultés, ils pourront prendre le nom d'universités libres.

Art. 6. — Pour les facultés des lettres, des sciences et de droit, la déclaration signée par les administrateurs devra porter que lesdites facultés ont des salles de cours, de conférences et de travail suffisantes pour cent étudiants au moins, et une bibliothèque spéciale.

Pour une faculté des sciences, il devra être établi, en outre, qu'elle possède des laboratoires de physique et de chimie, des cabinets de physique et d'histoire naturelle en rapport avec les besoins de l'enseignement supérieur.

S'il s'agit d'une faculté de médecine, d'une faculté mixte de médecine et de pharmacie, ou d'une école de médecine ou de pharmacie la déclaration signée par les adminisnistrateurs devra établir :

Que ladite faculté ou école dispose, dans un hôpital fondé par elle ou mis à sa disposition par l'assistance publique, de cent vingt lits au moins habituellement occupés, pour les trois enseignements cliniques principaux : médical, chirurgical, obstétrical;

Qu'elle est pourvue : 1° de salles de dissection munies de tout ce qui est nécessaire aux exercices anatomiques des élèves; 2° des laboratoires nécessaires aux études de chimie, de physique et de physiologie; 3° de collections d'étude pour l'anatomie normale et pathologique, d'un cabinet de physique, d'une collection de matière médicale, d'une collection d'instruments et appareils de chirurgie;

Qu'elle met à la disposition des élèves un jardin de plantes médicinales et un bibliothèque spéciale.

S'il s'agit d'une école spéciale de pharmacie, les administrateurs de cet établissement devront déclarer qu'il possède des laboratoires de physique, de chimie, de pharmacie et d'histoire naturelle, les collections nécessaires à l'enseignement de la pharmacie, un jardin de plantes médicinales et une bibliothèque spéciale.

Art. 7. — Les cours ou établissements libres d'enseignement

supérieur seront toujours ouverts et accessibles aux délégués du ministre de l'instruction publique.

La surveillance ne pourra porter sur l'enseignement que pour vérifier s'il n'est pas contraire à la morale, à la Constitution et aux lois.

Art. 8. — Sont incapables d'ouvrir un cours et de remplir les fonctions d'administrateur ou de professeur dans un établissement libre d'enseignement supérieur :

1° Les individus qui ne jouissent pas de leurs droits civils.

2° Ceux qui ont subi une condamnation pour crime, ou pour un délit contraire à la probité ou aux mœurs.

3° Ceux qui, par suite de jugement, se trouveront privés de tout ou partie des droits civils, civiques et de famille, indiqués dans les nos 1, 2, 3, 5, 6, 7 et 8 de l'article 42 du code pénal.

4° Ceux contre lesquels l'incapacité aura été prononcée en vertu de l'article 16 de la présente loi.

Art. 9. — Les étrangers pourront être autorisés à ouvrir des cours ou à diriger des établissements libres d'enseignement supérieur dans les conditions prescrites par l'article 78 de la loi du 15 mars 1850.

TITRE II

Des associations formées dans un dessein d'enseignement supérieur.

Art. 10. — L'article 291 du code pénal n'est pas applicable aux associations formées pour créer et entretenir des cours ou établissements d'enseignement supérieur dans les conditions déterminées par la présente loi.

Il devra être fait une déclaration indiquant les noms, professions et domiciles des fondateurs eu administrateurs desdites associations, le lieu de leurs réunions et les statuts qui doivent les régir.

Cette déclaration devra être faite, savoir : 1° au recteur ou à l'inspecteur d'académie, qui la transmettra au recteur; 2° dans le département de la Seine, au préfet de police, et, dans les autres départements, au préfet; 3° au procureur général de la cour du ressort, en son parquet, ou au parquet du procureur de la République.

La liste complète des associés, avec indication de leur domicile, devra se trouver au siége de l'association et être communiquée au parquet à toute réquisition du procureur général.

Art. 11. — Les établissements d'enseignement supérieur fondés, ou les associations formées en vertu de la présente loi, pourront, sur leur demande, être déclarés établissements d'utilité publique, dans les formes voulues par la loi, après avis du conseil supérieur de l'instruction publique.

Une fois reconnus, ils pourront acquérir et contracter à titre onéreux ; ils pourront également recevoir des dons et des legs dans conditions prévues par la loi.

La déclaration d'utilité publique ne pourra être révoquée que par une loi.

Art. 12. — En cas d'extinction d'un établissement d'enseignement supérieur reconnu, soit par l'expiration de la société, soit par la révocation de la déclaration d'utilité publique, les biens acquis par donation entre-vifs et par disposition à cause de mort, feront retour aux donateurs et aux successeurs des donateurs et testateurs, dans l'ordre réglé par la loi, et à défaut de successeurs, à l'État.

Les biens acquis à titre onéreux feront également retour à l'État, si les statuts ne contiennent à cet égard aucune disposition.

Il sera fait emploi de ces biens pour les besoins de l'enseignement supérieur par décrets rendus en conseil d'État, après avis du conseil supérieur de l'instruction publique.

TITRE III

De la collation des grades.

Art. 13. — Les élèves des facultés libres pourront se présenter, pour l'obtention des grades, devant les facultés de l'État, en justifiant qu'ils ont pris, dans la faculté dont ils ont suivi les cours, le nombre d'inscriptions voulu par les règlements. Les élèves des universités libres pourront se présenter, s'ils le préfèrent, devant un jury spécial formé dans les conditions déterminées par l'article 14.

Toutefois le candidat ajourné devant une faculté de l'État ne pourra se présenter ensuite devant un jury spécial, et réciproquement, sans en avoir obtenu l'autorisation du ministre de l'instruction publique. L'infraction à cette disposition entraînerait la nullité du diplôme ou du certificat obtenu.

Le baccalauréat ès lettres et le baccalauréat ès sciences resteront exclusivement conférés par les facultés de l'État.

Art. 14. — Le jury spécial sera formé de professeurs ou agrégés des facultés de l'État et de professeurs des universités libres, pourvus du diplôme de docteur. Ils seront désignés, pour chaque session, par le ministre de l'instruction publique, et, si le nombre des membres de la commission d'examen est pair, ils seront pris en nombre égal dans les facultés de l'État et dans l'université libre à laquelle appartiendront les candidats à examiner. Dans le cas où le nombre est impair, la majorité sera du côté des membres de l'enseignement public.

La présidence, pour chaque commission, appartiendra à un membre de l'enseignement public.

Le lieu et les époques des sessions d'examen seront fixés chaque année, par un arrêté du ministre, après avis du conseil supérieur de l'instruction publique.

Art. 15. — Les élèves des universités libres seront soumis aux mêmes règles que ceux des facultés de l'État, notamment en ce qui concerne les conditions préalables d'âge, de grades, d'inscriptions de stage dans les hôpitaux, le nombre des épreuves à subir devant le jury spécial pour l'obtention de chaque grade, les délais obligatoires entre chaque grade et les droits à percevoir.

Un règlement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions auxquelles un étudiant pourra passer d'une faculté dans une autre.

TITRE IV

Des pénalités.

Art. 16. — Toute infraction aux articles 3, 4, 5, 6, 8 et 10 de la présente loi sera punie d'une amende qui ne pourra excéder mille francs (1,000 francs).

Sont passibles de cette peine :

1° L'auteur du cours dans le cas prévu par l'article 3;

2° Les administrateurs, ou, à défaut d'administrateurs régulièrement constitués, les organisateurs dans les cas prévus par les articles 4, 6 et 10;

5° Tout professeur qui aura enseigné malgré la défense de l'article 8.

Art. 17. — En cas d'infraction aux prescriptions des articles 3, 4, 5, 6 ou 10, les tribunaux pourront prononcer la suspension du cours ou de l'établissement pour un temps qui ne devra pas excéder trois mois.

En cas d'infraction aux dispositions de l'article 8, ils prononceront la fermeture du cours et pourront prononcer celle de l'établissement.

Il en sera de même lorsqu'une seconde infraction aux prescriptions des articles 3, 4, 5, 6 ou 10 sera commise dans le courant de l'année qui suivra la première condamnation. Dans ce cas, le délinquant pourra être frappé pour un temps n'excédant pas cinq ans de l'incapacité édictée par l'article 8.

Art. 18. — Tout jugement prononçant la suspension ou la fermeture d'un cours sera exécutoire par provision, nonobstant appel ou opposition.

Art. 19. — Tout refus de se soumettre à la surveillance, telle qu'elle est prescrite par l'article 7, sera puni d'une amende de mille à trois mille francs (1,000 à 3,000 francs) et, en cas de récidive, de trois mille à six mille francs (3,000 à 6,000 francs).

Si la récidive a lieu dans le courant de l'année qui suit la première condamnation, le jugement pourra ordonner la fermeture du cours ou de l'établissement.

Tous les administrateurs de l'établissement seront civilement et solidairement responsables du payement des amendes prononcées contre l'un ou plusieurs d'entre eux.

Art. 20. — Lorsque les déclarations faites conformément aux articles 3 et 4 indiqueront comme professeur une personne frappée d'incapacité ou contiendront la mention d'un sujet contraire à l'ordre public ou à la morale publique et religieuse, le procureur de la République pourra former opposition dans les dix jours.

L'opposition sera notifiée à la personne qui aura fait la déclaration.

La demande en main-levée pourra être formée devant le tribunal civil, soit par déclaration écrite au bas de la notification, soit par acte séparé, adressé au procureur de la République.

Elle sera portée à la plus prochaine audience.

En cas de pourvoi en cassation, le recours sera formé dans la quinzaine de la notification de l'arrêt, par déclaration au greffe de la cour; il sera notifié dans la huitaine, soit à la partie, soit au procureur général, suivant le cas, le tout à peine de déchéance.

Le recours formé par le procureur général sera suspensif.

L'affaire sera portée directement devant la chambre civile de la cour de cassation.

Le cours ne pourra être ouvert avant la main-levée de l'opposition, à peine d'une amende de seize francs à cinq cents francs (16 francs à 500 francs), lequelle pourra être portée au double en cas de récidive dans l'année qui suivra la première condamnation.

Si le cours est ouvert dans un établissement, les administrateurs seront civilement et solidairement responsables des amendes prononcées en vertu du présent article.

Art. 21. — En cas de condamnation pour délit commis dans un cours, les tribunaux pourront prononcer la fermeture du cours.

La poursuite entraînera la suspension provisoire du cours; l'affaire sera portée à la plus prochaine audience.

Art. 22. — Indépendamment des pénalités ci-dessus édictées, tout professeur pourra, sur la plainte du préfet ou du recteur, être traduit devant le conseil départemental de l'instruction publique pour cause d'inconduite notoire, ou lorsque son enseignement sera contraire à la morale et aux lois, ou pour désordre grave occasionné ou toléré par lui dans son cours. Il pourra, à raison de ces faits, être soumis à la réprimande avec ou sans publicité; l'enseignement pourra même lui être interdit à temps ou à toujours, sans préjudice des peines encourues pour crimes ou délits.

Le conseil départemental devra être convoqué dans les huit jours, à partir de la plainte.

Appel de la décision rendue pourra toujours être porté devant le conseil supérieur, dans les quinze jours à partir de la notification de cette décision.

L'appel ne sera pas suspensif.

Art. 23. — L'article 463 du code pénal pourra être appliqué aux infractions prévues par la présente loi.

Disposition transitoire.

Art. 24. — Le gouvernement présentera, dans le délai d'un an, un projet de loi ayant pour objet d'introduire dans l'enseignement supérieur de l'État les améliorations reconnues nécessaires.

Art. 25. — Sont abrogés les lois et décrets antérieurs en ce qu'ils ont de contraire à la présente loi.

Délibéré en séances publiques à Versailles, le 5 décembre 1874, 17 juin et 12 juillet 1875.

Le président,

Signé : duc d'Audiffret-Pasquier.

Les secrétaires,

Signé : Louis de Ségur, Félix Voisin, Étienne Lamy, vicomte Blin de Bourdon, T. Duchatel, E. de Cazenove Pradine.

Le président de la République promulgue la présente loi.

Maréchal de Mac-Mahon, duc de Magenta.

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,

H. Wallon.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

C'est avec peine que nous voyons M. Jules Guérin déployer un si grand talent pour soutenir une doctrine extrême, dont l'exagération, qui paraît évidente à tout le monde, rend moins frappantes les exagérations d'une doctrine extrême opposée.

En effet, l'hypothèse d'éclosions spontanées, sans aucun lien les unes avec les autres, du choléra épidémique dans chacune des localités envahies, de telle sorte que le choléra naisse de lui-même partout où l'on constate son existence, ne satisfait nullement l'esprit.

Par réaction, on se sentirait plutôt disposé à subir l'hypothèse, contraire, d'une persistance éternelle du choléra dans certaine contrées, avec rares disséminations des germes morbifiques dans le reste du monde.

Mais heureusement on n'en est pas réduit à choisir entre ces deux termes comme entre les termes d'un dilemme.

Après avoir oscillé de l'un à l'autre, l'opinion publique cherche aujourd'hui dans l'intervalle le point où elle doit se fixer.

Il devient évident que l'on a attribué un trop grand rôle à la contagion seule, après avoir été longtemps à n'en pas assez tenir compte. On voudrait maintenant faire une juste part dans l'étiologie du choléra ou de la peste aux conditions de spontanéité et d'épidémiologie. Cette tendance nouvelle se manifeste clairement dans les derniers rapports des médecins sanitaires qui ont observé aux lieux mêmes où les épidémies ont fait leur éclosion. Mais on n'en reviendra pas à l'ancienne doctrine que M. Jules Guérin défend si vaillamment et avec tant d'habileté.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac

Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris depuis la guerre de 1870-1871 (1).

Leçon recueillie par M. Hugonneau, interne de service.

IV

Pour se rendre compte plus exactement encore de la diminution des maladies vénériennes depuis la guerre, il faut comparer les trois années et demie qui l'ont précédée avec les trois années et demie qui l'ont suivie.

Eh bien, il y a eu :

En 1867.	26,100	consultants.
En 1868.	25,181	—
En 1869.	26,815	—
En 1870 (1er semestre). .	12,541	—
Total.	90,637	consultants.

Faisons partir le second tableau du commencement de 1872, époque à laquelle l'équilibre social, si profondément troublé, a repris un peu de stabilité. Nous trouvons :

En 1872.	23,392	consultants.
En 1873.	20,429	—
En 1874.	18,419	—
En 1875 (1er semestre). .	8,249	—
Total.	70,489	consultants.

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 juillet.

Ainsi, au bout de trois ans et demi, depuis les événements de 1870-1871, le chiffre des maladies vénériennes, parmi la population qui vient demander des consultations gratuites à l'hôpital du Midi, s'est abaissé de 20,148, et il est aujourd'hui relativement à ce qu'il était avant la guerre, dans la proportion de 1 à 1.3 moins une fraction, ce qui veut dire que le nombre de ces maladies a diminué de près de *trois dixièmes*.

V

Mais à côté du service gratuit, qui comprend la consultation et 336 lits dans les salles communes, il existe à l'hôpital du Midi un service payant, composé de 21 chambres. Autrefois, messieurs, ce service était presque toujours au complet; il fallait même quelquefois se faire inscrire plusieurs jours d'avance pour obtenir une chambre. Aujourd'hui, au contraire, nous n'avons plus que quelques rares malades. En voulez-vous la preuve? Prenons une série d'années et comparons-en les chiffres comme nous l'avons fait pour les consultations gratuites.

On a traité, dans le service des chambres payantes, à l'hôpital du Midi :

En 1867.	341	vénériens.
En 1868.	306	—
En 1869.	268	—
En 1870.	221	—
En 1871.	161	—
En 1872.	233	—
En 1873.	203	—
En 1874.	186	—
En 1875 (1er semestre). .	78	—

Faisons deux catégories : l'une composée des années 1867, 1868, 1869 et du premier semestre de 1870; l'autre, des années 1872, 1873, 1874 et du premier semestre de 1875 (1). Pour la première, nous avons 1074; pour la seconde 700, chiffre qui sont entre eux dans le rapport de 1.5 à 5. Ainsi, pour les malades payants, la diminution, qui a été de 374, s'est encore plus accusée que pour les consultants, puisque nous trouvons que leur nombre, dans ces trois dernières années et demie, a décru de un peu plus de *cinq dixièmes*.

VI

Messieurs, les chiffres sont arides en général et d'un médiocre agrément dans le discours. J'aurais donc à m'excuser de l'ennui qu'ils vous causent peut-être, si je n'étais pénétré de leur indispensable nécessité pour résoudre certaines questions du plus haut intérêt.

Le chiffre jouait un grand rôle dans la médecine, il y a trente ou quarante ans. Malgré les quelques services qu'il a rendus à la science pathologique, l'abus qu'on en faisait ne pouvait manquer de le faire tomber dans un discrédit mérité, du moins en tant que méthode exclusive. D'ailleurs n'exigeait-on pas de lui plus qu'il ne pouvait donner? Ne forçait-on pas sa portée? Ne lui faisait-on pas embrasser des faits multiples, soumis à des mutations continuelles? Bien plus, on alla jusqu'à lui demander la raison de ces faits, comme s'il était possible de pénétrer par le chiffre ce travail mystérieux, cet enchevêtrement de causes, d'effets, cette infinie mobilité des phénomènes qui se trament incessamment sur « le métier bourdonnant de la vie », pour employer l'expression de Gœthe!

Mais si le chiffre est incapable d'exprimer à lui seul la physionomie si mobile des manifestations pathologiques en voie d'évolution; s'il est non-seulement insuffisant, mais même dangereux quelquefois dans la science biologique pure, il se prête, en revanche, admirablement à résoudre les questions qui reposent sur des faits accomplis. — A les *résoudre?* Non, messieurs, mais à les *poser* avec cette netteté qui permet à l'esprit de trouver dans les résultats qu'ils donnent un point de départ fixe et une base solide.

Ne trouvez-vous pas, en effet, qu'en accumulant tous ces nombres, en les envisageant sous leurs faces principales, en les comparant et en les soumettant aux principales opérations qu'exige une statistique bien entendue, nous avons établi d'une façon inattaquable ce fait que les maladies vénériennes ont considérablement diminué depuis la guerre de 1870-1871, à peu près dans la proportion de 3 à 4 dixièmes.

VII

Que nous reste-t-il à faire maintenant, messieurs? A entreprendre une autre tâche qui ne sera pas facile, et qui consiste à rechercher et à déterminer les causes de cette décroissance si remarquable.

Ces sortes de maladies sont plus directement que toutes les les autres sous l'empire d'un certain ordre de passions et de vices, que la volonté, le sentiment des devoirs, la conscience de la dignité, les croyances religieuses, etc., pourraient corriger, modérer ou même dompter complétement. Aussi, tout un grand côté de leur étiologie appartient-il à l'étude des modifications qui se produisent suivant les temps, les lieux, les idées et tel et tel état de civilisation, etc., etc., dans l'esprit et les mœurs d'un pays, d'une ville ou des individus eux-mêmes.

Sans doute, le fond passionnel reste toujours le même. Les instincts sont inséparables de la vie même. Mais il fait survenir un concours de circonstances qui les déchaînent ou les brident.

Est-ce le cas ici? L'impression d'événements aussi terribles que ceux que nous avons traversés a-t-elle moralisé les masses?... Il serait, messieurs, naturel et consolant de le penser... Mais c'est là un terrain sur lequel il ne m'appartient point de m'aventurer, et, tout en posant le problème, je laisse volontiers aux moralistes le soin de le résoudre.

(*A suivre.*)

(1) Pendant le premier semestre de 1870, on a reçu 159 malades payants, et pendant le deuxième, 62 seulement. Pendant le premier semestre de 1871 il n'y a eu que 40 malades payants. Le chiffre des malades payants pendant les deux semestre des événements n'a donc été que de 102.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 juillet 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les rapports sur les épidémies qui ont régné en 1874 dans les arrondissements de Clermont, Compiègne et Senlis.

2° Un rapport négatif sur les maladies épidémiques pour le département du Jura (commiss. des épidémies).

M. le ministre de la guerre transmet un exemplaire du tome Ier (2e série) du *Recueil de mémoires et observations sur l'hygiène et la médecine vétérinaires militaires.*

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Deurosne, accompagnant l'envoi d'un travail intitulé : *la Théorie tellurique du choléra et son application aux villes de Lyon, Versailles et Paris en particulier.*

2° Une lettre de M. le docteur J. Roux, accompagnant l'envoi de deux brochures sur l'*irrigation naso-pharyngienne.*

3° Une lettre de M. le docteur Audant (de Dax), candidat au titre de membre correspondant.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente, de la part de M. le docteur Rinaldi, ex-chirurgien des hôpitaux militaires, un opuscule intitulé : *Recherches toxicologique sur un cas d'empoisonnement probable par la racine d'*Atractylis gummifera.

M. GIRALDÈS présente : 1° de la part de M. le docteur Da Silva Lima, de la faculté de Bahia, un ouvrage intitulé : *Essai sur le beriberi* du Brésil ; 2° de la part de M. le docteur Frédéric Legros Clark, président du Collége royal des chirurgiens de Londres, un opuscule intitulé : *The hunterian oration.*

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL annonce que la souscription ouverte dans les bureaux de l'Académie, a produit la somme de 2,845 francs.

COMMUNICATION

M. HERVIEUX communique une observation de plaie pénétrante de la poitrine, résultat d'une tentative de suicide, et place sous les yeux de l'Académie le couteau qui a servi à cette tentative.

Le sujet de l'observation est un homme jeune, marié, père de famille, lequel, à la suite d'un désastre financier qui lui avait fait perdre toute sa fortune, a essayé de se donner la mort. Cette tentative a été accomplie avec un sang-froid qui dénote chez son auteur une résolution peu ordinaire. Après s'être assuré de l'endroit où battait la pointe du cœur, il s'est enfoncé, au-devant du mamelon gauche, perpendiculairement au plan de poitrine, la lame d'un couteau, dont il a eu soin de tourner le tranchant en dehors et le dos en dedans, espérant ainsi arriver plus sûrement à ses fins. La lame pénétra à une profondeur de 9 centimètres. Il s'en est suivi une hémorrhagie extrêmement abondante, que M. Hervieux, appelé auprès du blessé, est parvenu, non sans peine, à arrêter. Il a pratiqué ensuite la suture de la plaie, sur laquelle des compresses froides ont été appliquées. La réunion a eu lieu par première intention, et le malade a guéri au bout de quelques jours, sans avoir présenté aucune complication sérieuse du côté du cœur ou du poumon.

ÉLECTION

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre correspondant national.

La commission présente :

En première ligne, M. Glenard (de Lyon).

En deuxième ligne, M. Jacquemin (de Nancy).

En troisième ligne, M. Loir.

Le nombre des votants étant de 53 dont la majorité est 27.

M. Glenard obtient . . . . 32 suffrages.
M. Loir — . . . . 18 —
M. Jacquemin — . . . . 3 —

En conséquence, M. Glenard ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé membre correspondant.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. JULES GUÉRIN, continuant son discours, passe en revue les dernières épidémies qui ont ravagé l'Europe, depuis et y compris celle de 1831 ; il espère montrer que chacune d'elles apporte, comme celle de 1873, son contingent à la démonstration de la genèse multiple et spontanée du choléra en Europe. L'orateur expose d'abord les divers systèmes d'évolution du choléra, mettant hors de cause la doctrine de l'épidémicité absolue, qui admet l'origine spontanée du choléra à chaque épidémie, mais qui repousse absolument toute idée de contagion et d'extension de la maladie par transmission individuelle, ce en quoi seulement cette doctrine diffère de celle de M. Guérin. Toutes les autres doctrines antagonistes partant de cette opinion que l'Inde seule offre, par la spécialité de son milieu et les diverses particularités sociales qui lui appartiennent, la faculté d'engendrer le choléra, et elles ne diffèrent entre elles que par les explications qu'elles donnent des réapparitions de la maladie et de ses modes de propagation. L'orateur distingue à ce point de vue la doctrine de l'importation absolue, la doctrine de la révivification des germes laissés par des épidémies précédentes, enfin la doctrine de la revivification combinée avec le principe de l'épidémicité. Passant ensuite en revue les épidémtes de choléra qui ont éclaté en Europe depuis celle de 1831 jusqu'à celle de 1873, M. J. Guérin cherche à établir par les faits que ces épidémies n'ont pas eu un point de départ spécial, mais qu'elles se sont manifestées chaque fois presque simultanément sur divers points de l'Europe, qu'elles ont été précédées chaque fois par des constitutions médicales propres à chacune de ces contrées, se révélant par divers troubles intestinaux et particulièrement par des diarrhées, par des accidents cholériformes, par des cas de choléra sporadique, d'abord peu nombreux et peu intenses, puis se multipliant de plus en plus et devenant de plus en plus graves jusqu'à ce qu'enfin la maladie prît franchement le caractère épidémique.

Alors la maladie, en éclatant dans une ville, faisait simultanément explosion dans plusieurs quartiers plus ou moins éloignés, comme on l'a observé en 1832, à Paris, ou quatre quartiers furent envahis le même jour et ou, en trois jours, trente-cinq quartiers sur quarante-huit furent frappés. La même observation fut faite isolément à Vienne.

En même temps que l'épidémie envahissait Paris et se répandait rapidement et uniformément dans les divers quartiers, un assez grand nombre de départements en communication permanente avec Paris et avec les départements infectés restaient indemnes ou du moins ne présentaient que des accidents cholériques atténués, la cholérine ou diarrhée cholérique. En outre, fait remarquable, tandis que Lyon n'avait que la cholérine, un de ses faubourgs, la Guillotière, était décimé par le choléra.

Entre la fin réputée de l'épidémie de 1832 et le début de la grande épidémie de 1849, s'écoule un laps de temps considérable pendant lequel l'observateur attentif peut constater la manifestation tantôt de cas isolés, tantôt de cas réputés de choléra, faits que les partisans de l'importation attribuent au réveil des germes cholériques laissés par l'épidémie précédente après un sommeil ou une hibernation plus ou moins prolongée.

M. J. Guérin combat cette théorie de la révivificatiou des germes; suivant lui, il existe entre deux épidémies déclarées un grand nombre de cas de choléra qui ne sont ni des réveils de germes endormis, ni des cas de choléra nostras ou sporadiques, mais des manifestations passagères de l'affection cholérique au même titre qu'il y a, pour toutes les maladies infectueuses : variole, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, fièvre puerpérale, des cas isolés qui ne sont pas pour cela d'une nature différente que les cas plus nombreux et plus intenses de l'épidémie.

L'épidémie de 1849 offre à M. Jules Guérin la répétition des faits observés pendant l'épidémie de 1832. A Paris, l'épidémie précédée, comme toutes les autres, par la constitution cholériforme et par quelques cas isolés, fait son irruption presque simultanément dans les hôpitaux. Chez aucun malade, il n'y a lieu de soupçonner la transmission infectieuse entre l'épidémie de 1849 et celle de 1853 : le choléra, qui paraissait éteint en France, continuait sourdement dans quelques contrées du Nord.

L'épidémie de 1853 se rattache donc à celle de 1849 par des cas ininterrompus, de même que l'épidémie de 1849 se rattache à celle de 1832.

En même temps se passait en Amérique un fait dont M. J. Guérin cherche à tirer parti pour la démonstration de sa doctrine.

L'épidémie de choléra qui parut à la Jamaïque vers la fin de l'année 1852, et y causa 40,000 décès sur environ 400,000 habitants, fournit, suivant M. Jules Guérin, une preuve évidente de la fausseté de la loi posée par M. Chauffard dans les termes suivants :

« Une constitution médicale, même caractérisée par les diarrhées saisonnières, lorsque celles-ci sévissent avec intensité et frappent la majeure partie des populations, n'a jamais été suivie de choléra épidémique lorsque celui-ci ne régnait pas dans les contrées voisines ou en communication maritime avec le pays où règnent ces diarrhées. »

En effet, le choléra fit son apparition à la Jamaïque alors que les

diarrhées d'automne y présentaient une grande intensité. Il y atteignit d'abord une négresse, prise à la suite d'un refroidissement, et ne s'étendit que plus tard au voisinage, puis à toute la contrée. Or, bien que l'épidémie cholérique régnât dans d'autres pays situés également dans le golfe du Mexique, M. le docteur Milroy, dans son rapport officiel, déclare qu'on ne put attribuer à une importation par les vaisseaux son invasion à la Jamaïque, ni à l'infection personnelle sa diffusion dans ce pays. En 1854 eut lieu l'épidémie d'Orient, que certains auteurs attribuent à une importation de Marseille à Gallipoli, Mais M. Guérin s'appuie sur le rapport de M. Cazalas, dont il cite de longs morceaux, pour établir qu'il ne fut pas ainsi. Les faits ont été présentés d'une manière contradictoire par les adversaires et les partisans de la théorie contagionistes. Ces derniers, dit M. Guérin, les ont altérés avec persistance, à propos de l'épidémie de 1865, comme à propos des précédentes.

La constitution cholérique précède et accompagne toutes les explosions épidémiques, aussi bien dans l'Inde qu'en Europe. Pour démontrer cette proposition, M. Guérin invoque l'autorité de M. Cuningham, qui, dans son rapport officiel sur le choléra de 1872 dans les possessions anglaises de l'Inde, établit que la maladie, précédée partout de diarrhée, a éclaté d'une façon presque simultanée sur une centaine de points très-éloignés les uns des autres, s'est apaisée à peu près en même temps dans ses divers foyers, et ne s'est pas répandue en marchant le long des grandes voies de communication, mais, au contraire, dans des directions où il n'existe pas de chemin de fer, ni de grandes routes.

Ainsi, dans l'Inde, les disséminations n'attestent aucune influence d'infection personnelle. Les phases épidémiques n'y obéissent pas plus qu'en Europe aux hasards de la contagion.

Enfin les explosions épidémiques, réglées dans leurs début, croissance et disparition par les lois de l'épidémiologie, n'y sont pas plus qu'en Europe contredites par des faits réels d'importation.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 juillet 1875 (1). — Présidence de M. Laboulbène.

Mort subite après la thoracentèse. — M. LEGROUX lit une note sur un cas de mort subite par syncope survenue trois quarts d'heure après la thoracentèse pour une pleurésie d'origine traumatique.

Il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, qui fut atteint d'une pleurésie gauche à grand épanchement, quinze jours après une fracture méconnue de trois côtes. Il fut envoyé à l'infirmerie de la prison centrale, où M. Legroux se vit dans la nécessité de pratiquer la thoracentèse, en raison de la dyspnée, de la cyanose, de l'abondance de l'épanchement et surtout du déplacement du cœur refoulé vers la droite. L'opération fut pratiquée dans les conditions ordinaires avec l'appareil aspirateur de M. Potain; deux mille grammes d'une sérosité louche, trouble, légèrement rosée furent extraits.

A la suite de l'opération, le malade fut considérablement soulagé; il eut cette toux quinteuse qui suit, en général, la thoracentèse pendant un quart d'heure seulement et sans expectoration notable. Trois quarts d'heure après, la toux avait cessé, le malade se trouvait très-soulagé et venait de causer avec ses voisins, lorsque tout à coup il s'écrie : « Ah! je me sens faible! » et il s'étend sur son lit, fait deux ou trois mouvements du bras, pâlit et meurt.

L'autopsie ne démontra aucune lésion capable d'expliquer la mort. Aucune obstruction vasculaire, pas de congestion ni d'apoplexie pulmonaire; rien du côté du cerveau.

M. Legroux, cherchant la cause de la mort, dans ce cas, tend à admettre que la syncope seule est en cause, syncope qui serait le résultat d'une anémie cérébrale. Cette anémie surviendrait par suite de l'afflux d'une trop grande quantité de sang dans le poumon décomprimé et de la diminution de la quantité de sang circulant dans le département vasculaire cérébral.

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 juillet.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Moutard-Martin, Dumontpallier et Desnos.

Bruit de galop du cœur, sa séméiologie. — M. POTAIN a, depuis un certain temps, porté son attention sur un nouveau bruit du cœur, qu'il désigne sous le nom de bruit de galop, et dont il a étudié le mécanisme et la séméiologie. Ce bruit, qui s'entend au premier temps et a son maximum vers la pointe, est un signe, non pas de maladie du cœur, mais bien de maladie du rein. On ne le trouve que chez des individus présentant toujours de l'albumine dans les urines. Il apparaît et disparaît en même temps que celle-ci. C'est surtout dans les cas de néphrite insterstitielle qu'on le constate. On l'observe aussi chez des diabétiques, mais présentant également de l'albumine dans les urines. Ce bruit de galop a donc une importance diagnostique très-précise.

M. Potain émet, au sujet de son mécanisme, quelques considérations sommaires sur lesquelles il reviendra ultérieurement.

PRÉSENTATION DE MALADE

Angine ulcéreuse. — M. RIGAL présente une malade qui a d'abord été atteinte d'un violent coryza, suivi d'amygdalite et d'une angine catarrhale qui est devenue ulcéreuse.

Formule pour injections sous-cutanées de morphine. — M. VIDAL, pour parer à l'inconvénient qu'ont les solutions de morphine de ne pouvoir se conserver longtemps, même avec l'addition de glycérine, emploie avec succès, depuis quelque temps, la solution suivante :

Eau distillée.	10 grammes.
Chlorhydrate de morphine. .	10 centigr.
Hydrate de chloral.	20 —

M. LE PRÉSIDENT annonce que la société suspendra ses séances à partir du 13 août jusqu'au 8 octobre.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

VARIÉTÉS

Les bandages et les appareils à fractures, manuel de déligation chirurgicale, contenant la description d'un certain nombre de bandages nouveaux (1).

Par le docteur I. F. Guillemin, médecin-major des hôpitaux militaires.

La librairie Masson, poursuivant la publication de ses manuels, en édition diamant, qu'elle a si intelligemment et si utilement entreprise, vient de faire paraître le *Traité des bandages et appareils*, du docteur Guillemin.

Ce nouveau livre est bien un manuel, et non un traité didactique; on ne trouvera pas dans ses pages la description de tous les bandages connus, mais on y trouvera celle de tous les bandages usuels, employés dans la pratique de chaque jour. Si l'on désirait rechercher la forme et les origines de quelques bandages anciens, dont les noms frappent par leur singularité, tels que ceux qui sont indiqués dans les vieux traités de chirurgie, ce n'est pas ce manuel qu'il faudrait compulser; mais on peut le consulter avec assurance, certain de trouver ce que l'on cherche, si dans une circonstance donnée, dans un cas particulier, on a besoin d'un bandage utile, remplissant une indication précise.

L'auteur me semble s'être bien pénétré des qualités qu'on était en droit de demander à l'œuvre qu'il entreprenait : clarté dans les descriptions, précision dans les indications. Chaque bandage est décrit avec une lumineuse exactitude, et les diverses indications des applications qu'on en peut faire sont l'objet d'une discussion intelligente et judicieuse. Ce qui ajoute à l'intérêt de son livre, c'est que le docteur Guillemin propose un assez grand nombre de bandages nouveaux dont il est l'inventeur.

(1) In-18 diamant. — Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.

Ce traité est divisé en deux parties : la première est remplie par l'étude des bandages proprement dits, la seconde par celle des appareils à fractures.

M. Guillemin a adopté la classification anatomique, par régions, celle qui convient à un manuel s'adressant aux praticiens. Sobre et judicieux dans son choix, M. Guillemin s'occupe seulement des bandages fréquemment utiles ; il ajoute à la description des bandages connus celle d'un assez bon nombre de bandages nouveaux. Ces derniers, très-ingénieusement disposés, sont surtout des bandages composés, la plupart en T, quelques autres triangulaires; ils m'ont paru bien remplir les indications proposées, et leur application est facile. Mais que M. Guillemin ne s'y trompe pas, les bandages composés, par cela même qu'ils doivent être préparés d'avance et confectionnés d'après un modèle, n'offrent pas les conditions premières de la simplicité. Je ne dis pas cela pour blâmer l'emploi de ces bandages, mais pour éviter qu'on s'illusionne sur leur compte. Leur application est simple, mais non leur confection, qui est plus ou moins compliquée. Je trouve aussi que M. Guillemin est un peu trop sévère pour quelques bandages classiques, le binocle en particulier : on n'a pas du tout renoncé à son emploi, et M. Wecker n'en applique pas d'autres à ses opérés de cataracte. Il est vrai que les bandages faits avec la bande ne sont solides qu'à la condition d'être maintenus par de nombreuses épingles ; mais, ainsi assujettis, ils restent parfaitement en place.

Sous le titre : *Bandages divers*, l'auteur décrit les bandages qui s'appliquent sur différentes parties du corps, tels que les bandages unissants, ceux des moignons, et le bandage élastique d'Esmarck. Enfin le dernier chapitre renferme la description des différentes écharpes, bandages usuels et pratiques entre tous.

La seconde partie de ce manuel, la plus importante de toute façon, est consacrée à l'étude des appareils à fractures.

L'auteur débute par les généralités indispensables, sur la forme, la direction, la réduction, etc., des fractures ; puis il entreprend la description des appareils. Il a adopté une classification très-large, suffisante pour un manuel pratique, mais qui ne conviendrait pas à un traité didactique; pour lui il y a deux sortes d'appareils : les *réguliers*, construits expressément pour servir comme appareils à fractures, et les *improvisés* que le chirurgien fabrique de toutes pièces en mettant à profit les ressources qu'il a sous la main. Les appareils réguliers peuvent être *provisoires* ou *définitifs*.

Les principaux appareils appartenant aux diverses méthodes de traitement sont d'abord passés en revue d'une manière générale, non pas sous la forme d'une simple nomenclature, mais avec d'importants développements sur leur confection, leur application, et aussi avec l'appréciation motivée des services qu'on peut en attendre. Dans les chapitres suivants, toutes les fractures sont étudiées, au point de vue du traitement, bien entendu, toujours en suivant l'ordre anatomique. Enfin les deux derniers chapitres traitent des appareils improvisés, et des précautions à prendre pour relever, transporter et coucher les blessés atteints de fractures.

J'ai déjà dit, et je le répète, que ce manuel a les qualités d'un bon livre : choix judicieux des sujets traités, clarté des descriptions, sagesse pratique des appréciations. J'ajoute que c'est un livre précieux, car il est assez complet pour répondre à toutes les questions d'un praticien anxieux, facile à consulter grâce à son format, et que les nombreuses figures qu'il renferme, dont la facture remarquable révèle la main d'un maître, aident singulièrement à l'intelligence du texte.

J'estime que M. Guillemin a fait une œuvre utile et honorable, dont on doit lui savoir d'autant plus de gré qu'il a traité un sujet assez négligé de nos jours, et négligé peut-être par la force de réaction qui entraîne si facilement les esprits. Il est certain que les anciens chirurgiens avaient pour l'art de la déligation une sorte de culte ; mais il nous importe peu de savoir s'ils attachaient trop d'importance à l'application des bandages : ce qu'il convient d'affirmer, c'est qu'après la science des indications, l'art des pansements doit occuper le premier rang dans le traitement des blessés. La guérison d'une lésion quelconque, traumatique ou chirurgicale, est surtout obtenue par ce qu'on appelle les soins de chaque jour, dont la dispensation réfléchie et rigoureuse constitue le véritable bonheur en chirurgie.

Dr Servier.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

200. Maymou. Étude sur la synovite tendineuse blennorrhagique.
201. Lupus. Étude critique sur les divers modes de traitement du rhumatisme noueux.
202. Dedome. Étude sur la névrite optique.
203. Guilhem. Étude sur la thrombose du tronc basilaire.
204. Hocquard. De la rétinite pigmentaire. Étude clinique avec quinze observations nouvelles.
205. Troche. Des tubercules de la choroïde.
206. Steibel. Contributions à l'étude de l'atrophie simple du foie à la suite de périhépatite chronique.
207. De Rayssac. Étude sur la menstruation dans ses rapports avec les hémorrhagies supplémentaires et complémentaires des règles.
208. Berthiaud. Des crachats hémoptoïques dans l'emphysème pulmonaire.
209. Couturier. De la glycosurie dans le cas d'obstruction totale ou partielle de la veine porte (glycosurie alimentaire de Cl. Bernard).
210. Goldstein. Quelques remarques sur les signes stéthoscopiques du rétrécissement mitral.

Concours d'agrégation. — Le concours d'agrégation s'est terminé, mardi 27 juillet, par la nomination de MM. Berger, Pozzi, Marchand, Monod, Blum, pour la section de chirurgie ; Chantreuil, pour la section d'accouchement ; Roustan, Penières et Jullien, pour les facultés de Montpellier et de Nancy.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

c

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le rhumatisme génital.

La discussion sur le rhumatisme blennorrhagique a été certainement une des plus brillantes qui aient jamais eu lieu à la Société médicale des hôpitaux. Nos lecteurs n'ont point oublié sans doute la théorie ingénieuse que M. Lorrain a développée à cette occasion sur ce qu'il nomme le *rhumatisme génital*.

Reconnaissant avec la plupart des observateurs que, dans le cours de la blennorrhagie, il peut se produire des arthrites, dont la physionomie, la marche ont quelque chose de particulier et en apparence de spécifique pour ainsi dire, il attribue cette sorte de spécificité, non point à l'influence d'un principe morbide, infectant toute l'économie, d'un prétendu virus blennorrhagique, admis à tort par certains médecins, mais tout simplement aux organes qui avaient été le point de départ de ces retentissements éloignés.

Suivant lui, une irritation des voies génito-urinaires, quelle qu'en fût la cause ou la nature, pourrait également provoquer le gonflement inflammatoire de telle ou telle articulation avec les caractères signalés dans l'arthrite dite *blennorrhagique*.

En ce moment, dans le service de ce professeur à la Pitié, salle Saint-Michel, n° 22, se trouve un malade qui paraît devoir fournir un puissant argument à l'appui de cette thèse originale.

Il s'agit d'un vieillard de soixante-deux ans qui, atteint d'un vieux rétrécissement de l'urèthre, a été récemment traité par la dilatation dans un service de chirurgie. Fort peu de temps après l'introduction d'une sonde, qui fut laissée quelques heures en place, cet homme fut pris d'une douleur assez vive dans le genou gauche. A son entrée dans le service de M. Lorrain, on constata qu'il s'agissait d'une arthrite avec épanchement notable. Les autres articulations étaient complétement indemnes, ainsi que le cœur. L'urèthre n'était le siége d'aucun écoulement.

Voilà donc un homme qui, par suite d'une irritation très-momentanée et essentiellement traumatique des voies urinaires, a présenté un rhumatisme monoarticulaire d'un genou. Le genou, est, comme on le sait, un des siéges de prédilection du rhumatisme blennorrhagique; et celui-ci est le plus généralement monoarticulaire. Seulement il faut croire que chez le malade en question l'atteinte secondaire de l'articulation ne sera pas profonde et tenace, comme elle l'est souvent dans la blennorrhagie, cause fréquente d'ankylose. En effet ici l'irritation des voies génito-urinaires a été très-superficielle et très-passagère, tandis qu'il n'en est pas ainsi dans certaines blennorrhagies.

En vertu du même principe, on pourrait déjà supposer théoriquement que chez les femmes en couche, lorsque les organes génitaux sont le siége d'une inflammation suppurative parfois très-étendue, les arthrites secondaires de cause génitale doivent avoir une grande tendance à la purulence.

C'est ce qu'on a noté; mais le cas est loin d'être simple. En effet, on ne saurait dire si la relation de la purulence des voies génitales à la purulence de telle ou telle articulation chez la nouvelle accouchée est directe. L'infection purulente, quels qu'en soit la source et le point de départ, quel que soit l'organe dans lequel siége la lésion primitive, peut produire également des arthrites purulentes. Il reste donc douteux qu'il soit bon d'appliquer l'épithète de *génitales* à des arthrites puerpérales de ce genre.

Avant l'accouchement déjà, suivant M. Lorrain, il existe chez la femme enceinte un état morbide des voies génito-urinaires qui, plus ou moins marqué, peut les prédisposer à des arthrites analogues aux arthrites blennorrhagiques. Le col utérin, le vagin, ne sont pas seuls en cause. Chez la plupart, il est facile de constater aussi un certain degré d'uréthrite. En effet, ayant examiné à ce point de vue toutes les femmes qui étaient entrées dans le service pour y accoucher, M. Lorrain nous a montré que, même fort peu de temps après la mixtion, on pouvait faire sourdre de leur urèthre, en pressant d'arrière en avant, une gouttelette d'un liquide blanchâtre, semblable à du pus. Quelques-unes accusent de la douleur en urinant.

Ce ne serait point dû à la coïncidence de quelque ancienne blennorrhagie, réveillée par la congestion générale de la muqueuse.

Le pus uréthral, de même que le pus qui s'écoule, en quantité parfois considérable, du col utérin, et qui baigne le vagin, serait le résultat normal de l'état de grossesse. M. Lorrain n'en doute pas, car il a observé ces mêmes écoulements chez des jeunes femmes de sa clientèle, incontestablement très-saines. Il a même vu chez l'une d'entre elles les végétations qui s'étaient produites par le contact de ce liquide irritant, se transmettre au mari. Ainsi la femme enceinte est, à ses yeux, toujours une femme malade en ce qui touche les organes génito-urinaires. Le rhumatisme génital est donc aussi peu surprenant chez elle que chez un homme qui vient d'être sondé.

De l'opium comme traitement de la colique de plomb.

Les idées de M. Lorrain sont toujours bonnes à connaître, car ses paradoxes eux-mêmes ne sont pas ceux du premier venu.

Nature étrange, puissamment originale et essentiellement sympathique, c'est un observateur très-patiemment exact, en même temps qu'un théoricien très-avantureux. A la fois sceptique et rêveur, se laissant perdre dans les régions les plus éthérées, ou se plongeant dans le positivisme le plus terre à terre, ayant dans l'âme certains recoins de la poésie la plus franche, une sentimentalité virginale de jeune fille, avec l'aspect, la barbe et la carrure d'un ancien zouave, il aborde toutes les questions comme on aimait à les traiter dans l'antique école académique.

Il développe ces théories comme les personnages que Platon et Cicéron ont introduits dans leurs dialogues philosophiques, ayant bien soin de s'enfermer dans un seul côté des questions, de prendre un peu de vérité pour l'isoler, le mettre en lumière, le grossir, lui communiquer des attitudes provoquantes, le faire envahir, autant que possible, sur tout le reste. Il est vrai que nos habitudes n'étant plus celles des Grecs et des Romains, les dialogues écrits étant passés de mode, il n'a pas ensuite la ressource de revêtir un autre personnage pour donner force aux objections qu'il a prévues et s'est posées. Mais il s'attache à atténuer au moins cet inconvénient en prenant pour thèses celles qui peuvent heurter le plus toutes les opinions reçues, espérant ainsi ne pas rester sans contradicteur intéressant. Il étonne et il éblouit, il arrive parfois à convaincre sans être convaincu lui-même; et il éprouve alors une certaine volupté à rouvrir devant vous pour horizon le doute, traitant de paradoxes ses propres théories.

La thérapeutique ne l'intéresse que quand il y trouve l'occasion de paraître paradoxal. Il ne croit pas, bien entendu, à ces belles explications qui se succèdent chaque jour sur le mode d'agir de tel ou tel remède au point de vue physiologique. Il n'y voit que des jeux d'esprit; et si on lui demandait pourquoi l'opium fait dormir ou soulage la douleur, il vous répondrait à peu près comme le candidat de Molière : « Parce qu'il a une action calmante et dormitive. » Mais il préconise l'opium pour relâcher le ventre dans la colique de plomb, certain de surprendre par un fait qu'il présente sous cette forme, puisque l'opium a la réputation de constiper.

Suivant lui, la constipation tient uniquement à la douleur dans l'empoisonnement saturnin. Cette douleur vous la surexcitez, vous l'entretenez par l'emploi de purgatifs irritants. Aussi le traitement de la Charité est-il pleinement inefficace pour abréger, fût-ce d'un jour, la durée de la colique, s'il ne l'allonge pas. L'opium, au contraire, aurait pour effet de rendre bientôt les efforts de défécations moins pénibles : et dès lors la constipation céderait d'elle-même.

Le fait est que la colique de plomb, y compris la constipation, s'est très-rapidement dissipée chez un malade couché au n° 14 de la salle Saint-Michel et traité par cette méthode.

Elle ne dépasserait jamais un septenaire : c'est-à-dire que l'on obtiendrait par l'opium à peu près les mêmes résultats que par le soufre associé au miel, suivant la formule de M. Empis.

Les doses d'opium prescrites par M. Lorrain ne sont jamais fort élevées : tout au plus trente ou quarante gouttes de laudanum par vingt-quatre heures, dans des lavements contenant chacun de huit à dix gouttes.

Je ne dirai pas que c'est là une expectation déguisée; mais n'est-il pas curieux de voir la colique de plomb céder beaucoup plus tôt avec les lavements opiacés ou avec le soufre miellé qu'à la suite de purgatifs très-énergiques.

Luxations de l'épaule.

A propos d'un malade entré dans son service pour une luxation de l'épaule, M. Panas a développé et pratiquement appliqué ses idées propres sur le mécanisme de production de ces luxations et sur la manière de les réduire.

Il considère à peu près toutes les luxations de l'épaule comme le résultat d'un mouvement de rotation de l'humérus. Si la rotation s'est faite en dehors, la luxation se produit en arrière.

Chargé de traiter l'article *épaule* dans le volume du *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques* qui a paru en 1870, il a fait alors des expériences très-nombreuses sur le cadavre : et il s'est assuré qu'il était très-facile de briser, par un mouvement de rotation, une capsule ligamenteuse qui pouvait résister à une traction directe par un poids de 600 kilogrammes.

En effet, la traction directe laisse répartir la résistance sur une assez large surface : les fibres se soutiennent alors mutuellement. Dans la rotation, au contraire, la tête de l'humérus agit inégalement par sa forme sphéroïdale. Elle porte surtout sur un point donné du cylindre ligamenteux, elle le fait céder sans peine pour s'échapper par une boutonnière, généralement située à une certaine distance de la cavité glénoïde.

Bien entendu, cette rupture de la capsule n'est pas la seule qui s'effectue. Généralement le tendon du sous-scapulaire se rompt aussi dans les luxations en avant. On trouvera beaucoup d'autres détails dans l'article déjà cité.

Mais ce qu'il importe de savoir au point de vue pratique, c'est que pour réduire sans peine une luxation de l'épaule en avant, il est important de porter le bras dans la rotation en dehors.

En effet, une fois passée par la déchirure en boutonnière de la capsule, la tête ramenée en dedans se trouve appuyer sur la lèvre interne de cette boutonnière. Si donc on cherche à opérer la réduction dans cette position, la tête se trouvant séparée de la cavité articulaire par une bride ligamenteuse plus ou moins large, on ne peut réussir qu'en brisant cette bride, ce qui n'est pas toujours facile.

Quand, au contraire, la résistance musculaire une fois vaincue par une extension suffisante et suffisamment prolongée, on a par un mouvement de rotation en dehors ramené la tête au milieu de la déchirure, il suffit de la pousser avec la main pour effectuer la coaptation, si elle ne se trouve pas faite d'elle-même et sans bruit.

Dans la prévision de ce mouvement de rotation de l'humérus, M. Panas fait porter la traction sur le bras au-dessus du coude, et non sur l'avant-bras au-dessus du poignet.

De cette façon l'avant-bras fléchi est tout prêt à être porté en dehors au moment voulu.

Il n'est pas nécessaire de déployer une force considérable dans l'extension, pourvu qu'on ait la patience d'attendre le relâchement musculaire. Chez l'homme en question, homme robuste, deux aides étaient occupés à la contre-extension, deux autres à l'extension, tirant modérément; ce fut l'affaire de quelques minutes, et la luxation intracoracoïdienne, fut réduite aussitôt après la rotation du bras en dehors. Il est vrai que cette luxation était très-récente. Mais M. Panas nous a déclaré avoir toujours réussi à réduire, par la rotation de l'humérus, les luxations de l'épaule, même assez anciennes, du moment ou le temps écoulé n'était point assez long pour avoir amené la déformation de la cavité articulaire, etc. Dans ce dernier cas aucun procédé ne peut réussir.

Dr Victor REVILLOUT.

RÉFLEXIONS

SUR L'IMPORTANCE DE L'EMPLOI DES TRACTIONS MÉCANIQUES EN OBSTÉTRIQUE.

Par M. le docteur Pros (de la Rochelle).

Avant de faire l'exposé des réflexions qui vont suivre, j'éprouve le besoin d'adresser mes plus sincères remercîments à l'illustre professeur M. Pajot. En considération de mes convictions sur la valeur des tractions mécaniques en obstétrique, il a bien voulu, le 17 de ce mois, me permettre de faire connaître, à son cours, mon appareil obstétrical. Je remercie également le nombreux auditoire qui, à cette occasion, m'a prêté son attention, pendant quelques instants. Il m'a généreusement témoigné qu'il avait reconnu en moi l'hôte de son professeur de prédilection.

Comme on va le voir, je combats, de même que d'autres praticiens l'ont fait, l'usage, en tant que pouvant être abusif, du céphalotribe. J'y suis d'autant plus autorisé que je sais, pertinemment, que M. Pajot, lui-même, n'est nullement le partisan de ce dangereux instrument, dont il se sert, cependant dans les cas les plus difficiles, avec un talent inimitable.

Je me permets de ne pas terminer cette sorte d'avant-propos sans poser en fait qu'en formant des accoucheurs dignes de son haut enseignement, l'illustre professeur M. Pajot, leur donne autant le droit d'avoir recours aux tractions mécaniques pour terminer heureusement certains accouchements que de savoir s'en abstenir.

La question des tractions mécaniques, en obstétrique, est décidément à l'ordre du jour et s'annonce comme devant être prise en sérieuse considération. Tout dernièrement, M. le docteur Guéniot dans un premier travail qu'il a lu à la Société de chirurgie, en a reconnu *le principe comme étant logique et légitime*. C'est presque assez pour le moment, et ce serait tout pour l'avenir, si, déjà, d'habiles accoucheurs, dont je n'ai plus besoin de citer les noms, ne s'étaient posés, en maîtres, les promoteurs d'une méthode qui leur a donné de nombreuses réussites.

En attendant que d'autres praticiens acceptent, comme devant s'élever à la hauteur d'un véritable progrès, la révolution qui s'accomplit sous leurs yeux, le céphalotribe est enfin battu en brèche. Ce barbare instrument, *même perfectionné*, n'aura bientôt plus sa raison d'être que dans les cas exceptionnels. Toujours il tue l'enfant des mères sur lesquelles on l'emploie, sans laisser à ces dernières même la consolation de pouvoir se dire : Mon enfant est mort en venant au monde! Non! quand le céphalotribe ne les tue pas elles-mêmes, plus de trente fois sur cent, ils les condamne à ne plus oublier qu'on a tué leur enfant, en lui broyant les os, dans leur sein.

Puissent donc les broyeurs d'enfants être remplacés autant que possible, à l'avenir, par les tracteurs obstétricaux. Ce sera plus humain et plus digne de notre art. Car, comme l'a fort bien exposé M. le docteur Guéniot, *une machine bien réglée, dont l'intensité variera au gré de l'accoucheur, pourra rendre d'incontestables services*. Nul doute qu'en parlant ainsi, cet honorable confrère n'ait voulu dire : Autant pour la mère que pour l'enfant.

Eh bien, si cette machine n'existe pas encore, pour tout le monde elle sera. Quand il l'aura bien comprise, peut-être, l'accoucheur obligé de recourir à son forceps, trente fois sur cent, la substituera-t-il à sa propre action manuelle, *si souvent trompeuse et aveugle*.

De faible constitution, malade ou seulement fatigué, il pourra faire, sans peine, sur ses malades une opération obstétricale, quand il en sentira la nécessité, à l'aide de son forceps; et le plus souvent, il fera par une *méthode conservatrice*. S'il est avancé en âge, et que ses malades, pleines de confiance, veuillent toujours bénficier de son expérience, il ne sera pas obligé, alors que son forceps restera impuissant entre ses mains, de croire ou de se dire : *Voilà un cas exceptionnel, il faut broyer la tête de l'enfant pour sauver la mère!*

Que les bons praticiens acceptent donc, comme pouvant être très-rationnelle, l'intervention de la machine, dans l'art des accouchements, qu'ils étudient cette machine, et ils reconnaîtront bientôt qu'elle n'est autre entre leurs mains qu'un instrument intelligent, en lui donnant pour moteur leur propre sensibilité, leur tact médico-chirurgical, elle ne marchera qu'au gré de leur expérience et leur sera docile. Loin de la bannir de la pratique des accouchements, ils en rechercheront l'emploi, presque aussi souvent qu'ils auront besoin de faire usage de leur forceps. Mais, pour ne plus accuser cette machine de ne produire qu'une force aveugle, pouvant être par trop brutale, pourquoi n'en limiterait-on pas la puissance à celle de 70 ou 80 kilogr., environ?

J'ai résolu dans ce sens, à ma manière, le problème de l'emploi de la force artificielle, en obstétrique. Je donne aussi l'assurance qu'instantanément l'accoucheur pourra, à son gré, non-seulement faire cesser ses tractions, *mais les annuler complétement*. Instantanément, aussi, il aura la faculté de redevenir maître de son forceps pour terminer par une traction manuelle un accouchement commencé, avec le secours de son tracteur. Du reste, la durée de l'action de ce dernier sera toujours très-limitée, à moins qu'elle ne soit intermittente; cas dans lequel elle n'en sera pas moins conduite avec le plus méthodique discernement. Inutile d'ajouter que je repousse la trop grande prolongation des tractions énergiques; même dans les accouchements les plus laborieux. Je repousse surtout toute traction mécanique, lorsque la tête de l'enfant, sur laquelle elles portent, est descendue sur le plancher du bassin. Souvent même l'accoucheur pourra ou devra retirer son forceps à vide des organes maternels, pour abandonner ensuite à la nature le reste du travail dont le début avait nécessité son intervention.

De cette manière, fidèle imitateur de l'accouchement physiologique, autant que possible, l'accoucheur n'agira pas comme un *déboucheur à tout rompre*.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement arsénico-ferrique

Par M. le docteur Carlotti
Président de l'Association locale des médecins de la Corse.

J'ai eu occasion, depuis le mois d'avril dernier, d'employer les dragées arsénico-ferriques Dominique de Vals, et j'ai pensé qu'il pourrait y avoir quelque opportunité à faire connaître les résultats constatés.

Obs. I. — *Cardialgie, intoxication miasmatique.* — M. P..., employé dans un des pénitenciers agricoles de la Corse, se plaignait depuis longtemps d'une cardialgie très-douloureuse accompagnée de dyspepsie, de borborygmes et de tension abdominale.

Au moment de la digestion, il y avait aggravation de tous les symptômes. Le malade était réduit au point que les aliments les plus légers lui causaient des angoisses, jusqu'à produire la lypothimie. M. P... mène une vie très-sédentaire, livrée sans interruption à des travaux de bureau, et dans l'endroit où il réside les fièvres paludéennes sont endémiques.

Bien loin d'avoir échappé à l'influence miasmatique, il avait été souvent atteint par les fièvres intermittentes arrêtées chaque fois par de fortes doses de sulfate de quinine. Son état maladif dure depuis trois ans. On a cru à une dégénérescence du foie, et il a passé une saison aux eaux de Vichy, dont il n'avait retiré que très-peu d'avantage. Lorsque je l'ai vu, les souffrances étaient à leur comble; il avait le teint terreux, et la constitution profondément détériorée.

Au surplus, une mélancolie des plus accentuées aggravait ses souffrances. Je ne constatai aucune lésion dans les organes abdominaux. Il fut mis à l'usage des dragées Dominique, à la dose de six par jour, et l'on prescrivit un régime léger et analeptique.

Le traitement a duré trois semaines. Dès le quatrième jour de ce traitement, les douleurs cardialgiques avaient beaucoup diminué, et le malade digérait à peu près tous les aliments. Il se croit aujourd'hui complétement rétabli.

Obs. II. — *Anémie ; hépatite chronique.* — Une dame demeurant dans la localité dont il est parlé ci-dessus, n'a pas eu de fièvres d'accès, mais elle est très-affaiblie. Sa peau blanche annonce, il est

vrai, une constitution délicate, et des symptômes d'hystérie annoncent une altération de la sensibilité et augmentent la faiblesse.

Cette dame est âgée de trente-deux ans, est mère de trois enfants et n'a jamais éprouvé de dérangement anormal dans les périodes mensuelles, mais elle m'a déclaré que le sang menstruel est décoloré.

D'après les renseignements qui m'ont été fournis, l'action du climat se serait manifestée chez elle par un engorgement du foie; elle aurait été à Montecultiri, en Italie, et fait usage de ces eaux en bains et en boisson.

Au moment où je l'ai examinée, on constatait encore un certain degré d'hypertrophie du foie, coïncidant avec la constipation. Les digestions étaient lentes et difficiles, et l'estomac très-peu exigeant. En auscultant la région du cœur, on distinguait parfaitement le bruit de souffle; la maigreur était considérable, le visage très-décoloré.

Je viens de la revoir; elle a gagné beaucoup d'embonpoint, son visage est coloré, elle avoue un état de bien-être dont elle n'avait joui depuis longtemps. Elle doit certainement sa santé aux dragées Dominique, qui lui ont été administrées à des époques diverses pendant un mois et demi. Le nombre des dragées employées n'a pas dépassé cinquante.

Obs. III. — *Chloro-anémie.* — Une demoiselle âgée de seize ans, placée dans un pensionnat, a perdu ses couleurs et ses forces après la première apparition de la menstruation.

Son teint est jaune paille, elle est mélancolique, accuse une grande prostration. Le pouls et les battements du cœur sont lents, la démarche difficile, et l'on entend un bruit de soufle à l'origine de l'aorte. Les ferrugineux sous toutes les formes, joints à une nourriture animale, au vin généreux, n'avaient modifié en aucune façon son état. Il en avait été de même de l'eau d'Orezza, administrée pendant un mois à la dose d'un litre par jour.

L'usage des dragées Dominique a produit un excellent résultat. Il en a été administré quatre par jour, pendant une semaine et demie. Cela a suffi pour obtenir une guérison, qu'il me semble pouvoir considérer comme radicale. En effet, la demoiselle en question, au physique comme au moral, diffère essentiellement de ce qu'elle était au début du traitement. Elle est d'une grande vivacité, aime à marcher et à courir, a acquis de belles couleurs et un certain embonpoint.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 juillet 1875. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine ;

2° Un mémoire de M. Houzé de l'Aulnoit, intitulé : *Expériences sur la force élastique des bandes et des tubes en caoutchouc par la méthode des poids.*

PRÉSENTATIONS

M. Giraud-Teulon présente, de la part de M. Gaillard (de Lyon), une note sur les *phénomènes d'ophthalmologie invoqués comme signes de la mort.*

M. Giraldès présente, de la part de M. Frédéric Legros Clarck, un discours prononcé devant le Collége royal des chirurgiens de Londres, dont il est président, *sur les méthodes de pansement.*

M. Sée présente, de la part de M. Verneuil, qui n'a pu assister à la séance, la dernière partie de son mémoire sur *la forcipressure*, comprenant l'historique et l'appréciation de la forcipressure appliquée aux opérations (sera imprimée dans les *Bulletins* de la société); et une thèse intitulée : *Étude historique et critique des serre-nœuds.*

M. Paulet présente, de la part de M. Huë (de Rouen), un *mémoire sur la périnéoraphie dans les cas de rupture complète* (Commiss. : MM. Paulet, Blot, Guéniot.)

COMMUNICATION

Extirpation en totalité du calcanéum. — M. le professeur Rigaud (de Nancy) donne lecture d'un relevé des opérations d'extirpation en totalité du calcanéum qu'il a pratiquées. Depuis l'année 1844, date de sa première opération, qui n'était encore décrite nulle part, il a eu onze fois l'occasion de la pratiquer, toujours sur des os très-altérés que nul traitement n'aurait pu conserver. Sur ces onze opérés, un seul a succombé. Dans la séance de la Société de chirurgie, du 21 juillet 1866, il est fait mention des six opérations qu'il avait déjà faites à cette époque. Depuis, M. Rigaud en a fait cinq nouvelles, et une a été faite dans son service par M. Bœckel, ancien professeur, agrégé à la faculté de Strasbourg. Sur ces douze cas, il n'y a eu qu'une seule mort, due à l'infection purulente; deux fois l'amputation de la jambe a dû être faite après la première opération; la guérison a été rapide chez dix de ces opérés; elle a été longue deux fois. Dans un seul cas, la marche est restée difficile. M. Rigaud a conservé plusieurs de ces calcanéums enlevés, et les présente à la société. Dans une statistique publiée dans les *Archives de médecine* de 1852, on trouve un tableau de quatorze opérations, sur lesquelles il y a eu douze guérisons. L'ablation totale du calcanéum est donc une bonne opération.

DISCUSSION

M. Guyon présente un calcanéum dont il a réséqué toute la partie postérieure vendredi dernier, dans son service de Necker, pour une carie centrale. Cet os était devenu malade depuis un an. Des abcès fistuleux s'étaient formés depuis quatre ou cinq mois.

M. Polaillon a fait en 1870 une statistique où il a cité plusieurs des faits de M. Rigaud. Cette statistique comprend soixante-cinq cas, sur lesquels trois malades ont succombé et sept ont été amputés consécutivement, et M. Polaillon en a tiré les conclusions suivantes : cette opération présente moins de dangers de mort que l'amputation de la jambe; elle est bonne au point de vue de la marche quand la croissance du malade n'est pas achevée; mais après l'adolescence, les résultats qu'elle donne sont moins heureux pour la marche que ceux de l'amputation.

M. Giraldès. Un chirurgien anglais, M. Engkock, qui a publié des leçons sur la chirurgie du pied, faites devant le Collége royal des chirurgiens de Londres, a relevé trente-sept cas d'extirpation totale du calcanéum et quarante extirpations partielles. Pour les premières, pratiquées sur des sujets de tout âge, il y a eu vingt-trois ou vingt-six résultats très-bons. M. Giraldès cite ces faits de mémoire et ne peut préciser exactement les chiffres. Quatre ou cinq opérés ont dû être amputés consécutivement. Pour les secondes, il y a eu vingt-trois ou vingt-quatre bons résultats. Le reste était passable ou mauvais. En réunissant ces soixante-dix-sept cas, on arrive à un très-beau total de bons résultats.

M. Rigaud a relevé l'âge de ses malades, qui tous avaient moins de cinquante ans, mais plusieurs avaient dépassé l'adolescence.

M. Larrey demande à qui revient la priorité de cette opération.

M. Rigaud. En 1847, elle a été réclamée par Wackley et Grimaud. M. Grimaud fils a reconnu qu'elle appartenait au premier.

M. Blot demande si M. Polaillon a tenu compte d'autres éléments que l'âge de ses malades. Quel était leur état général et quel était l'état local des pieds?

M. Polaillon. Au point de vue de la question historique, la priorité semble appartenir à un Italien, Montagia, qui en a publié un cas en 1814. Un autre ensuite est dû à un chirurgien français nommé Robert (1837). A la question de M. Blot, M. Polaillon répond qu'il a tenu note, dans le tableau qu'il a publié, de la nature du mal, des accidents locaux qui s'étaient manifestés avant l'opération, de l'état général du malade. Il a constaté aussi l'état de la marche plusieurs mois, quelquefois plusieurs années après l'opération. Chez les scrofuleux, les succès sont beaucoup moins grands; ils sont moins sûrs aussi lorsque l'os est malade depuis très-longtemps.

Il n'a fait lui-même qu'une seule fois cette extirpation chez une

femme de vingt-cinq ans qui a succombé, ce qui vient à l'appui de ce qu'il a dit relativement à l'âge des opérés.

M. DESPRÈS s'est déjà élevé contre cette opération dans une discussion récente. La désarticulation sous-astragalienne est meilleure. Il est infiniment rare d'avoir à amputer à la suite de cette opération.

La communication de M. Rigaud sera insérée aux *Bulletins*.

LECTURE

M. DESMICHELS, professeur à l'université de Cazan, donne lecture d'un mémoire sur l'origine des lésions rachitiques dans les os longs. (Commis : MM. Marjolin, Giraldès, Verneuil.)

RAPPORT

M. PAULET donne lecture d'un rapport sur une observation de fracture du rocher avec issue de pulpe cérébrale, suivie d'uue guérison rapide, par M. Coustan, médecin aide-major.

Le malade dont il est question avait fait une chute grave à la suite de laquelle il y avait eu issue de sang par l'oreille. La peau ne présentait pas de lésions. L'intelligence était abolie, il y avait photophobie, mais la sensibilité et la myotilité persistaient. Le soir de l'accident, nouvelle hémorrhagie par l'oreille, *avec issue de bouillie cérébrale*. Après trois jours, l'intelligence revient, mais pas encore la mémoire, qui ne reparaît qu'au bout de quinze jours. A cette époque, il raisonne bien, avec beaucoup de loquacité. Il n'y a jamais eu d'ecchymoses sous-conjonctivales. Un peu plus tard apparurent plusieurs tumeurs crâniennes au-dessus du pavillon de l'oreille, qui ont persisté depuis. M. le rapporteur fait des réserves sur l'issue de pulpe cérébrale. Du cerumen coloré par le sang ou des fragments de caillots ont pu en imposer à l'observateur. L'examen microscopique n'a pas été fait. L'issu de matière cérébrale par fragments de la grosseur d'un grain de blé suppose une fracture communicative du rocher qui aurait été suivi d'écoulement séreux par l'oreille, et qui s'accompagne toujours au moins de méningo-encéphalite. La guérison en quinze jours d'une lésion aussi grave est un fait tellement anormal qu'il est à regretter que l'observation n'ait pas été complétée par l'examen microscopique qui aurait levée tous les doutes.

Des remercîments seront adressés à l'auteur, et sa communication sera déposée très-honorablement aux archives.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. RIGAUD présente un scapulum qu'il a désarticulé en entier, en 1844, après avoir, dix-huit mois auparavant, désarticulé le bras pour une ostéophite considérable de l'humérus. Cette tumeur s'était reproduite sur le scapulum qu'il enleva en entier. M. Rigaud a revu ce malade six ans plus tard; il n'y avait pas eu de récidive. — Deux ans après, Fergusson fit aussi l'extraction complète du scapulum.

M. DESPRÈS. La désarticulation de l'omoplate avec tout le membre thoracique a été faite aussi par un chirurgien anglais.

M. LARREY a fait à l'Académie un rapport sur cette même opéra tion pratiquée par un chirurgien polonais, M. Micholski.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 mai 1875 (1). — Présidence de M. GALLARD.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le docteur Géry s'excusant de ne pouvoir se rendre à la séance.

La correspondance imprimée comprend : un numéro de l'*Echo de la presse médicale* et trois numéros du *Progrès médical*.

LECTURE

M. MAURIAC lit le rapport suivant :

(1) Suite. — Voir les numéros des 13 et 15 juillet.

Rapport sur le traitement de la syphilis par les fumigations mercurielles. — Messieurs, notre honorable confrère M. le docteur Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi, nous a lu, à l'appui de sa candidature comme membre de la Société de médecine de Paris, une note sur le *Traitement de la syphilis par les fumigations mercurielles*.

I.

C'est une méthode qui n'est pas nouvelle dans la thérapeutique de cette maladie, puisque, avant d'administrer le mercure à l'intérieur, ce qui fut tenté pour la première fois par Mathiole, vers 1535, les anciens syphiliographes l'employaient à l'extérieur sous forme de *frictions* et de *fumigations*. Or, en agissant ainsi, ils avaient l'avantage de mettre en œuvre, du même coup, l'action topique du médicament sur les affections de la peau et des muqueuses, et sa vertu curative sur l'unité morbide, c'est-à-dire sur le principe même de la force malfaisante dont les manifestations étaient alors si multiples et si redoutables.

Cette pratique, affolée pour ainsi dire par la terreur qu'inspirait l'épidémie du seizième siècle, et tombée aux mains des empiriques à qui toutes les audaces paraissaient permises, parce que toutes les tentatives les plus rationnelles avaient échoué, devint presque aussi dangereuse et aussi funeste que la syphilis.

Il y avait, dit Astruc, deux sortes de fumigations, les unes *bénignes*, et les autres *malignes*, suivant la qualité des drogues dont elles étaient composées.

Les premières consistaient en matières résineuses, baumes ou parfums de différentes espèces.

Les secondes étaient faites avec les mêmes substances auxquelles on ajoutait des préparations mercurielles, telles que le *cinabre*, le *précipité rouge*, le *turbith minéral*, et même le *sublimé corrosif*.

On saignait préalablement le malade; puis on le soumettait à l'usage des altérants ou des purgatifs pour tempérer les humeurs. Ainsi préparé, on l'enfermait dans une étuve bien close, et on le plaçait là sous une espèce de pavillon qu'on appelait communément *l'archet*. A ses pieds était un réchaud plein de braise; on y jetait à diverses reprises les trochisques ou les poudres dont les vapeurs agissaient sur la peau et la muqueuse des voies respiratoires pendant une heure, une demi-heure ou trois quarts d'heure, chaque jour, suivant les forces de l'organisme et la gravité de la maladie.

Souvent les malades tombaient dans l'asthme, la toux, l'hydropisie et le marasme. Aussi les moins téméraires des médecins de cette époque déclaraient-ils qu'on ne devait recourir aux fumigations que dans les véroles invétérées, rebelles à tout autre remède et chez les personnes douées d'une robuste compelxion.

II.

Sans doute, messieurs, que les graves inconvénients de ce mode de traitement étaient de nature à inspirer aux malades et aux médecins les plus sérieuses inquiétudes. Aussi sa vogue ne fut-elle pas de longue durée. La circonspection vient après l'excès; la prudence succéda à la témérité; et, l'indication se rétrécissant et se raréfiant de plus en plus, soit parce que les affections syphilitiques étaient moins graves, soit parce qu'elles cédaient à des moyens plus doux, moins dangereux et d'un maniement plus facile, il arriva que l'abus, le temps, la mode, de nouvelles conceptions pathologiques sur la nature de la maladie, etc., firent tomber la fumigation dans un discrédit exagéré.

C'est ce qu'ont pensé sans doute quelques praticiens éminents de notre époque, et ils ont cherché à réhabiliter la méthode par la mesure, la réserve et l'opportunité de son application.

III.

Peut-être l'enthousiasme est-il allé un peu trop loin dans une tentative si estimable et si digne d'être encouragée. En voulez-vous une preuve? Celui qui en a eu le premier l'idée, M. Langston Parker (de Birmingham), ne dit rien moins que ceci : « ... Les fumigations mercurielles constituent le traitement « *le plus sûr, le plus actif, le plus certain, le moins fréquemment suivi de récidives et le plus efficace dans les cas opiniâtres* ».

Vous voyez *a priori* l'exagération.

MM. Henri Lée, Burnstead (de New-York), Henri Guéneau (de Mussy) ont aussi expérimenté les fumigations, et ces savants médecins, qui n'emploient que le calomel pour éviter l'irritation de la muqueuse des voies respiratoires provoquée par les vapeurs de cinabre, s'accordent à vanter leurs effets curatifs et l'innocuité de leur application.

IV.

M. le docteur Horteloup a voulu contrôler ces résultats. Il l'a fait en expérimentateur habile et prudent. Sans doute il n'a pas résolu complétement la question; sous ses éloges et à côté de ses espérances, il y a quelques réserves et quelques hésitations; on trouve dans son travail bien des points encore obscurs, du hasard ou trop de facilité dans le succès, et un contrôle auquel manque peut-être la double sanction du nombre et du temps, sans compter la comparaison précise, rigoureuse, avec des méthodes plus simples, aussi sûres et d'une application infiniment moins embarrassante.

V.

Quoi qu'il en soit, messieurs, le travail qui vous est soumis fournira des documents précieux sur la question si contreversée du traitement de la syphilis. Il mérite donc d'être étudié et analysé avec soin.

Il se termine par ces deux conclusions:

« Les fumigations de calomel peuvent être employées contre les accidents syphilitiques dans les conditions suivantes :

« 1° Seules, contre les manifestations ulcéreuses précoces, plaques muqueuses, impétigo, ecthyma superficiel;

« 2° Associées à l'iodure de potassium contre les accidents plus tardifs, syphilides tuberculo-ulcéreuses, pustulo-crustacées, ecthymas profonds. »

M. le docteur Horteloup est arrivé à ces conclusions après avoir expérimenté d'une manière suivie cette méthode de traitement par les fumigations de calomel, sur 133 malades.

Sur ce chiffre de 133 il y a eu 41 insuccès, 11 améliorations et 81 guérisons complètes, du moins au moment de la sortie de l'hôpital.

Les 81 malades guéris étaient atteints d'accidents syphilitiques consécutifs variés, tels que plaques muqueuses, roséoles érythémateuses, syphilides papuleuses, syphilides ulcéreuses légères. Ces accidents appartenaient tous à la première phase de la maladie constitutionnelle et faisaient partie de la première et de la deuxième poussée des manifestations.

Chaque malade a pris en moyenne treize fumigations.

La disparition des accidents aurait eu lieu dans la majorité des cas après six ou sept fumigations. Or, comme on peut donner une fumigation tous les jours, il ne faudrait donc qu'un septenaire pour guérir les accidents énumérés ci-dessus, ou quinze jours à trois semaines, suivant qu'on mettrait entre chaque fumigation un intervalle de un ou de deux jours.

VI.

M. le docteur Horteloup attire l'attention sur des résultats si surprenants. Les plaques muqueuses végétantes et confluentes subissent surtout l'action curative des vapeurs du calomel avec une rapidité très-grande. L'auteur cite un cas où ces lésions syphilitiques avaient atteint d'effrayantes proportions. Au bout de deux fumigations leur odeur et leur sécrétion avaient disparu; à la quatrième, les excroissances avaient diminué de moitié, et, à la sixième, il ne restait plus qu'une teinte rosée qui s'effaça en quelques jours. On n'eut recours à aucun autre moyen hygiénique ou thérapeutique. Aux fumigations seules revint l'honneur du résultat.

Avant d'aller plus loin, je me permettrai, messieurs, de faire une remarque au sujet des plaques muqueuses génitales, scrotales, périnéo-anales, vulvaires, etc. De toutes les manifestations syphilitiques, ce sont peut-être celles dont on triomphe le plus aisément et le plus vite. Le repos seul, des soins de propreté, des pansements destinés à séparer et à isoler les surfaces malades, quelques bains, etc., en un mot les moyens hygiéniques les plus simples produisent en très-peu de temps une remarquable amélioration. Si vous ajoutez à cela quelques cautérisations légères, avec le nitrate d'argent, par exemple, vous verrez les excroissances fondre pour ainsi dire à vue d'œil. Il faut avoir été témoin de pareils faits pour affirmer, comme je ne crains pas de le faire, que les plaques muqueuses ne peuvent pas servir de base sérieuse pour expérimenter une médication spécifique dirigée soit contre le principe même de la maladie, soit contre l'ensemble si varié de ses manifestations.

VII

Parmi ses malades, M. le docteur Horteloup compte 32 insuccès, et il reconnaît que les fumigations seules, même en grand nombre, ne donnent aucun résultat dans les syphilides précoces sèches, ni dans les syphilides ulcéreuses tardives qui sont sur la limite des accidents tertiaires.

Aussi, se fondant sur les excellents résultats du traitement mixte, a-t-il associé à l'emploi des fumigations l'iodure de potassium, et c'est de cette façon qu'il a obtenu, dit-il, de très-beaux et de très-rapides succès.

Parmi ces succès, notre confrère rapporte le cas d'une syphilide papulo-tuberculeuse et ecthymateuse, dont la date n'est pas indiquée et qui ayant été inutilement traitée pendant plus d'un mois par des pilules de proto-iodure et des bains de sublimé, fut guérie en moins de cinq semaines par 21 fumigations et 2 grammes d'iodure de potassium pris chaque jour.

Mais, dans l'appréciation d'une cure aussi rapide, faut-il mettre tout à l'actif des fumigations et de l'iodure, et leur attribuer exclusisivement la guérison?.... Ne pensez-vous pas, comme moi, que le traitement interne par le mercure, préalablement institué et suivi pendant longtemps, avait déjà diminué l'action morbide, relevé les forces plastiques et préparé l'organisme à subir l'influence salutaire d'une nouvelle médication, qui ne faisait que continuer et achever l'œuvre réparatrice déjà commencée?

VIII

D'ailleurs, messieurs, ces sortes de syphilides ulcéreuses, quand elles ne sont pas malignes et que le terrain sur lequel elles s'établissent n'a pas été déjà ou n'est pas devenu par leur fait, ruiné, cachectique et incapable de toute réaction salutaire, soit spontanément, soit sous l'influence des remèdes et de l'hygiène, ces sortes de syphilides ulcéreuses guérissent quelquefois très-vite, beaucoup plus vite même que certaines formes sèches.

Je m'en suis convaincu bien des fois. Le sirop de bi-iodure ioduré dans lequel on varie, suivant les cas, les proportions du bi-iodure et de l'iodure de potassium, des pansements avec un mélange de pâte de Vigo *cum mercurio* et d'onguent napolitain, que je fais préparer à l'hôpital du Midi, des toniques, un peu d'exercice et le grand air, tel est l'ensemble des moyens que j'emploie, et dont je garantirais le succès si, dans les questions de thérapeutique en général, et même de thérapeutique syphilitique, nos espérances les mieux fondées n'étaient trop souvent déçues.

Ce même traitement, je l'applique aussi aux syphilides ulcéreuses précoces et malignes.

Mais ici l'organisme étant déjà cachectisé, s'épuise en réactions curatives qui avortent, et il devient rapidement incapable de concevoir l'action thérapeutique et de lui laisser porter ses fruits. Bien plus, cette action thérapeutique, outre qu'elle est annihilée, se transforme quelquefois, dans les plus mauvais cas, en action nuisible, et on voit se développer tout à coup ou peu à peu, ce germe d'intoxication qui se trouve au fond de tous les remèdes doués d'une puissante individualité spécifique. Il faut alors renoncer à toute médication et se contenter de relever, par l'hygiène et les corroborants ordinaires, les forces défaillantes de l'économie.

IX

Je n'entrerai pas plus avant, messieurs, dans cette grosse question du traitement de la syphilis. Plus d'une fois, sans doute, nous aurons à y revenir, et dans le sein de cette société, chacun de nous pourra exposer sa manière de voir, la soutenir et la soumettre à la discussion. Il y a tant de divergences dans les opinions médicales,

surtout en ce qui concerne la thérapeutique, qu'il est peu probable que nous soyons tous du même avis.

Mais revenons aux fumigations. Je suis disposé à croire, avec M. le docteur Horteloup, qu'elles sont un adjuvant peut-être efficace, dans quelques formes de syphilide ulcéreuse.

Est-ce à dire qu'elles méritent tous les éloges qu'on leur a décernés dans ces derniers temps en Angleterre et en Amérique? Défiez-vous de cet enthousiasme de fraîche date, et n'admettez pas avec M. Parker (de Birmingham), qu'elles constituent « le traitement le *plus sûr, le plus actif, le plus certain, le moins fréquemment suivi de récidives, et le plus efficace dans les cas opiniâtres.* »

Que ne devrait-on pas dire alors des *frictions mercurielles*, cette autre méthode antique du traitement de la syphilis, bien autrement active que les fumigations, et qui, celle-là, est digne à coup sûr des efforts de réhabilitation qu'on a tentés en sa faveur! Du reste, ces efforts n'ont pas été stériles. On trouve dans les formes sèches et invétérées des syphilides, et dans les syphiloses viscérales précoces ou tardives, tant d'occasions de constater l'énergique influence des frictions mercurielles, soit sur le principe virulent, soit sur ses manifestations, qu'aucune comparaison n'est possible entre ces deux méthodes qui rivalisaient autrefois. Comme toutes les choses de ce monde, elles ont eu leur période de grandeur et de décadence. Elles émergent aujourd'hui de l'oubli, mais avec des chances inégales. La pratique des frictions occupe et occupera une place de plus en plus grande dans la thérapeutique syphilitique. Je n'oserais pas dire qu'il en sera de même de la pratique des fumigations.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Manuel de diagnostic médical.

Par Fenwick, traduit de l'anglais par O. Edwards ; E. Lacroix et J. Germain (1).

Ce livre a été écrit spécialement pour les étudiants, à qui il sera très-utile parce qu'il est court et substantiel. L'auteur a supprimé tout le verbiage qui allonge si souvent les livres de la médecine moderne, et il est resté clinicien, laissant à la vétérinaire tout le fatras des expériences insuffisantes et contradictoires faites sur les lapins, les grenouilles et autres animaux. Il a pensé, non sans raison, qu'on ne tire profit des expériences sur les bêtes qu'en les répétant un grand nombre de fois, et qu'il faut être très-réservé lorsqu'il s'agit de conclure à l'homme, témoin la méprise causée par l'étude des battements du cœur de la grenouille sur laquelle on avait fondé une nouvelle théorie des mouvements du cœur chez l'homme.

Le plan du livre de M. Fenwick est excellent. Chaque maladie dont les moyens de diagnostic vont être indiqués est résumé en quelques mots dans son anatomie pathologique, ce qui montre la lésion à constater et dans ses symptômes différentiels des maladies voisines. L'anatomie pathologique cotoie ainsi la clinique en lui donnant une base solide dégagée de toute hypothèse.

Ainsi se trouvent exposés le diagnostic des maladies du cœur et du péricarde, de la plèvre et des poumons, de la gorge et du larynx, des reins, du foie, de l'estomac, du péritoine et des intestins, des tumeurs abdominales, de l'encéphale, des fièvres, des maladies de la peau, etc.

Dans le diagnostic des maladies du poumon, M. Fenwick expose un procédé de son invention par lequel on distingue aisément les crachats de la bronchite chronique simple de ceux de la bronchite liée à la phthisie par ulcération du poumon. C'est un procédé pratique excellent et dont j'ai déjà fait mention dans la partie semeiotique de ma pathologie générale. Il consiste à faire bouillir dans un tube quelques crachats avec de la potasse et, après refroidissement, de voir dans le dépôt, avec un microscope, s'il y a des fibres pulmonaires. Dans ce cas il y a lésion du poumon et, dans le cas contraire, il n'y qu'une bronchite simple.

Dans ce livre, une part importante est faite à l'utilité de l'ophthalmoscope pour le diagnostic des maladies de l'encéphale. Cette nouvelle méthode, aussi utile pour l'examen du cerveau que l'auscultation pour les maladies de poitrine, est maintenant fort en usage chez nos voisins qui nous l'ont empruntée. C'est en 1862 que la *Gazette des Hôpitaux* a publié les premiers faits de diagnostic de la *méningite* et des *maladies aiguës* du cerveau par l'ophthalmoscopie, et cela n'avait encore jamais été fait à cette époque.

Un grand nombre de figures schématiques et de dessins d'instruments donnent au texte la clarté désirable, et quant à la traduction française approuvée par l'auteur elle se laisse lire avec plaisir.

Ce petit livre peut rendre des services à l'étudiant et il n'en est pas de semblable par le plan et par la forme qui puisse lui être comparé. Je ne regrette qu'une chose, c'est qu'étant d'origine anglaise, il ne renferme pas suffisamment d'indications françaises. C'est un grave inconvénient pour les livres d'étude, car nos jeunes gens se déshabituent trop des gloires nationales présentes ou passées. Il n'en saurait être autrement. C'est le mauvais côté des traductions d'un ouvrage élémentaire étranger. E. Bouchut.

(1) Un vol.; in-12, chez Lauwereyns, rue Casimir Delavigne, 2. Prix : 5 fr.

Par arrêté en date du 26 juillet 1875, il est ouvert, près l'école préparatoire de médecine et de pharmicie de Caen, un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques.

L'ouverture de ce concours est fixé au 1er février 1876.

Le registre d'inscription des candidats sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 90. — MARDI 3 AOUT 1875. 48e ANNÉE. MARDI 3 AOUT 1875. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOPITAL COCHIN. — M. Bucquoy.

Intoxication saturnine chronique : paralysie des extenseurs du poignet et des doigts.

Il arrive journellement que nous recevons dans les hôpitaux des malades qui sont victimes de la profession qu'ils exercent. Les accidents de colique saturnine sont d'observation vulgaire chez les cérusiers, les peintres en bâtiment, chez tous ceux en un mot qui, par leur profession, manient des substances dans lesquelles le plomb entre en proportion notable. Le voisinage de la grande usine de Clichy explique le grand nombre de coliques de plomb traitées à Beaujon. Je ne sais pour quelle raison l'hôpital de la Charité a aussi le privilége de recevoir beaucoup de saturnins. Peut-être est-ce à cause de son nom, qui est devenu celui d'un traitement resté classique. A Cochin, nous admettons également chaque année bon nombre de malades atteints de cette même affection et qui nous viennent des importantes fonderies en caractères établies dans ce quartier.

Beaucoup plus rares que la colique, sont les autres accidents qui appartiennent à l'intoxication saturnine. Je veux parler en particulier des paralysies ; c'est, en effet, un cas de ce genre qui va faire le sujet de cette conférence, et qui me fournira, je l'espère, l'occasion de vous donner, sur une question que le dernier concours d'agrégation en médecine a mise à l'ordre du jour, quelques détails que je crois dignes d'intérêt.

Il y a deux semaines, le 24 mai dernier, est entré salle Saint-Jean, n° 25, un homme de cinquante-deux ans atteint d'une paralysie des extenseurs du poignet et de la main droites.

Bien que cet homme soit menuisier et n'ait jamais fait d'autre état, la cause de sa maladie est facile à découvrir quand on apprend que, manquant d'ouvrage en 1871, il est allé exercer sa profession à la fabrique de blanc de céruse de Clichy, où, après un premier séjour de six mois, il est rentré de nouveau, pour n'en plus sortir depuis deux ans.

C'est toujours comme menuisier qu'il a travaillé à Clichy, réparant dans les ateliers les objets qui en avaient besoin, et s'exposant, par conséquent, comme les autres ouvriers de l'usine, aux poussières que fournissent la fabrication et l'embarillage des préparations saturnines.

En dehors de ce fait étiologique, ses antécédents n'offrent guère d'intérêt. Habitant Paris depuis trente-sept ans, père de quatre enfants bien portants, il ne fait pas d'excès alcooliques proprement dits. Fidèle seulement aux préceptes de l'école de Salerne, il croit devoir s'enivrer à peu près une fois par mois.

Pendant son premier séjour à Clichy et pendant la moitié de son second séjour, il fut parfaitement bien portant ; mais depuis un an sa santé décline ; il perd l'appétit ; se plaint d'avoir de la constipation et quelques coliques de temps en temps, jamais cependant de véritable attaque de colique saturnine avec ses vomissements, ses douleurs violentes, sa constipation opiniâtre. A cause de la perte de ses forces, il se sent obligé de temps en temps de suspendre son travail, mais quatre ou cinq jours de repos suffisaient ordinairement pour le rétablir.

Depuis quatre mois, la faiblesse générale et les douleurs dans les membres s'accusent davantage ; les coliques deviennent plus fréquentes, quoiqu'il ait une garde-robe tous les jours et qu'il ne rende pas de matières ovillées. En outre, il y a quelques semaines, il commença à éprouver une faiblesse particulière dans la main droite, qu'il relevait difficilement. Il n'arrivait à manœuvrer sa varlope qu'après être parvenu à faire passer avec l'autre main ses doigts dans la poignée.

Le 21 mai, il quitta son travail, et les symptômes augmentant malgré le repos.

Il entre trois jours plus tard à Cochin.

L'apparence extérieure du malade est assez cachectique et misérable. Maigre, pâle, anémié, sans teinte ictérique proprement dite, nous le trouvons d'ailleurs dans un état d'apyrexie complète, sans appétit, la langue sale, la bouche amère, avec quelques coliques et une constipation datant de plusieurs jours.

Mais c'est à tort qu'on aurait vu là une attaque de colique de plomb ; c'était de l'embarras gastrique qui céda tout de suite à l'administration d'un purgatif énergique.

Les véritables signes de l'affection saturnine étaient dans les douleurs vives que le malade éprouvait et éprouve encore dans les membres ; ils étaient surtout dans les phénomènes paralytiques tout particuliers occupant le membre supérieur droit.

Comme signe professionnel, notons d'abord la présence du liséré de Burton, liséré bleuâtre occupant le bord de la gencive, à la base des deux ou trois seules incisives qui lui restent ; notons, en outre, le mauvais état de la gencive et des dents chargées de tartre.

Les douleurs, chez ce malade, sont presque exclusivement

localisées dans les membres inférieurs; elles consistent en arthralgies des genoux et des pieds, et en doulenrs des masses musculaires des cuisses et des mollets. Ces myalgies, réveillées et excitées surtout par le mouvement, s'accompagnent de crampes.

L'extrémité antérieure du premier métacarpien à droite et à gauche nous frappe par son volume, mais le malade nous apprend qu'il a de tout temps remarqué cette conformation spéciale.

Il présente encore un peu de rachialgie et de douleurs dans les muscles du dos.

Au membre supérieur droit se présentent les manifestations réellement pathognomoniques de l'affection saturnine. C'est d'abord une chute de la main, un état permanent de flexion du poignet, que vous verriez plus accusé encore, n'étaient une roideur et une ankylose incomplète de l'articulation radio-carpienne, reconnaissant ici une cause tout à fait accidentelle et traumatique, le malade étant tombé du haut d'une échelle et s'étant fortement contusionné le poignet à l'âge de vingt-sept ans.

La chute du poignet est due à la paralysie des muscles premier et deuxième radial, et cubital postérieur, c'est-à-dire des extenseurs de la main, qui n'obéissent absolument plus à la volonté. Outre la flexion permanente de la main, on observe une chute des doigts provenant de la paralysie de leur extenseur commun et de l'action, seule persistante, des fléchisseurs; mais si l'on lutte contre cette action en étendant et en tenant relevée la main, il est facile de s'assurer que la paralysie de l'extenseur commun, qui agit sur les premières phalanges des doigts, ne s'accompagne pas de la paralysie des muscles interosseux. Ces petits muscles ont un double effet, celui d'étendre les les deuxième et troisième phalanges sur la première et de permettre les mouvements d'abduction des doigts. Or cette extension volontaire des dernières phalanges sur la première, ainsi que l'écartement et le rapprochement des doigts entre eux, sont parfaitement possibles, à condition toutefois, comme nous venons de le dire, qu'on soutienne la main et la première phalanges entraînées dans la flexion forcée par la contraction des fléchisseurs.

Le pouce est à la fois dans la flexion et l'abduction; dans la flexion, par suite de la paralysie de son long extenseur; dans l'abduction, par persistance de l'action de son long abducteur.

Cet ensemble de caractères, qu'on observe ordinairement dans la paralysie saturnine, est rendu plus manifeste encore par l'électrisation. L'analyse physiologique, suivant l'expression de M. Duchenne (de Boulogne) montre, dans tous les muscles que nous avons indiqués, la perte de la contractilité électro-musculaire, ainsi qu'une diminution notable de la sensibilité électro-musculaire.

En outre, ainsi que l'a noté aussi Duchenne, le long supinateur a conservé toute son action, qui se manifeste par une énergique contraction.

La paralysie des extenseurs a pour effet, comme vous pouvez vous en convaincre, une gêne notable dans les mouvements de la main et surtout dans la préhension des objets.

En aucun point de la surface cutanée, notre malade ne présente un symptôme qui s'observe assez souvent dans l'intoxication saturnine : la modification des diverses formes de la sensibilité. Il n'y a ni anesthésie ni hyperesthésie. Il n'a pas eu non plus d'accidents encéphalopathiques; ses urines sont normales et non albumineuses.

Au bout de quelques jours passés dans le service, s'est présenté chez notre malade, comme nouvel accident, une chute du petit doigt de la main gauche par paralysie de son muscle extenseur propre. D'ailleurs, tous les extenseurs de ce côté commencent à se parésier légèrement, car la main ne se relève qu'avec peine lorsque, après l'avoir préalablement fléchie, on exerce sur elle une certaine pression.

Si les symptômes locaux tendent à s'aggraver, il y a une amélioration notable dans l'état général. La constipation a été facilement vaincue, et les douleurs ont diminué d'intensité.

Notre malade a pris comme traitement du miel et du soufre mélangés à parties égales, et des toniques. Les bains sulfureux qu'on lui donne tous les deux jours ont produit cette coloration noirâtre des ongles et de la paume des mains que vous remarquez maintenant et qui est due à un dépôt de sulfure de plomb.

L'action du plomb sur l'économie, quelle que soit la voie par laquelle il pénètre, est toujours assez lente pour que l'intoxication saturnine soit rangée parmi les affections chroniques. Ce n'est qu'exceptionnement qu'on observe de véritables empoisonnements aigus, comme le cas rapporté par Chomel, d'une fille prise de colique de plomb très-intense, pour avoir avalé une cuillerée à bouche d'acétate de plomb — ou ce fait d'une colique saturnine produite par l'ingestion de 10 onces (300 grammes) de plomb de chasse observé par un médecin italien M. Ruva. Ces cas répondant presque toujours à l'injection de doses massives et toxiques d'un sel de plomb, ce ne sont pas là des intoxications professionnelles.

Il est important néanmoins de distinguer dans l'intoxication saturnine professionnelle proprement dite, des formes aiguës et des formes chroniques, suivant la rapidité plus ou moins grande de l'apparition des accidents et le caractère même de ces accidents.

La colique qu'on peut rencontrer à une période quelconque de l'intoxication saturnine est cependant, au milieu d'accidents variés, l'affection qui presque toujours se montre comme le premier et principal indice de la maladie. Chez des malades exposés par leur profession à absorber le plomb en grande quantité à la fois, d'une manière continuelle, chez ceux qui ne prennent aucune des mesures de précaution et d'hygiène si nécessaires en pareil cas, ou qui à l'action nocive du plomb ajoutent encore les excès alcooliques, si funestes dans ces conditions, au bout de très-peu de temps et d'une manière brusque la colique éclate avec tous ses symptômes ordinaires : perte d'appétit, nausées, vomissements bilieux, coliques, rétraction du ventre, rachialgie, etc.

La colique de plomb est donc l'accident qui appartient plus particulièrement aux formes aiguës de l'intoxication, que celle-ci soit de date récente, que l'économie subisse déjà depuis longtemps l'influence du poison. Cette influence restant latente d'ailleurs des coliques pourront se manifester à diverses reprises et à intervalles plus ou moins éloignés.

On peut dans les mêmes circonstances observer d'autres accidents de cette intoxication : 1° des douleurs plus ou moins vives et persistantes dans les membres et le trone et surtout dans les articulations; 2° des troubles de la sensibilité, en particulier de l'anesthésie cutanée, phénomène beaucoup moins constant que ne le pensait Beau, et déjà signalé par Tanquerel des Planches; 3° des paralysies, et la paralysie spéciale des extenseurs propre à la maladie saturnine; 4° des accidents cérébraux connus sous le nom d'encéphalopathie avec ses formes délirante, convulsive et comâteuse, si bien étudiées en 1836 par Grisolle.

Mais si dans les formes aiguës on peut rencontrer toutes les manifestations morbides (et je ne les ai pas toutes indiquées)

de cette intoxication, la maladie ne marche pas de la même manière dans ce que nous allons considérer comme les formes chroniques. Pour bien comprendre ce qu'il faut entendre par formes chroniques, il faut avoir des notions assez complètes et assez étendues sur l'étiologie de l'intoxication saturnine, question d'hygiène professionnelle d'un haut intérêt que je ne puis faire qu'esquisser et que quelques exemples vous feront parfaitement comprendre.

(*A suivre.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Cas de cécité des deux yeux causée d'un côté, par un vaste leucome adhérent consécutif à un traumatisme ; de l'autre, par une cataracte sympathique compliquée de phénomènes glaucomateux. — Rétablissements de la vue des deux yeux.

Par le docteur BRIÈRE, chirurgien oculiste de l'hôpital du Havre.

Le 8 juin 1874, je suis consulté par le sieur L... de la commune des Acacias, journalier âgé de quarante-cinq ans atteint de cécité des deux yeux reconnaissant les causes suivantes :

En septembre 1871, cet homme étant occupé à casser des cailloux éprouva dans l'œil droit une douleur vive et subite. Supposant qu'un fragment de son outil lui avait frappé l'œil, il se lava avec de l'eau et pendant huit jours ne fit d'autre traitement que de fréquentes lotions froides.

Son œil s'enflammant de plus en plus, il consulta un médecin qui lui fit trois opérations sur lesquelles il ne peut donner de détails. Fit-on l'extraction d'un corps étranger enclavé dans la cornée? ou de simples explorations qualifiées d'opérations par le malade? Il m'est impossible de me renseigner sur ce point, le médecin qui lui a donné des soins à cette époque n'étant plus de ce monde.

Toujours est-il qu'après deux mois de traitement, dont six semaines de souffrances vives, le traumatisme de cet œil droit se terminait par un vaste leucome adhérent occupant les deux tiers de la cornée.

L.... reprit ensuite son travail, éprouvant assez fréquemment des douleurs tantôt légères, tantôt assez vives *dans les deux yeux*, mais principalement dans l'œil qui n'avait pas été blessé.

La vue de cet œil se maintint bonne pendant plusieurs mois. De temps en temps les conjonctives s'injectaient, l'œil était larmoyant et sensible à la lumière. Les douleurs devenaient plus fréquentes et plus vives, et la vue de l'œil gauche, jusque-là intacte, commença à baisser en juillet 1872, c'est-à-dire dix mois après la blessure de l'œil droit. L... put encore travailler jusqu'en novembre 1873, mais au mois de janvier 1874 il devint tout à fait aveugle, et on le considérait, dans son pays, comme tellement incurable que la mairie de sa commune refusa son consentement pour payer quelques journées de séjour dans mon service à l'hôpital, lorsqu'il fut question de l'y faire admettre.

Au moment où L... se présente à ma clinique pour la première fois, le 8 juin 1874, je constate du côté de ses yeux.

A droite, un énorme leucome occupant les deux tiers externe et inférieur de la cornée. Le tiers interne et supérieur est bien transparent. Toute la moitié externe de l'iris et le sphincter pupillaire sont accolés à la face postérieure de la cornée, ce que l'on devine par la disposition du lambeau d'iris que l'on voit. Entre la portion de cornée transparente et l'écran irien, il reste un peu de chambre antérieure. La perception lumineuse est satisfaisante.

A gauche, cataracte molle incomplète. Les masses corticales gonflées rendent l'iris plus saillante. La tension est normale. Il n'y a pas de synéchies postérieures, et je ne trouve aucun signe d'affection sympathique aiguë. Mais la manière dont cette cataracte s'est développée chez un homme jeune encore, robuste, et qui n'avait jamais souffert de la vue avant la blessure de l'œil droit m'autorise à trouver entre cette blessure et la cataracte de l'œil gauche une relation de cause à effet. Car depuis la guérison de l'œil blessé, guérison qui ne s'est produite que deux mois après le traumatisme, des douleurs ont persisté dans cet œil et se sont développées dans l'œil gauche jusqu'alors parfaitement sain. Plus on s'éloignait de l'époque de la blessure, plus les douleurs de cet œil gauche devenaient vives, jusqu'au moment où la cataracte fit de rapides progrès.

Lorsque le malade vint me consulter, les douleurs avaient cessé dans l'œil cataracté et continuaient dans l'œil blessé. Comme la cataracte était incomplète et présentait les caractères d'une cataracte très-molle, comme la tension était normale, et que le processus sympathique paraissait momentanément éteint de ce côté, je résolus de m'occuper d'abord de l'œil droit, où j'avais reconnu la possibilité d'une pupille artificielle. Mais, comme le cas était très-délicat, je tins le malade en observation pendant trois semaines. Les douleurs continuant dans l'œil blessé et n'ayant pas reparu dans l'autre œil, je me rendis au désir du malade qui demandait surtout à être débarrassé de ses douleurs. Il était venu, en effet, me consulter dans ce but, et non dans l'espérance d'y voir, car il n'y comptait plus.

Le 7 juillet je fis sur l'œil blessé une iridectomie, qui réussit, comme je l'espérais, car je trouvai derrière l'iris un cristallin transparent. Cette opération guérit sous la plus légère réaction inflammatoire ; la pupille resta nette. *Dès le lendemain le malade comptait les doigts à trois mètres*, ce qui lui causait une joie inexprimable.

Trois jours après, il retournait seul chez lui, se guidant fort bien à travers des rues qu'il n'avait pas parcourues, sans guide, depuis un an.

Je dois noter encore un point très-important : les douleurs de l'œil que je venais d'opérer disparurent, et depuis il est resté indolore. Il y a presque un an aujourd'hui que cet œil a été opéré.

Sa vue est toujours aussi bonne, et elle a permis au sieur L... de reprendre son travail de briquetier.

Il me reste maintenant à parler de l'œil cataracté.

Suivant mes recommandations, le malade revenait me voir tous les quinze jours.

Je lui avais, du reste, donné le conseil de se rendre chez moi dès qu'il éprouverait de la douleur ou quelque chose d'énormal dans l'œil gauche. Je tenais, en effet, à surveiller le développement de cette cataracte, survenue dans un œil sain, quelques mois après la blessure de l'autre œil, sous l'influence d'accidents inflammatoires chroniques et, suivant moi, sympathiques. J'eus bien quelques mois après de m'applaudir de cette précaution.

La cataracte, se complétant, devenait plus compacte, moins turgescente pour ainsi dire ; la chambre antérieure reprenant ses dimensions normales et le plan de l'iris devenant de moins en moins proéminent vers son centre. Les douleurs reparaissaient de temps en temps, mais bien plus légères qu'avant l'iridectomie de l'œil droit.

Je tenais toujours mon malade en observation, me proposant de faire bientôt l'extraction de la cataracte. Mais comme celle-ci s'était formée dans des conditions particulières et fort délicates, j'étais décidé à scinder les deux principaux temps de cette opération, l'iridectomie et l'extraction, en mettant au moins un mois de distance entre celle-là et la seconde.

Le processus inflammatoire chronique qui existait toujours dans l'œil gauche vint tout à coup m'indiquer que je devais me hâter.

Le 5 mai 1875, L... revient me voir, accusant des douleurs très-vives dans cet œil gauche ; la conjonctive est injectée et la pupille légèrement dilatée. J'explore *immédiatement* la tension de l'œil, et je constate, non sans effroi, une dureté manifeste du globe que j'exprimai par T + 3. Ces accidents ne dataient que de vingt-quatre heures.

Sans différer d'un instant, je pratiquai une large iridectomie dont l'effet se fit sentir tout de suite. Les douleurs cessèrent le jour même, et le lendemain j'étais heureux de trouver que la tension intra-oculaire était redevenue normale.

Je dus m'abstenir après cette opération, comme je m'en étais abstenu auparavant, d'instiller de l'atropine dans l'œil, car il n'est pas sans exemple que ce collyre ait transformé un glaucome latent ou subaigu en glaucome aigu. L'œil se calma si bien après l'iridectomie que les douleurs ne reparurent plus.

Un mois après cette opération, je jugeai que le moment était venu d'extraire la cataracte. Le procédé que j'emploie d'habitude et

que je mis en usage dans ce cas fut l'extraction linéaire, à laquelle j'ai fait deux petites modifications auxquelles j'attribue comme avantage *de n'avoir pas eu une seule issue du corps vitré dans mes trente dernières opérations*, et que je me propose de faire connaître quand je pourrai fournir à l'appui une seconde série de cas aussi élevée que la première, car en chirurgie les idées n'ont la chance de rester debout qu'autant qu'elles sont étayées par un nombre suffisant de faits authentiques.

Je fis sortir de l'œil de mon malade une cataracte très-épaisse d'un petit diamètre et tellement pigmentée à sa périphérie qu'on aurait pu lui donner le nom de cataracte noire si son centre n'était pas resté grisâtre.

Les suites de l'opération furent des plus simples, et il n'y eut aucun des accidents inflammatoires que je pouvais redouter dans ce cas. La pupille, bien nettoyée après la sortie du cristallin, resta nette, et le malade jouit aujourd'hui d'une très-bonne acuité visuelle. $S = \frac{1}{4}$.

Une des particularités les plus intéressantes de cette observation, c'est que le cristallin de l'œil blessé soit resté d'une transparence parfaite, tandis que le cristallin de l'autre œil s'opacifiait sous l'influence de phénomènes que j'ai désignés sous le nom d'inflammatoires chroniques ou sympathiques. Il me paraît difficile de contester ici l'influence fâcheuse que l'œil blessé a exercée sur l'œil gauche.

Les douleurs qui ont apparu dans cet œil quelques mois après l'accident, les phénomènes glaucomateux, qui se sont déclarés en dernier lieu et qui se seraient compliqués d'accidents plus graves si l'iridectomie et l'extraction de la cataracte ne les avaient pas enrayés prouvent que celle-ci était née sous l'influence de causes tout à fait spéciales.

Il eût peut-être été plus prudent de pratiquer l'iridectomie sur les deux yeux en même temps. C'est ce que je ferais si pareil cas se représentait à mon observation.

Le point capital pour le malade, c'est qu'il a recouvré la vue de ses deux yeux.

REVUE DE LA PRESSE

Morts par les anesthésiques. — I. *Chloroforme.* Jeune fille de quatorze ans, entrée à Royal Free hospital, à Londres, est chloroformée pour qu'on puisse explorer aisément la région de la hanche. Morte après l'inhalation de 60 gouttes de chloroforme en deux minutes. Tous les moyens mis en usage pour la rappeler à la vie furent inutiles. A l'autopsie, on ne trouva rien dans aucun organe.

II. *Bichlorure de méthylène.* Inhalation de 3 drachmes de ce gaz. Au bout de deux minutes, respiration stertoreuse. A la fin de l'opération (ablation d'une partie nécrosée de l'os unguis), le pouls et la respiration baissèrent rapidement malgré les moyens employés ; le malade mourut, et l'on ne trouva à l'autopsie rien de capable d'expliquer la mort. (*British medical journal* 1874, vol. II.)

Corps étranger dans le larynx. — Extraction. — Trachéotomie. — Guérison. — Un enfant de quatorze mois avait avalé une vis d'un pouce et demi de long. Elle avait pénétré dans le larynx, et il était facile de la sentir au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde. Le spasme de la glotte qui était survenu la fixait tellement qu'il eût été impossible de la retirer sans produire des désordres graves.

Afin de combattre les symptômes d'asphyxie, on fit la trachéotomie, et l'on enleva un peu plus tard le corps étranger. L'enfant guérit.

Papillome de la langue. — Un jeune homme de vingt et un ans, observé à University College hospital, avait depuis huit ans une tumeur de cette nature du côté gauche du frein de la langue, volume d'une châtaigne.

Excision, guérison.

Tumeur de même nature chez une femme de cinquante et un ans observée à Hospital Middlesex. Guérison.

A. Guy. Large tumeur observée chez un syphilitique de cinquante-cinq ans, oblation avec le galvano-caustique. Récidive au bout de cinq semaines. Le diagnostic microscopique montra que c'était un épithéliome. (*Med. Times and Gaz.* 1875, avril.)

Vingt-huit petits cailloux retirés, après sept ans de séjour, des deux conduits auditifs d'un jeune homme de seize ans. — Ce jeune homme avait perdu à peu près complétement l'ouïe et en même temps la faculté de parler; jusqu'à neuf ans, il avait bien entendu, mais à cette époque un accident avait amené la perte de l'ouïe.

Les petits cailloux les plus superficiels avaient été enlevés par sa mère aussitôt après l'accident, les plus profonds étaient restés en place pendant sept ans. L'auteur enleva ces corps étrangers avec une sonde et des injections à la surface du tympan. Les angles des cailloux ont laissé leurs traces, mais pas de cicatrice, aspect de la membrane marbré. Le manche du tympan est à peine visible. Bientôt amélioration rapide de l'ouïe. Or g. montre à 11" Ok. Or. Montre à 6", voix à 32" DDC). *Arch. für Augen und Ohrenheilkunde*, 1874. Bd. III. Abth II et (*Centralblatt f. Chirurgie*, 5 juin 1875.)

Tuberculose primitive des organes génito-urinaires. — Communication entre le duodénum et l'uretère droit. (B. L. F. Bang.)— L'auteur a rapporté le cas d'une jeune fille souffrant de douleurs dans la région de l'uretère droite, et d'un catarrhe de la vessie. Elle s'amaigrit et enfin mourut dans le marasme.

On trouva à l'autopsie une ulcération tuberculeuse de la vessie et l'uretère droit élargi et atteint d'infiltration tuberculeuse. En haut il pénétrait dans le foyer d'un abcès dont les cloisons étaient elles-mêmes infiltrées de tubercule. Ce foyer communiquait avec la troisième portion du duodénum, dans laquelle on trouvait deux petites ulcérations regardées par l'auteur comme des ulcères ronds du duodénum. Dans le rein correspondant on trouvait une infiltration tuberculeuse diffuse avec dilatation des bassinets atrophiés, des pyramides et de la substance corticale. (*Hospitals Vidende et Nordiskt medicinskt Arkiv*, Bd VII, nº I.)

Cas de chorée traitée par la méthode de Lubelski et guérie (Testa). — Une jeune fille de onze ans, entrée à l'hôpital en novembre dernier dans le service du professeur Marsiglia, à Naples. Pas d'antécédents héréditaires ni pathologiques. Fait remonter son mal à une vive frayeur éprouvée quelques mois auparavant. C'est à partir de cette époque que devinrent manifestes les phénomènes de la chorée. Symptômes graves du côté des muscles du larynx et des parois thoraciques. Le professeur Marsiglia employa après que le diagnostic eut été fait la médication de Lubelski. Pulvérisation d'éther sur la colonne vertébrale, avec le pulvérisateur Richardson, sur toute l'étendue du rachis, deux par jour de trois minutes chacune, les deux premiers jours, plus tard, quatre par jour d'une durée de cinq minutes chacune.

Amélioration dès le second jour. Les jours suivants, on donna un traitement reconstituant, et en combinant l'hydrothérapie et la gymnastique au moyen déjà indiqué. L'action de l'éther sur les mouvements choréiques était instantanée. Au bout d'assez peu de temps, la guérison fut complète. (*La Clinica*, 30 aprile 1875.)

Pyélite calculeuse, abcès rénaux consécutifs. — R... (Jacques), cinquante-deux ans, entre, le 23 janvier 1875, dans le service du docteur Vleminck, à l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles.

A son entrée : état cachectique, teinte jaune de la peau. Se plaint de douleurs ayant leur maximum à l'épigastre et irradiant de là en ceinture à ce niveau, continues, tolérables, mais sujettes à des exacerbations revenant à des intervalles irréguliers. De temps en temps, selles sanglantes coïncidant avec un paroxysme et soulageant le malade. Pas d'œdème.

Peu de temps après son entrée : vomissements répétés, n'ayant pas la couleur marc de café.

Catarrhe bronchiqne.

24 janvier. — Céphalalgie et obnubilations de sens, teinte jaune

paille, léger souffle systolique de la pointe du cœur, se transmettant dans les artères. Augmentation de la matité précordiale.

Signes de bronchite chronique, avec un peu d'emphysème du côté des poumons. Langue blanche. Pas de douleur à la pression dans le creux épigastrique.

Tuméfaction mal limitée de la région. Appétit irrégulier. Digestion mauvaise. Plus de sang dans les selles. Foie volumineux. Rate normale.

Jusqu'au 20 février, amaigrissement continuel, sans apparition de nouveaux phénomènes locaux.

Ce jour-là, symptômes d'une double pneumonie de la base, suivie de toux et amenant la mort le 27 février.

Autopsie. — *Cavité thoracique.* — Lésions des valvules tricuspide et mitrale, avec dilatation des deux oreillettes et hypertrophie considérable du ventricule gauche. Adhérences pleurales. Hépatisation rouge de la base des deux poumons.

Cavité abdominale. — Foie abaissé et dépassant les rebords des fausses côtes de deux travers de doigts environ. Il est augmenté de volume, pèse 2,265 grammes. Stéatose au deuxième degré. Estomac et intestin sensiblement sains.

Hypertrophie des deux reins : le gauche pèse 265 grammes; le droit 325. Coloration gris cendré uniforme rendant impossible la distinction des deux substances.

A la coupe, nombreux abcès dans le parenchyme rénal et du volume d'une noix, formés autour de calculs, dont un occupe le centre de l'organe et a déterminé la formation d'un abcès dans le bassinet du rein droit.

Calculs moins volumineux et graviers dans le bassinet du rein gauche. Vessie, cystite chronique. L'urine qu'elle renferme contient des spermatozoïdes, des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, des urates, des gouttelettes de graisse, des leucocytes, des cellules épithéliales, des hematies. (Observation recueillie par M. Arnould, interne du service. (*Presse médicale belge* du 6 juin.)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 31 juillet 1875. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

De l'influence de l'excitation du cerveau sur les battements du cœur. — M. Lépine, partant du fait que l'excitation de la partie la plus antérieure des hémisphères exerce une action non douteuse sur la fréquence des battements du cœur, a voulu déterminer si cette influence est transmise par le pneumogastrique du côté correspondant à l'hémisphère excité ou par celui du côté opposé. Il est bon de rappeler que, dans les expériences relatives à l'influence de l'excitation des hémisphères sur la sécrétion salivaire, MM. Lépine et Bochefontaine avaient vu la sécrétion salivaire égale des deux côtés ou plus active du côté de l'hémisphère excité, tandis que, comme on sait, les mouvements des pattes se produisent du côté opposé.

Sur un chien curarisé, M. Lépine coupe un pneumogastrique (le gauche), par exemple, il met à découvert la partie antérieure des deux hémisphères et excite chacun d'eux avec un courant de même intensité. Or tandis que l'excitation de l'hémisphère droit n'est suivie d'aucun effet appréciable, celle de l'hémisphère gauche produit, avec un courant un peu fort, un ralentissement des battements et une diminution de la hauteur des pulsations, enregistrés avec une ampoule introduite dans la cavité thoracique entre le cœur et la paroi.

Des effets physiologiques du venin du cobra di cappello. — M. Laborde ayant reçu, grâce à l'obligeance de M. Deffau, une certaine quantité du venin de cet animal, a pratiqué une série d'expériences sur les effets physiologiques.

Si l'on injecte sous la peau d'un chien une certaine quantité, 5 centigrammes environ, de ce poison délayé dans de l'eau distillée et de la salive humaine, voici, d'une façon générale, les phénomènes qu'on observe :

L'animal, peu de temps après, paraît inquiet, anxieux, haletant; il pousse des plaintes et des cris; il est pris d'une agitation extrême, il est d'une stabilité incessante; la sécrétion salivaire devient très-abondante; dans la plupart des cas, il est pris de vomissements, puis il tombe bientôt dans une période d'impotence; son train postérieur est pris le premier; il tombe sur le flanc, présente quelques convulsions toniques et une extrême difficulté à respirer; il est pris d'une sorte de torpeur avec anesthésie complète; enfin il présente tous les phénomènes de l'asphyxie : sa langue devient pendante et bleuâtre, la respiration s'arrête alors que le cœur continue à battre, et il meurt étouffé.

M. Laborde insiste sur ce point que c'est la respiration qui s'arrête la première.

Les Anglais ont cherché par tous les moyens possibles à arrêter ces accidents, et ils ont vu que c'était à l'aide de la respiration artificielle que l'on parvenait à prolonger le plus longtemps possible la vie de ces animaux.

Si chez un animal ainsi empoisonné, on coupe les deux pneumogastriques, cet animal vit alors beaucoup plus longtemps. C'est donc bien au moyen de la respiration artificielle qu'on parvient à donner à ces animaux le plus de survie possible, comme l'avaient observé les Anglais. Cette survie peut, en effet, se prolonger pendant douze, quinze, vingt ou même quarante heures.

Mais il résulte des expériences de M. Laborde que ce poison n'agit pas seulement sur le centre nerveux respiratoire, mais qu'il agit aussi directement sur le sang lui-même, qui présente certaines altérations spéciales. Toutefois si l'on injecte sous la peau d'un animal quelconque du sang d'un chien empoisonné par le venin du cobra, on ne détermine chez cet animal aucune altération appréciable.

Parmi les phénomènes obtenus chez les chiens soumis à l'action de ce poison, M. Laborde signale encore, outre l'hypersécrétion salivaire très-abondante dont il a déjà parlé, une hypersécrétion urinaire et une hypersécrétion biliaire extrêmement intenses. Les canaux biliaires sont gorgés de bile.

Les Anglais, dans les nombreuses expériences qu'ils ont entreprises sur l'action de ce venin, ne se sont pas prononcés d'une façon bien explicite sur l'action de ce venin sur la motricité. Or M. Laborde a pu constater que la motricité nerveuse se conserve jusqu'à la fin, seulement un peu amoindrie. Il en est de même de la contractilité musculaire qui paraîtrait même plutôt augmentée.

Enfin, M. Laborde signale ce fait que l'animal mordu ou plutôt touché par le serpent présente au point lésé des accidents locaux graves que n'offre pas l'animal sous la peau duquel est injecté le venin.

M. Laborde fera une seconde communication relativement à la thérapeutique que l'on peut appliquer en pareil cas.

M. Deffau, qui a déjà fait deux voyages dans l'Inde et qui en a rapporté le poison qui a servi aux expériences de M. Laborde, explique comment ce venin a été recueilli par le docteur Richards : ce médecin anglais s'occupe particulièrement de cette question de l'empoisonnement par les serpents qui ne fait pas moins de vingt à vingt-cinq mille victimes par an dans les Indes; il a pratiqué lui-même un grand nombre d'expériences, et voici comment il recueille le venin qui lui est nécessaire : il prend dans sa main, en le tenant aussi près possible de la tête, un cobra et reçoit dans une cuiller le venin qui s'échappe de ses crochets; quand il veut intoxiquer directement un animal, il met simplement les crochets du serpent en contact avec cet animal.

M. Poncet a vu au Mexique beaucoup de serpents à sonnettes; tous ne sont pas également vénéneux ni aussi dangereux qu'on veut bien le dire. Il a soigné un grand nombre de soldats qui avaient été piqués par ces serpents, et il n'a eu à déplorer la mort d'aucun d'eux.

De la trépidation épileptique du membre inférieur dans certaines maladies nerveuses. — M. Geoffroy fait d'abord observer que ce phénomène n'est pas nouveau et est aujourd'hui connu de tous les cliniciens.

Toutefois deux pathologistes allemands, MM. Erb et Westphal, ayant publié récemment des mémoires dont les conclusions diffèrent des idées admises jusqu'à présent, M. Geoffroy a voulu faire connaître quelques faits contraires à leur manière de voir. Tout d'abord pour rappeler le phénomène dont il s'agit, il prend pour exemple l'observation d'un malade qu'il soigne actuellement avec M. Charcot. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-cinq ans, qui, il y a quatre ans, fut atteint d'une myélite aiguë, se traduisant par une paraplégie complète, avec trouble de la vessie et du rectum. Depuis, notable amélioration, puis rechute avec phénomènes de rigidité et de contracture, et actuellement le malade présente l'état suivant : perte complète de la motilité dans les deux membres inférieurs; diminution de la sensibilité cutanée; paralysie de la vessie et du rectum; contracture des membres inférieurs avec tendance à la flexion et rapprochement énergique des genoux l'un contre l'autre. Chez ce malade on produit très-facilement la trépidation épileptique des membres inférieurs en relevant brusquement avec la paume de la main la pointe du pied et les orteils. Le pied est agité alors de mouvements rhythmiques assez limités; souvent lorsqu'on maintient la pointe du pied relevée, ces mouvements deviennent plus amples, plus rapides et se propagent à la jambe et à la cuisse.

Jusqu'à ce jour, ce symptôme a été considéré comme un acte réflexe, se produisant par suite de la plus grande excitabilité de la moelle, excitabilité dont les causes peuvent être multiples, telles que les excitations variées de la peau, des muscles, des nerfs, etc... ou bien encore une excitation cérébrale ayant pour point de départ une violente émotion, par exemple. On savait qu'en abaissant, par une manœuvre inverse, la pointe du pied, on arrête cette trépidation épileptique.

Dans le premier mouvement (relèvement des orteils), on a une convulsion produite par excitation de la moelle, à la suite d'une irritation des nerfs des orteils ou des muscles du mollet, tiraillés par le relèvement de la pointe du pied. Dans le second mouvement (abaissement des orteils) on a un arrêt de convulsion, également produit par une excitation de la moelle à la suite d'une irritation des nerfs des orteils ou des muscles fléchisseurs du pied sur la jambe qui sont tiraillés par l'abaissement de la pointe du pied.

Ces faits sont encore sans explication et même en apparence contradictoires, puisque des muscles animés par des branches du même nerf, le nerf sciatique, répondent différemment à l'expectation. Et le problème devient encore plus complexe, si l'on ajoute que l'excitation des muscles de la région postérieure de la cuisse, également animés par le nerf sciatique, ne donne pas lieu à la trépidation épileptique; qu'en outre, on ne peut pas produire la trépidation du pied quand le genou est dans une extension forcée; qu'enfin, par contre, fait non encore signalé, on peut déterminer le phénomène du tremblement spasmodique dans les muscles de la fesse. Ainsi, parmi les muscles animés par des nerfs du plexus sacré, il en est dont l'excitation donne lieu au phénomène de la trépidation épileptique (muscles du mollet, de la fesse), et il en est d'autres dont l'excitation donne lieu à la cessation de la trépidation électrique, ou empêche sa production (muscles de la région antéro-externe de la jambe). Il faut ajouter que ce phénomène peut aussi être produit sur des muscles animés par le nerf crural qui émane du plexus lombaire.

Tel est l'état de la question au point de vue physiologique. Au point de vue clinique, M. Charcot l'a étudiée depuis longtemps et M. Geoffroy le prouve par plusieurs citations de la thèse de M. le docteur Dubois qui a été faite, en 1868, sous les auspices de M. Charcot (voy. Thèses de Paris, 1868, *Études sur quelques points de l'ataxie locomotrice progressive*). A côté de la variété *saltatoire* de l'épilepsie, M. Charcot place la variété *trépidante* dans laquelle l'accès se compose d'une série de secousses tétaniques avec roideur des membres inférieurs. M. Charcot, en outre, dans ses leçons, insistait sur ce point que ce n'était pas seulement dans les cas de contracture liée à une altération scléreuse des cordons latéraux qu'on observait la trépidation épileptiforme, puisqu'elle se manifeste dans les cas de contracture hystérique. Toutefois c'est là de beaucoup le cas le plus rare.

L'époque à laquelle a été observé pour la première fois le phénomène de la trépidation épileptiforme est difficile à déterminer. Toujours est-il qu'on la trouve mentionnée dans des publications françaises et anglaises qui remontent à une vingtaine d'années.

M. Geoffroy passe ensuite en revue les idées émises sur ce sujet par MM. Westphal et Erb.

La preuve qu'il ne s'agit pas d'une action réflexe partant de la peau, dit M. Westphal, c'est que si on la pince ou l'excite par tout autre moyen au niveau de la rotule, on ne produit dans la cuisse ni la trépidation épileptiforme, ni même une simple contraction musculaire. Si, au contraire, on percute avec un petit marteau, un peu au-dessus de la rotule, sur le tendon du triceps fémoral, on produit une contraction de ce muscle et, chez les malades prédisposés, on peut ainsi, par un seul choc, produire la trépidation épileptiforme dans le triceps fémoral. M. Westphal, par des expériences du même genre, cherche à établir qu'il ne s'agit pas non plus d'une action réflexe partant des articulations ou des os.

M. Geoffroy, tout en reconnaissant l'exactitude des expériences de M. Westphal, ne saurait accepter ses conclusions. Il est incontestable que, dans beaucoup de cas, une très-légère excitation de la peau peut donner lieu au phénomène de la trépidation. M. Geoffroy en cite plusieurs exemples, entre autres celui du malade dont il a parlé, et chez lequel ces convulsions se produisent sous l'influence d'une excitation partie de la peau.

Il regarde donc comme établi, par ces faits : 1° que, contrairement à l'opinion de M. Westphal, une excitation des nerfs de la peau peut donner lieu au phénomène de la trépidation épileptiforme des membres inférieurs; 2° que la percussion du tendon d'Achille n'est pas un moyen infaillible de déterminer ce phénomène.

Des corpuscules de Kraüse. — M. PONCET communique le résultat de ses recherches sur les corpuscules de Kraüse dans la conjonctive. Ces organes du tact, décrits par l'anatomiste allemand en 1859, étudiés depuis par Ludden, Rouget, Stricker et Ciaccio, ont été niés par J. Arnold et Waldeyer. Dans la *Nouvelle Encyclopédie des maladies oculaires* de Sœmischet Graefe, Waldeyer (en 1874), continue à rejeter leur existence.

En faisant des injections interstitielles dans le tissu sous-conjonctival avec une solution d'acide osmique au millième peu de temps après la mort, en évitant la rétraction de la conjonctive, en rendant transparentes les préparations colorées au carmin ou à la purpurine, M. Poncet est arrivé à démontrer l'existence des corpuscules d'une manière indiscutable.

Ces organes se composent d'une masse granuleuse contenue dans une enveloppe, pourvue de noyaux, où des replis, *très-nombreux, de la fibre nerveuse avec myéline,* viennent se perdre et se confondre en *tourbillons irréguliers*, sans qu'il soit possible de reconnaître leur terminaison. Ces replis occupent souvent tout le corpuscule : deux corpuscules peuvent être soudés; la fibre qui les forme est simple ou multiple (de une à quatre ramifications); elle arrive à l'organe du tact, sous des incidences différentes. De là, des aspects variés du corpuscule de Kraüse, qui ont prêté aux interprétations d'Arnold, et la variété de *fiochetti* de Ciaccio.

Ces petits éléments appendus quelquefois en grappe à l'extrémité d'une fibre nerveuse au nombre de huit à dix, sont surtout localisés au côté externe et supérieur de la conjonctive bulbaire, mais en moins grande quantité que ne l'avait pensé Kraüse.

Leur présence peut être démontrée physiologiquement par la différence de sensibilité qui existe aux côtés externes et internes de la paupière supérieure.

Ranvier a constaté qu'à la pression simple, sans produire de phosphènes, on tolère beaucoup moins facilement une pointe mousse en dehors qu'en dedans du voile palpébral. La sensibilité spéciale des corpuscules amène plus radidement la sécrétion des larmes.

L'acide osmique démontre aussi, au limbe conjonctival péricornéal, l'existence d'un véritable plexus nerveux, formé par les anastomoses de corpuscules ramifiés identiques aux corpuscules de Langerhaus.

Ces petits corps étoilés, analogues comme forme à des corpuscules osseux, émettent leurs branches entre les facettes de l'épithélium.

Ces renflements constitueraient un deuxième mode de terminaison des nerfs de la conjonctive.

Mais il faut reconnaître avec Waldeyer qu'il est encore possible de suivre certaines fibres nerveuses, réduites à un seul élément et traversant toute la conjonctive d'arrière en avant pour aller à la cornée, sans fournir ni corpuscules de Kraüse, ni renflements ganglionnaires péricornéens.

ÉLECTION

M. Hanot est élu membre titulaire.

La séance est levée à six heures.

VARIÉTÉS

Bibliographie des sciences médicales (1)

par ALPHONSE PAULY, de la Bibliothèque nationale.

Il faut s'être livré à des études bibliographiques pour savoir combien cette partie de la science renferme d'intérêt, de surprise et enchaîne celui qui s'y consacre. Parmi les hommes qui se sont faits de nos jours une célébrité légitime dans ce genre de travaux, le corps médical doit conserver avec reconnaissance le nom de M. Alphonse Pauly, le savant si modeste et si instruit qui, à la Bibliothèque nationale, est chargé du catalogue des sciences médicales.

Quand on ouvre un livre, on aime généralement à savoir comment il est né, sous quelle direction d'idée l'auteur s'est attelé à son œuvre. Le lecteur écoutera, d'autant plus volontiers ce petit historique qu'il y trouvera des raisons sérieuses d'estimer l'auteur et d'applaudir au courage qu'il a montré.

Chacun de nous a conservé le souvenir de cet homme si instruit, si simple, si dévoué à des études de cabinet, et que les fatigues d'un enseignement si peu en rapport avec ses mœurs douces et paisibles nous ont si rapidement enlevé. Homme de science, de littérature médicale, bibliothécaire éminent, M. Daremberg avait réuni la plus riche collection de livres médicaux. Il s'agissait d'en dresser un catalogue : nul ne le pouvait faire plus sûrement que M. Pauly ; mais quelque nombreuse, quelque bien choisie que fût cette collection, M. Pauly ne tarda pas à se laisser entraîner par son sujet. Compléter quelques parties, signaler quelques lacunes que le zèle du collectionneur n'avait pu combler et finir par en faire un recueil très-important des faits touchant à la bibliographie, à l'histoire, aux épidémies, aux topographies et aux endémies : tels ont été le résultat final et la marque magistrale de l'ongle du savant bibliographe.

Aujourd'hui, grâce au travail de M. Pauly, l'Académie de médecine connaîtra un jour les trésors que les malheurs des temps l'obligent encore à laisser enfermés dans les caisses où ils furent placés lorsque, sur la proposition de M. Jules Simon, alors ministre de l'instruction publique, la riche bibliothèque de M. Charles Daremberg fut acquise par l'État et donnée à l'Académie de médecine. En attendant, ce livre restera une mine précieuse où tous ceux qui écrivent ou travaillent trouveront des documents très-précieux.

L'équité nous fait un devoir de signaler le soin et le luxe typographique avec lesquels M. Tross a traité une œuvre dont les développements auraient pu inquiéter un éditeur moins dévoué aux belles et rares productions de l'imprimerie actuelle.

(1) Un très-fort vol. in-8° à deux colonnes. — Prix : 40 fr. — Paris, Tross.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite des dernières dispositions testamentaires de M. Demarquay, ceux de ses anciens élèves qui désireraient avoir un souvenir de leur maître, en instruments ou en livres, devront s'adresser à MM. les docteurs Saint-Vel ou Voelker, chez lesquels ils auront à les faire retirer du 1er août au 1er octobre.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 11 août, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour. — 1° Morbidité et statistique des bureaux de bienfaisance pendant le deuxième trimestre de 1875 ; — 2° propositions de créer le titre de membre correspondant de la société ; — 3° application de la traction mécanique à l'art des accouchements.

— La Société de médecine pratique de Paris, décernera un prix de 300 francs (fondé par le docteur Mallez) à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : *Du rôle et de l'utilité des alcooliques dans l'infection urineuse.*

Les mémoires, écrits en français, devront être envoyés au secrétaire général, le docteur Gillet de Grandmont, avant le 1er août 1876, époque de la clôture du concours.

Ils porteront en tête une épigraphe qui sera répétée dans un pli cacheté accompagnant le mémoire.

Tout candidat qui se serait fait connaître directement ou indirectement serait exclu du concours.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies et des épidémies des armées, par A. LAVERAN, médecin-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce. — In-8° de XXVIII-736 pages. Prix : 10 francs. — Paris, 1875, G. Masson.

Causes et Mécanisme de la coagulation du sang et des principales substances albuminoïdes, par le docteur Ed. MATHIEU, médecin-major, et V. URBAIN, ingénieur répétiteur à l'École centrale. — 1 vol. in-8° de 285 pages. Prix : 6 francs. — Paris, 1875, G. Masson.

La Femme médecin, par le docteur P. RICHELOT. — 1 vol. in-12 de 156 pages. — Paris, 1875. Prix : 2 francs. — E. Dentu.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre....................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux....................		
Chlorure de sodium....................		
Matières organiques....................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Thérapeutique des affections rhumatismales.

Baume à l'huile concrète de LAURIER D'ARABIE contre la goutte, les rhumatismes, les douleurs, les névralgies, etc. (AL-GHAR DU Dr ALI.) — Lorsqu'on frotte avec ce baume la partie malade, il s'y développe bientôt une très-vive chaleur, mais qui ne produit aucune irritation de la peau, contrairement aux autres produits qui enflamment généralement les parties sur lesquelles on les applique et ne soulagent momentanément qu'en substituant une douleur à une autre.

Ph. MARIANI, 41, bd Haussmann, et princ. pharm.

VIN DE G. SEGUIN

TONIQUE & FÉBRIFUGE

« *Ce Vin remplace avec avantage toutes les préparations de Quinquina.* » (Rapport de l'Académie de Médecine).

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue Saint-Honoré.

CONTREXEVILLE

(SOURCE DU PAVILLON)

CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

VIN MARIANI

à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. 5 francs la bouteille.

MARIANI, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

Liqueur de Carrié au tartrate ferrico-potassico-ammoniaque.

La LIQUEUR DE CARRIÉ est la meilleure des préparations ferrugineuses pour combattre la **chlorose**, les migraines, les gastralgies. Toutes les fois que le sang a besoin de fer, cette liqueur doit avoir la préférence sur les autres ferrugineux, elle réussit mieux, l'estomac la supporte plus facilement et elle ne provoque **jamais de constipation.** — Le flacon, 3 francs, 38, rue de Bondy, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

A la même pharmacie, le **carton anti-asthmatique** de *Carrié*, la meilleure préparation connue jusqu'à ce jour. La preuve la plus frappante de son efficacité, c'est qu'elle a été admise à la page 653 du Codex de 1866, publié par ordre du gouvernement. — La boîte : 5 francs.

Appareils vaporifères *portatifs* du docteur LEFEBVRE (du Nord).

Approbation de l'Académie de médecine de Paris, pour bains de vapeur, fumigations, douches et inhalations, — 19, boulevard Montmartre.

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

(GOUDRON ET MONOSULFURE DE SODIUM INALTÉRABLES.)

Prescrit avec le plus grand succès dans la **Bronchite chronique**, le **catarrhe**, l'**Asthme**, la **Laryngite** et dans la **Tuberculose**, quand l'expectoration est très-abondante.

DÉPOT : rue Vieille-du-Temple, 21.

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

AU QUINQUINA, PYROPHOSPHATE DE FER

Oranges amères et malaga

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Pilules de Louvard

Au fer pur inaltérable et à l'absinthe.

A la dose de 6 à 9 par jour, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et la mieux tolérée; les fonctions digestives sont rapidement rétablies. Gros, Darrasse, rue Simon-le-Franc, 21, Paris.

ERGOTINE

DRAGÉES D'ERGOTINE DE BONJEAN

(Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.)

D'après les plus illustres médecins, les DRAGÉES D'ERGOTINE sont employées avec le plus grand succès pour faciliter le travail de l'accouchement, contre les hémorrhagies utérines, les engorgements de l'utérus, les métrorrhagies, l'épistaxis, les dysenteries et diarrhées chroniques, etc., et la solution d'ergotine au 10e (Ergotine, 10 grammes; eau, 100 grammes) est un des précieux hémostatiques que possède la médecine.

DÉPÔT GÉNÉRAL : à la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire); à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE

de Ad. CARPENTIER, pharmacien, à Paris

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. LE FLACON, 3 fr. 61, BOULEVARD MALESHERBES ET TOUTES LES PHARMACIES.

VIANDE ET QUINA

VIN ET SIROP AROUD AU QUINA

Et à tous les Principes nutritifs solubles de la Viande

Les préparations AROUD se recommandent à la plus sérieuse attention des docteurs et méritent leur préférence :

Parce qu'elles réunissent tous les principes actifs des plus riches écorces de Quina, soigneusement titrées et qu'elles renferment par 30 grammes, 3 grammes de Quina, et les principes solubles dans l'eau et l'alcool de 27 grammes de viande;

Parce que l'association de la viande aux principales écorces de Quina a non-seulement l'avantage de donner des préparations tout à la fois toniques, nutritives et fébrifuges, mais encore de paralyser l'action locale irritante du Quinquina, de parer à tous les malaises nerveux, conséquence forcée de l'usage prolongé de cette précieuse écorce, et de disposer l'estomac à en subir la salutaire influence;

Parce que, si la viande occupe le premier rang parmi les aliments, si le Quina est placé à la tête des toniques, l'association de ces substances, éminemment réparatrices, crée des **reconstituants par excellence**, les plus propres à donner à l'organisation la force de résister aux *fièvres, épidémies, diarrhées, influences insalubres et débilitantes*. — Prix : **5 francs**.

Pharmacie **AROUD**, rue Lanterne, 4, LYON. — Envoi *franco* par 5 bouteilles (en France).

Dépôt dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

VIN DE CHASSAING

A LA PEPSINE et A LA DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 mars 1864.

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la PEPSINE, qui n'a d'action que sur les aliments azotés, à son auxiliaire naturel la DIASTASE, qui transforme en Glycose les aliments féculents et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats

contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES	MAUX D'ESTOMAC
LIENTERIE, DIARRHÉE	DYSPEPSIES, GASTRALGIES
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES	CONVALESCENCES LENTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION	PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES...

PARIS, 2, rue de la Coutellerie (ci-devant, 2, avenue Victoria), et la plupart des Pharmacies

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois	8 fr. 50 c.
Six mois	16 —
Un an	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Woillez a voulu défendre son rapport général sur les épidémies de 1873, si vivement attaqué par M. Jules Guérin dans l'avant-dernière séance. Peut-être eût-il mieux fait d'abandonner ce rapport pour ce qu'il valait, car il a fourni à son adversaire l'occasion d'un nouveau succès brillant et facile.

En effet, il paraît certain que la vigueur de ses convictions avait un peu trop influé sur sa manière de présenter les choses. Il avait voulu trop prouver, et avait ainsi largement prêté le flanc à la critique. M. Jules Guérin n'a pas manqué d'en profiter aussitôt, avec une adresse et un talent incomparables.

Mais à quoi bon ce genre de polémique toute personnelle ? L'étiologie du choléra en est-elle éclairée ? Nullement. M. Jules Guérin ne paraît pas sentir que ses démonstrations ont précisément les mêmes défauts qu'il a si bien mis en lumière dans celles de M. Woillez : elles sont systématiques et reposent souvent sur un arrangement artificiel des faits observés.

Décidément, la discussion sur l'étiologie du choléra est prématurée. Il faut attendre de nouveaux documents, contradictoirement recueillis, sur les origines de chaque épidémie dans les pays d'éclosion.

Et non-seulement on devra étudier à ce point de vue le choléra, mais la peste, la fièvre jaune, le *relapsing fever*, etc., car, sous toutes ces faces diverses, c'est toujours un même problème.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL COCHIN. — M. BUCQUOY.

Intoxication saturnine chronique : paralysie des extenseurs du poignet et des doigts (1).

A l'usine de Clichy, cette importante fabrique de sels de plomb et surtout de blanc de céruse et de minium, deux opérations sont spécialement dangereuses, parce qu'elles se font à sec : ce sont la pulvérisation au moyen de l'instrument désigné sous le nom de chameau et l'embarillement. Les hommes qu'on y emploie, plongés au milieu des poussières de plomb, sont généralement des ouvriers nomades, momentanément sans autre ouvrage, et qui malgré des prescriptions hygiéniques plus ou moins exactement suivies (bains, etc.) sont pris au bout d'un court séjour, généralement quinze jours ou trois semaines, de coliques et d'un empoisonnement véritablement aigu ; aussi sont-ils forcés d'interrompre leur travail.

C'est le même fait qu'on observe chez les peintres qui, soumis d'ailleurs d'une manière permanente à l'action du blanc de céruse, et portant sur leur physionomie les traces d'une intoxication chronique, sont arrêtés de temps en temps par des accidents aigus, soit que leur travail leur ait fait absorber des doses plus considérables de poison, soit que quelque circonstance accessoire, telle que des excès ou l'élévation de la température, ait développé ces accidents aigus au milieu de l'intoxication latente.

Les formes chroniques se rencontrent surtout chez des ouvriers ou même chez des personnes étrangères aux professions dans lesquelles on manie le plomb, lorsque le plomb n'arrive à l'économie que par doses extrêmement minimes, et pendant un temps fort long. Dans ces conditions, que le malade ait échappé ou non aux accidents aigus, l'intoxication saturnine finit souvent par se révéler par des phénomènes qui appartiennent plus spécialement à la forme chronique, et en particulier à la paralysie saturnine. Ses caractères, vous les connaissez d'après l'observation que je viens de rapporter. Il s'agit en effet d'un homme dont la profession est généralement étrangère à celles que nous savons exposer à l'intoxication saturnine ; mais nous apprenons que depuis deux ans environ il travaille dans l'usine de Clichy aux réparations de menuiserie, et par là il n'échappe pas aux conséquences de la viciation de l'air, chargé de particules saturnines ; aussi a-t-il le liséré, la coloration des ongles par les bains sulfureux et la teinte jaunâtre des saturnins, etc.

Remarquez toutefois qu'il a passé en premier lieu six mois à Clichy sans rien éprouver, et qu'à son second séjour, ce n'est qu'au bout d'un an qu'il présente les premiers symptômes, caractérisés non par une véritable attaque de colique de plomb, mais par quelques douleurs abdominales ; puis il s'étiole peu à peu, et il lui faut presque deux ans de travail dans l'usine pour qu'il arrive à la paralysie du poignet. C'est un fait de plus à rapprocher de ceux rapportés par tous les auteurs signalant que la paralysie saturnine est précédée ordinairement de peu de coliques, qu'elle survient même quelquefois comme première manifestation de l'empoisonnement. (Huxham, de Haen, Romazzini, Desbois de Rochefort, Andral,

(1) Fin. — Voir le numéro du 3 août.

Trousseau. Expériences de Leblanc et Trousseau. Statistique de Tanquerel des Planches où sur cent douze cas sont notées quatorze fois des paralysies non précédées de coliques).

Cette intoxication lente reconnaît pour cause chez notre malade l'influence d'un air plus ou moins chargé de particules saturnines, mais à doses faibles, relativement à ce qu'en reçoivent les ouvriers ordinaires qui n'y résistent pas. Je vous rapporterai à ce sujet deux exemples analogues, ceux de deux employés aux écritures de l'administration de Clichy, attachés depuis six années à l'établissement et devenus tous les deux paralytiques généraux. L'un de ces malades, lorsque je l'ai observé à la Pitié, sortait de Bicêtre, l'autre était encore en traitement. Il existe encore des faits semblables de Derouges publiés à la même époque. — Vous ne compterez pas moins d'une soixantaine de professions qui exposent à l'intoxication saturnine, mais il faut être prévenu que, dans beaucoup de circonstannes fortuites, à l'insu même des intéressés, on peut être soumis à l'action du poison. Tels sont les faits d'intoxication par des boissons lithargées, ou seulement traversant des conduits de plomb, ou y séjournant, comme l'a prouvé l'empoisonnement de la famille d'Orléans, à Claremont. Tels sont encore ces faits d'accidents saturnins, rapportés en 1853, par le docteur Gosselet au conseil d'hygiène et signalés comme endémiques, à Lille, où il fut démontré qu'il avait été fait une large consommation de bière pompée directement dans le tonneau par un tuyau en plomb. On sait aussi parfaitement aujourd'hui que c'est à l'action de boissons fermentées et acides sur les vases émaillés qui les contiennent qu'il faut attribuer ce qu'on appelait les coliques de Normandie, du Poitou, du Devonshire, de Madrid, et qui ont été regardées pendant longtemps comme des coliques végétales. (Travail du docteur Mauger.)

Autrefois ces conditions étiologiques échappaient complétement; mais, depuis un certain nombre d'années, l'étude de ces questions d'hygiène a été assez approfondie pour qu'on puisse facilement remonter à la cause.

La question de l'identité ou de la non-identité de la colique sèche des pays chauds et de la colique de plomb a été l'objet de travaux très-remarquables de la part de beaucoup de nos médecins les plus distingués de la marine. Elle me paraît absolument jugée aujourd'hui par les recherches de M. Lefèvre publiées en 1859. (*Recherches sur les causes de la colique sèche*, etc.)

Il faut savoir qu'il est très-commun d'observer quand on arrive dans les régions équatoriales, surtout avec les longues traversées d'autrefois, des cas nombreux de coliques sèches, coliques des marins, attribuées généralement à l'influence de la température et des variations nycthémérales, mais en tout semblables à des coliques de plomb, accompagnées des mêmes symptômes et du même liséré gingival, et laissant les malades débarquer à leur retour avec des paralysies, des atrophies, etc. Ces accidents s'observaient non-seulement chez ceux qui peignaient le bâtiment tout le long de la route, mais plus particulièrement chez les chauffeurs. La température élevée de la cuisine, l'abus des boissons, concouraient au développement des mêmes accidents chez les cuisiniers du bord; mais leur cause première résidait dans l'emploi des cuisines dites distillatoires dont l'eau était portée au réservoir par des tuyaux de plomb. Chez un marin que j'ai eu l'occasion d'étudier en 1853, à l'Hôtel-Dieu, l'intoxication provenait de ce qu'il marchait les pieds toujours nus dans sa cuisine dallée en plomb et lavée à chaque instant avec du vinaigre.

Les exemples fourmillent dans le livre de M. Lefèvre de cas de saturnisme ignoré ou méconnu, où il existait cependant et provenait de réservoirs d'eau, de citernes dont l'eau arrivait de toits surchauffés et couverts de tuiles émaillées, etc.

Sans nier absolument que dans les contrées équatoriales il puisse y avoir une entéralgie particulière, une colique sèche sans cause saturnine, et sous la dépendance exclusive des conditions climatériques, je reste cependant convaincu que lorsqu'il y a identité de symptômes, et surtout identité de symptômes chroniques et paralytiques, avec ceux si particuliers des saturnins, il faut aussi invoquer et rechercher une intoxication plus ou moins lente par le plomb. N'oubliez pas d'ailleurs l'influence bien manifeste qu'exercent les températures élevées sur le développement des accidents saturnins.

Aujourd'hui que les recherches de physiologie pathologique sont particulièrement en honneur, on tient à trouver l'explication des accidents si variés qu'on rencontre dans les diverses formes de l'intoxication saturnine. Lisez un travail fort remarquable, la thèse d'agrégation de M. Renaut, et vous trouverez la question traitée, à ce point de vue, d'une manière extrêmement complète.

Obligé d'être très-court maintenant, je ne veux appeler votre attention que sur un point particulier qui intéresse le clinicien: ce sont les accidents encéphalopathiques des saturnins avec leurs formes délirante, convulsive, et comateuse.

Si vous en avez observé, si seulement vous les avez étudiés dans les livres classiques, n'avez-vous pas été frappés de trouver une identité complète entre l'encéphalopathie saturnine et l'encéphalopathie urémique que nous étudions dernièrement dans l'albuminurie; mêmes formes, mêmes symptômes, même gravité; or quand deux maladies se présentent avec des caractères absolument semblables, la logique ne veut-elle pas qu'on conclue à leur identité ?

On a été conduit à le faire, lorsque mon ami et collègue, M. Ollivier eut montré, par des expériences sur les chiens, la présence commune de l'albumine dans l'urine, à la suite de l'empoisonnement aigu par le plomb, et eût constaté la fréquence des altérations rénales (néphrite interstitielle), chez les vieux saturnins.

Ces conclusions ont été tirées, et M. le professeur Béhier professe que l'encéphalopathie saturnine n'est autre chose que l'explosion d'accidents urémiques liés à une affection rénale causée par l'action du plomb.

Mais si vous interrogez les faits cliniques, vous verrez que les cas d'albuminurie saturnine ne sont pas si communs, que souvent l'encéphalopathie éclate sans albuminurie antérieure, et je pourrais vous citer des exemples très-remarquables dans lesquels l'albumine ne paraît dans l'urine qu'à la suite des attaques convulsives répétées.

Si je n'attribue pas à l'affection rénale, l'encéphalopathie, cependant je crois à l'identité de l'encéphalopathie saturnine et des accidents urémiques. Seulement dans l'urémie, le rein malade n'élimine pas les éléments excrémentitiels, qui restent dans le sang, tandis que dans l'intoxication saturnine, l'action directe du plomb sur le sang empêche les combinaisons desquelles résulte la destruction ou la transformation de ces matières à éliminer, d'où production dans les deux cas, quoique par un mécanisme différent, de la même altération du sang et des mêmes accidents toxiques : l'encéphalopathie.

Si je voulais pénétrer davantage dans la question, je pourrais vous montrer comment, chez certains saturnins, cette rétention de matériaux dans lesquels les substances azotées entrent pour une bonne part, peut créer une véritable diathèse urique, et vous auriez par là l'explication de ces cas si curieux

de goutte saturnine dont des exemples nombreux ont été rapportés par Garrod, mais qui sont beaucoup moins communs en France, quoique nous en ayons observé, M. le professeur Charcot et moi, chacun des exemples fort remarquables.

Je termine ici ces considérations où je n'ai fait qu'ébaucher en quelque sorte le sujet que je voulais traiter. Ces données cependant vous suffiront pour comprendre bien des points de l'histoire de l'intoxication saturnine qui, surtout dans les formes chroniques, seraient restés bien obscurs dans vos esprits. A vous maintenant de l'étudier en vous aidant de vos livres et de l'observation des malades.

DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'ÉLECTRICITÉ (1)

Par le docteur Althaus (de Londres) (traduction du docteur Darin).

Nous avons déjà vu que, dans la batterie Becker-Muirhead, la polarisation se trouve, à tous égards, réduite à zéro; elle a encore d'autres avantages importants. Elle est très-facile à alimenter et ne se dérange jamais. Nous nous en sommes servi presque journellement depuis dix ans, sans avoir jamais eu avec elle le moindre désappointement. En somme, le mieux est de recharger l'appareil une fois par mois; c'est une opération qu'un mécanicien intelligent peut faire aisément en moins d'une heure. Les plaques et les vases poreux demandent à être renouvelés tous les trois ou quatre ans seulement; quant aux autres parties de l'instrument, elles ne se détériorent pas et n'ont jamais besoin d'être remplacées.

Mais ce ne sont pas seulement la constance de l'instrument, la facilité avec laquelle il s'alimente et ses qualités de conservation en général, qui doivent en faire recommander l'emploi; il est plusieurs autres considérations, un peu plus difficiles à expliquer, qui contribuent singulièrement à établir son absolue supériorité sur les autres machines plus petites. *Le courant produit par les batteries portatives est plus douloureux que celui produit par la grande batterie stationnaire.* Or il est fort important, dans le traitement de la plupart des désordres nerveux, d'éviter la souffrance. Si l'application détermine beaucoup de douleur, il est souvent nécessaire de changer les points où portent les électrodes. Ce n'est pas tout, les contractions musculaires involontaires qui en seront la conséquence mettront obstacle au passage réellement constant du courant à travers les organes. C'est l'une des raisons pour lesquelles les résultats thérapeutiques obtenus avec la grande batterie sont meilleurs que ceux donnés par les machines portatives, surtout dans les affections des centres nerveux et dans les différentes formes de névralgie. Le trait caractéristique de la batterie de Becker est la grande surface des métaux qui la composent, ainsi que l'absence d'acides. Or le pouvoir de décomposer l'eau (la force électrolytique) et les propriétés magnétiques des deux courants produits par une grande et une petite batterie peuvent être les mêmes, ce qui ne les empêche pas de différer dans leurs effets physiologiques et thérapeutiques. *La même force électro-motrice qui, dans une pile portative, est accumulée dans un centimètre carré, a peut-être dix ou vingt fois plus d'espace pour se déployer dans la grande batterie.* Enfin, peu après la mise en action, les métaux de la batterie portative deviennent irréguliers dans leur production d'électricité, et il se forme alors des courants locaux qui entravent le courant principal.

Telles sont les circonstances qui peuvent expliquer, au moins dans une certaine mesure, la supériorité de la grande batterie sur les petites. Toutefois, l'analyse de ces faits dans leur minutie est plutôt du ressort du physicien que du nôtre. Comme praticiens, contentons-nous de retenir une chose, c'est que la grande machine fixe de Becker-Muirhead est meilleure que toutes les batteries portatives que l'on a pu construire. Elle doit donc être la batterie d'hôpital, et elle est indispensable à tous les médecins qui s'adonnent plus spécialement à l'étude de l'influence de l'électricité sur les conditions névrotiques.

Le prix de la machine de 100 éléments, disposée comme l'indiquent les figures 12 et 13, avec tous les accessoires, est de 750 francs.

En France, comme en Angleterre et en Allemagne, on a reconnu les qualités précieuses de la pille Daniell.

La plus employée en est une modification heureuse, et connue sous le nom de Trouvé-Callaud.

C'est en effet une pile d'une grande simplicité qui la rend précieuse pour le praticien, en ce sens qu'il peut la réparer lui-même et qu'elle est extrêmement bon marché.

M. Trouvé livre aux praticiens des appareils ne dépassant pas 70 francs pour quarante éléments.

Ces appareils comme ceux de Becker-Muirhead, Siennens-Meidinger ou de Remak, n'ont d'autre défaut que celui de n'être pas portatifs. Mais l'accueil qui leur est fait a entraîné M. Trouvé à de nombreuses recherches pour les rendre portatifs.

La solution est-elle donnée dès aujourd'hui, nous ne pouvons nous prononcer à cet égard. Le temps et l'expérience seuls décideront. Mais nous signalerons cependant, sans le recommander, l'appareil qu'a construit M. Trouvé, parce qu'il fonctionne avec deux solutions comme dans la pile Daniell (contrairement à la généralité des appareils portatifs qui ne sont, comme on dit en pratique, qu'à un seul liquide), qu'il peut être rechargé sans le secours du fabricant et placé pour le transport dans n'importe qu'elle position. L'appareil de quarante éléments, qui coûte 150 francs, est plus que suffisant pour l'application sur le cou et la face, mais ne peut servir au traitement général, il faudrait dans ce cas avoir recours à celui de 200 francs qui est de quatre-vingts éléments.

L'un et l'autre sont représentés dans la figure 15, qui fait



Figure 15.

voir le collecteur composé de deux manivelles pivotant sur deux séries de boutons, numérotés 0, 2, 5, 10, 15, 20; d'un galvanomètre et d'un inverseur. La graduation se fait au

(1) Suite. — Voir les numéros des 16, 23, 27 mars, 3 avril, 5 juin et 17 juillet.

moyen des deux manivelles de deux en trois éléments. Le zéro correspond au centre de la batterie de manière à pouvoir par les deux manivelles utiliser uniformément et chacun à leur tour les éléments de la batterie, avantage qui n'existait pas dans les premiers appareils de Remak, où les premiers éléments servaient toujours, quand on en n'employait qu'un nombre restreint, une des séries représentant les unités et l'autre les dizaines.

L'élément de cet appareil est représenté (fig. 15), par deux couples en tension ; il est composé d'un disque de zinc à la partie supérieure, et d'un disque de cuivre à la partie inférieure : l'espace compris entre les deux disques est rempli par une colonne de rondelles de papier buvard. La moitié inférieure de la colonne, celle qui touche au cuivre, est préalablement saturée de sulfate de cuivre, la moitié supérieure de sulfate de zinc.

Lorsqu'on rend ces éléments humides en les plongeant dans l'eau, une partie des sels est dissoute ; la réaction chimique qui produit le courant commence.

Le courant à l'intérieur de la pile décompose l'eau ; l'oxygène se porte sur le zinc et forme avec l'acide sulfurique du sulfate de zinc ; l'hydrogène se combine avec l'oxygène de la base pour reconstituer de l'eau, et une partie de cuivre à l'état métallique se dépose comme dans la pile Daniell sur l'électro négative cuivre.

Pour remplacer le sulfate de cuivre de cette batterie (le sulfate de zinc se renouvelle sans cesse), on la sort de sa boîte, pour la dessécher et ensuite on la prolonge à moitié dans une solution de sulfate de cuivre très-concentrée à chaud, que l'on fait dans une cuvette spéciale en cuivre rouge livrée avec l'appareil.

La facilité de faire sécher les éléments permet au praticien de mettre la batterie au repos lorsqu'il ne s'en sert qu'à des intervalles assez éloignés.]

(A suivre.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 août 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Hillairet comme membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale.

Sur l'invitation de M. le président, M. Hillairet prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet une lettre par laquelle M. le préfet de Lot-et-Garonne fait connaître qu'aucune épidémie n'a été observée dans ce département pendant l'année 1874 (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remercîments de M. Hooker (de Londres), récemment nommé associé étranger ;

2° Une lettre de M. le docteur Lajoux (de Boissy Saint-Léger (Seine-et-Oise), qui revendique la priorité de l'application de l'aspiration au traitement des kystes hydatiques du foie.

PRÉSENTATIONS

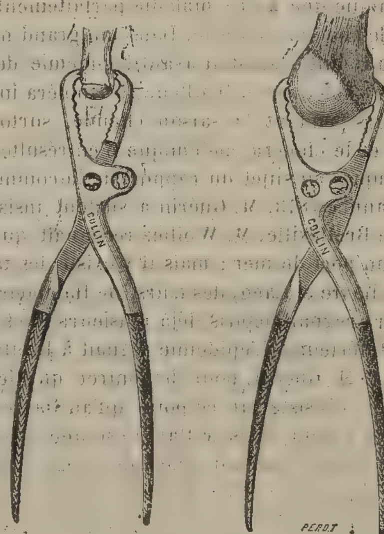
M. Chatin présente, au nom de M. le docteur E. Heckel, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, un travail intitulé : *Botanique appliquée de la partie active des semences de courge employée comme tænicides.*

M. Larrey offre, de la part de M. le docteur Dechaux (de Montluçon), un mémoire couronné (médaille d'or) par la Société de médecine et de chirurgie de Toulouse, intitulé : *Des plaies pénétrantes des articulations.*

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. le Président, au nom de M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie, présente un nouveau davier à résection construit sur les indications de M. le docteur Farabeuf.

Toutes les fois que, dans la pratique des résections ou des amputations intra-capsulaires, le chirurgien a besoin de saisir un os volu-



mineux, les daviers à résection connus jusqu'à ce jour se montrent insuffisants. L'écartement des mors déterminé par le volume de l'os, produit un écartement des poignées proportionnel et tel que la main ne peut plus tenir l'instrument.

Le davier à double articulation de M. Farabeuf permet au chirurgien de tenir aussi facilement et aussi solidement la tête de l'humérus que celle d'un métacarpien.

Maintes fois déjà, il a été employé avec avantage, notamment pour la résection de l'épaule, de la mâchoire supérieure, du genou, du calcanéum, etc.

COMMUNICATION

M. Laboulbène communique les suites de l'observation qu'il a présentée dans la séance du 26 janvier dernier, d'une *tumeur abdominale offrant par la succussion hippocratique le tintement métallique ou bruit de flot hydraérique.*

Il s'agit d'une femme d'une cinquantaine d'années jouissant d'une très-bonne santé habituelle et chez laquelle s'était manifestée une tuméfaction dans le côté gauche du ventre. Cette femme, entrée à l'hôpital Necker dans le service de M. Laboulbène, présente, à la suite d'accidents inflammatoires développés du côté de la tumeur, le phénomène de fluctuation hippocratique attribué par M. Laboulbène à la production spontanée de gaz dans le liquide du kyste ovarique.

Peu de temps après la première communication faite par M. Laboulbène à l'Académie sur ce sujet, la tumeur s'ouvrit spontanément et donna issue à du pus fétide et à des gaz. Des compresses imbibées de chloroforme, une compression modérée, puis des lavages iodés quotidiens amenèrent une guérison qui était complète vers la fin d'avril.

M. Laboulbène a revu la malade il y a huit jours, et a constaté que la guérison n'était pas démentie.

Recherchons quel a été le siége précis de cette tumeur abcédée, ayant fourni le bruit remarquable de succussion hippocratique.

M. Laboulbène pense qu'il n'y a pas eu chez la malade un kyste ovarique suppuré, mais une collection purulente, un abcès situé entre la paroi abdominale postérieure et les anses intestinales, et avoisinant l'ovaire gauche. La production des gaz ne s'est pas faite

par une fistule formant communication entre l'air enfermé dans les anses intestinales et l'intérieur de la cavité.

M. Laboulbène rappelle les faits publiés par MM. Hérard, Barthez, Roger, Demarquay, Gosselin, et qui, avec l'observation qui lui est propre, lui semblent démontrer que le bruit de succussion hippocratique, peut être perçu dans plusieurs sortes de tumeurs abdominales et parfois sans que celles-ci soient en communication avec l'air extérieur.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. WOILLEZ reproche à M. Jules Guérin d'avoir confondu avec le choléra épidémique une autre maladie parfaitement caractérisée et très-distincte, le choléra infantile. Dans un grand nombre de localités, le choléra infantile existait avant l'épidémie de 1873, et il n'y fut pas suivi de choléra vrai. D'ailleurs le choléra infantile règne à peu près toujours pendant la saison chaude, surtout dans le midi de la France : et le choléra épidémique n'en résulte pas.

Dans ses critiques au sujet du rapport de la commission des épidémies pour l'année 1873, M. Guérin a surtout insisté sur les faits du Havre et de Bretteville. M. Woillez reconnaît qu'en effet Bretteville n'est pas un port de mer ; mais il y existe des tanneries qui reçoivent, par le Havre et Caen, des cuirs, de Hambourg, ville dans laquelle le choléra régnait depuis déjà plusieurs mois lorsqu'il parut dans la Seine-Inférieure. L'épidémie régnait à Bretteville dès le milieu de juillet, et M. Guérin, pour démontrer qu'elle n'était pas importée du Havre, a insisté sur ce point qu'au Havre elle n'a pas été signalée avant le 4 août, Mais le Havre est une grande ville, et le choléra y peut passer pendant quelque temps inaperçu. Rien ne prouve que, dans ce cas, il n'en ait pas été ainsi. Quant à la longue immunité du Havre, malgré ses communications continuelles avec Hambourg, elle ne prouve rien contre la doctrine de l'importation du choléra, car on observe de semblables immunités lorsqu'il s'agit d'autres maladies franchement contagieuses, variole, scarlatine, rougeole, etc.

L'importation du Havre à Rouen paraît improbable à M. Guérin, parce qu'il ne se serait écoulé qu'un intervalle très-court entre les dates d'apparition du choléra dans ces deux villes ; mais c'est là une mauvaise chicane ; et, d'ailleurs, ce n'est pas dans les grandes villes qu'il faut étudier ces questions. M. Woillez insiste sur le choléra de Cherbourg, importé sans doute de quelque port de la Manche, et qui disparut après avoir atteint vingt personnes et causé onze décès. Il n'avait été précédé d'aucune affection cholériforme ébauchée, ce qui est en opposition avec la théorie sériaire de M. Guérin.

Pour démontrer la réalité de l'importation par voie de terre, M. Woillez appelle principalement l'attention de l'Académie sur les faits suivants :

« 1° Apparition signalée, à partir du 17 août seulement, du choléra dans les localités environnant le Havre, et qui sont d'autant plus nombreuses qu'on les examine plus près du Havre. Il y eut 174 décès en plus de ceux constatés dans cette ville pendant cette extension de l'épidémie.

« 2° Diminution du nombre des localités atteintes à mesure qu'on s'éloigne des arrondissements du Havre et de Rouen. Dans l'arrondissement d'Yvetot, le plus voisin, on ne compte plus que 47 cas de choléra et 27 morts. Dans celui de Dieppe, plus éloigné, une seule localité atteinte, et seulement 3 malades et 3 morts. Enfin il y a absence complète de choléra dans l'arrondissement de Neufchâtel, voisin du département de l'Oise.

« 3° L'importation du choléra à Saint-Martin par une femme venue de Sainte-Adresse (voisinage du Havre).

« 4° L'importation qui eut lieu de Rouen à la commune des Grandes-Ventes, où s'est limité le choléra dans l'arrondissement de Dieppe.

« 5° L'importation du choléra de Bretteville-sur-L'Aize (Calvados) par un ouvrier qui le premier succomba aux deux autres membres de sa famille et deux voisines. Il y eut ensuite 15 autres cholériques en quelques jours et 7 nouveaux décès dans cette petite localité.

« 6° L'importation de Caen à son avant-port, Oyestrehem, par un navire de passage qui y laissa un cholérique. A la fin d'août, il y avait eu 55 cholériques, dont 18 succombèrent.

« 7° L'extension du choléra aux communes voisines de Caen après l'invasion de la maladie dans cette ville.

« 8° L'importation multiple du choléra de Paris dans l'Oise.

« 9° L'importation si remarquable du choléra de Paris à Merviller, près de Baccarrat (Meurthe-et-Moselle) par un homme qui était venu voir son fils à Paris le 10 septembre, et qui en repartit pour Merviller par le chemin de fer avec une diarrhée cholériforme, suivie, aussitôt après son arrivée, d'un choléra confirmé, qui se communiqua successivement à la fille du malade, auquel elle donnait ses soins et à 36 autres habitants, dont 10 succombèrent.

Voilà un exemple de chemin de fer transportant le choléra de Paris à une distance de 368 kilomètres.

« 10° Enfin l'importation dans le même département du choléra dans deux autres communes que Merville : à Frolais (5 cas) et à Sèvres (70 cas, dont 11 morts). »

M. PIORRY ne reconnaît pas un choléra unique, mais des *choléras*. Il croit qu'on confond sous ce nom divers états organopathiques dépendant, soit de l'*indiose*, soit de la *septiose*, etc. Il est possible que se soit la *septiose* qui dans son union avec l'*indiose* produise les choléras graves, tandis que l'*indiose* isolée n'amènerait que des cholérines.

M. GUÉRIN n'entend pas entrer aujourd'hui dans la discussion des théories, mais se borner à celle des faits avancés par M. Woillez, cependant il doit d'abord expliquer à son honorable confrère ce qu'il faut entendre par ces mots *série étiologique*. La série méthodique des faits dépendant d'une même cause ne se rencontre jamais disposée d'elle-même dans la nature. C'est à l'esprit humain qu'appartient la méthode, c'est à lui de retrouver le lien étiologique qui rassemble des phénomènes, différents l'un de l'autre suivant les conditions sériales. La scission que M. Woillez veut maintenir entre le choléra épidémique, le choléra nostras, le choléra infantile, la cholérine n'a pas de raison d'être. On n'a pas plus le droit d'écarter arbitrairement un cas de choléra, en l'appelant *choléra nostras*, parce qu'il précédé une importation supposée, qu'on n'a le droit de passer sous silence tous les faits contraires à sa théorie.

M. Woillez a eu le tort d'arranger les chiffres à sa guise. Il n'a pas dit un mot des neuf cas de choléra, dont quatre suivis de mort, qui se sont présentés dans le département de la Vienne. Le choléra régnait dans ce département, et l'on n'y pouvait trouver trace d'une importation. En ce qui touche le Havre et Bretteville, M. Woillez a soutenu d'abord dans son rapport officiel que Bretteville tenait son choléra du Havre. Or le choléra a paru à Bretteville, le 17 juillet, et il s'y est terminé le 3 août dans la ville du Havre. Il est vrai qu'aujourd'hui M. Woillez objecte *qu'il a pu passer inaperçu* pendant quelques semaines au Havre. Mais cet argument ne rappelle en rien l'école précise et sévère de l'observation, telle que Louis l'avait fondée.

M. Woillez, pour faire admettre que le choléra a pu passer du Havre à Rouen, a reculé la date d'apparition du choléra dans cette dernière ville. Il y a été noté le 5 août, et même auparavant, dès le mois de février, un cas bien établi en avait été observé suivant le rapport même que cite M. Woillez.

Voilà comment on arrange les faits artificiellement dans l'intérêt de l'influence contagioniste. On se garde bien de mentionner, comme il le faudrait, les manifestations simultanées de l'influence épidémique à des distances plus ou moins grandes, dans cent localités dispersées sur toute l'étendue de l'Inde, par exemple, comme l'ont noté les médecins anglais, ou dans la plupart des arrondissements de Paris, comme l'a établi le rapport de M. Besnier. A Paris, le choléra débute à Saint-Louis par des cas intérieurs, chez des malades traités depuis longtemps déjà dans cet hôpital. Cela rentre-t-il dans la doctrine de l'importation?

M. Woillez n'en a pas parlé. Il n'a pas dit un mot non plus d'un cas de choléra, antérieur de huit jours à l'importation qu'il admet dans le département de Meurthe-et-Moselle. Et cependant le médecin, dont il analysait le rapport, avait mis ce fait en lumière. Enfin M. Woillez a beaucoup insisté sur l'absence de toute diarrhée dans le département de Meurthe-et-Moselle : or il se trouve que des diar-

rhées, attribuées il est vrai au curage d'un égout, sont signalées comme ayant régné en mai, juin, juillet, août, dans diverses communes de ce département.

M. WOILLEZ. Les cas de choléra dont j'ai parlé étaient qualifiés de sporadiques par les médecins des épidémies.

M. GUÉRIN. Qu'importe? ce n'en était pas moins du choléra.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 mai 1875 (1). — Présidence de M. GALLARD.

M. MAURIAC continue la lecture de son rapport :

X

Comment ces fumigations agissent-elles? Est-ce par la peau, ou par la muqueuse pulmonaire, ou par ces deux voies que se fait l'absorption du principe médicamenteux, c'est-à-dire du calomel vaporisé?

M. Burnstead (de New York) pense que l'absorption par la peau est très-faible, qu'elle s'effectue dans les petites ramifications bronchiques et les cellules pulmonaires, et que l'effet sur toute l'économie est en raison directe de la quantité de vapeur inhalée par le patient.

M. Horteloup partage cette manière de voir. Il croit que la peau non ulcérée absorbe fort peu, ou même n'absorbe pas du tout, et c'est à cela qu'il attribue l'insuccès des fumigations dans les syphilides sèches et leur efficacité dans les syphilides ulcéreuses.

A l'appui de cette idée, il rapporte une expérience ingénieuse qu'il a faite sur un malade, syphilitique depuis deux ans, et couvert d'une syphilide papuleuse confluente. Cette syphilide fut abandonnée à sa marche naturelle, et lorsqu'elle eut atteint la plénitude de son efflorescence, on fit appliquer sur la peau un vésicatoire de 10 centimètres carrés. Le lendemain, la cloche du vésicatoire fut enlevée et le malade soumis aux fumigations. Dès la quatrième, les papules avaient pâli et s'étaient affaissées; à la huitième, il ne restait plus que des macules sans élevures. Ce résultat est si beau que M. Horteloup le considère comme exceptionnel, et n'ose espérer en obtenir un semblable dans tous les cas. Je regrette qu'il n'ait pas recommencé cette expérience. Peut-être le succès n'eût-il pas été aussi brillant que dans la première.

XI

Quoi qu'il en soit, la pratique des fumigations a perdu de ses dangers et de ses inconvénients, depuis qu'on se sert de la vapeur de calomel, mélangée avec de la vapeur d'eau (2). Les malades supportent bien ce traitement. La salivation est rare; on observe quelquefois un peu de dyspnée, qu'il est facile de faire disparaître en donnant accès à l'air du dehors. M. Burnstead a vu survenir chez quelques-uns de ses malades de l'affaiblissement et de la maigreur.

Quant au procédé opératoire, il est un peu compliqué dans sa simplicité, surtout si on le compare au traitement ordinaire, et ce sera toujours là sans doute un grand obstacle à sa vulgarisation.

On enferme le malade dans une chambre close, on le recouvre de tissus molletonnés ou d'une couverture de laine, afin de faciliter la sudation, et on le laisse exposé pendant vingt-cinq ou trente minutes aux vapeurs médicamenteuses qu'on obtient de la manière suivante :

Sur un appareil à chauffer on place une cuvette remplie d'eau. Au milieu de cette cuvette, on installe une coupelle de métal dans laquelle on a mis de 1 gramme à 3 ou 4 grammes de calomel. Il faut plus d'un grand quart d'heure, en chauffant bien, pour que tout le calomel se vaporise. Les vapeurs se mêlent à celles d'eau, et au bout de dix minutes environ, les malades sont couverts de sueur. L'opération est répétée tous les deux ou trois jours, et la moyenne du traitement est de 19 fumigations.

XII

Un des avantages que les médecins anglais et américains attribuent à ce traitement, c'est qu'il est moins souvent suivi de récidive que les autres. Sans être aussi affirmatif qu'eux, M. Horteloup est un peu de leur avis.

Quant à moi, messieurs, je considère la question des récidives, que chacun tâche de résoudre à l'avantage de sa méthode, et avec des statistiques plus ou moins incomplètes, comme une des plus obscures et des plus insaisissables de la thérapeutique syphilitique.

Vous aurez beau faire manœuvrer de grosses colonnes de chiffres, nous donner le nombre des malades entrés, sortis, puis revenus ici ou là, ou non revus, et, dans ce cas, considérés comme guéris, vous ne porterez pas la conviction dans les esprits (1).

Pourquoi les fumigations mercurielles, qui n'agissent sans doute qu'en faisant pénétrer dans l'économie une quantité plus ou moins considérable de mercure, préviendraient-elles les récidives plutôt que les autres méthodes? Ces dernières n'introduisent-elles pas aussi du mercure dans l'économie? Le mercure aurait-il une autre action, une autre vertu curative, une autre portée, parce qu'il a suivi telle ou telle voie pour atteindre le théâtre où ses effets vont se produire? Qu'il y ait des différences, je le veux bien, mais ne proviennent-elles pas de la quantité du remède qui imprègne l'organisme à un moment

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 15 et 31 juillet.

(2) Le procédé de vaporisation du calomel au moyen de l'eau chauffée à 100 degrés a l'avantage de ne donner qu'un mélange de vapeurs d'eau et de calomel.

Il n'en serait pas de même si l'on projetait le calomel sur une plaque de porcelaine suffisamment chauffée pour le volatiliser. Les vapeurs qui se dégageraient alors seraient composées de vapeurs de mercure métallique, de vapeurs de sublimé et de vapeurs de calomel. Elles seraient infiniment plus dangereuses que les premières.

Le calomel se dissout beaucoup plus difficilement que le cinabre ou sulfure de mercure, dont on faisait si fréquemment usage autrefois pour les fumigations. Inhalées, ces fumigations étaient très-irritantes pour les poumons, et devaient intoxiquer rapidement les malades. Outre le mercure libre à l'état de vapeur, il y avait dans les fumigations de cinabre des vapeurs de soufre et de l'acide sulfureux. Du reste, ces vapeurs avaient une composition variable, suivant la température. Cinq grammes de cinabre (c'est-à-dire 4 grammes de mercure et 1 gramme de soufre) chauffés à 100 degrés, ne donnent que des milligrammes de mercure en vapeur ; à 200 degrés, ce sont des centigrammes; à 300 degrés, c'est par grammes que se compte le mercure vaporisé; il y a, en outre, des vapeurs de soufre et d'acide sulfureux. Au rouge, on vaporise presque tout le mercure du cinabre. Il était donc prudent, dans la pratique des fumigations par le cinabre, d'empêcher l'inhalation.

(1) La syphilis, en effet, traitée ou non traitée, récidive presque fatalement, à des intervalles plus ou moins éloignées, sous des formes plus ou moins graves ou légères, pendant les premières années de son évolution. Il est dans son essence de procéder par poussées successives. J'ai très-rarement vu des malades n'avoir qu'une seule explosion d'accidents consécutifs. Et puis, alors même que des manifestations se sont éteintes depuis longtemps, peut-on affirmer qu'il n'en surviendra pas de nouvelles? Quel est le signe infaillible qui peut donner la certitude que la maladie constitutionnelle n'existe pas, que tous ses germes sont morts spontanément ou ont été radicalement détruits? Et si nous n'en possédons pas, quelle confiance peuvent inspirer des statistiques, qui n'embrassent qu'une période en général assez courte de la vie des malades? Ah! si les statisticiens avaient observé les syphilitiques dont ils parlent depuis l'accident primitif jusqu'à la mort; s'ils avaient noté toutes les péripéties de leur existence morbide abandonnée à elle-même ou traitée par les différents modes des médications spécifiques, etc., etc.; s'ils avaient réuni dans leurs tableaux, supputé et comparé un grand nombre de cas semblables, on serait mal venu de ne pas prendre leurs arguments en sérieuse considération. Mais ce travail a-t-il été fait et pourra-t-on le faire sur une échelle assez vaste pour réduire à néant toutes les objections?

Que voit-on dans la pratique de chaque jour? Des malades (c'est le plus grand nombre), qui guérissent après trois ou quatre poussées d'accidents superficiels, à l'aide d'une médication très-simple, ou même sans son secours; d'autres, dont les manifestations syphilitiques, plus longues, plus profondes, plus nombreuses, ne sont que difficilement domptées par les traitements spécifiques les plus variés, les mieux institués et les plus scrupuleusement suivis; d'autres, chez lesquels la propriété qu'ils possèdent de mettre en œuvre l'action curative des spécifiques, n'est pas incompatible avec une déplorable aptitude à concevoir l'action morbide et à en perpétuer les effets sous forme de poussées sans cesse renaissantes; d'autres enfin (c'est l'exception) qui, par le fait d'un rapide épuisement des forces agissantes et radicales, tombent, après une série d'actions morbides répétées et de réactions salutaires incomplètes, dans un état de marasme sans issue et de cachexie irrémédiable, etc, etc.

et dans un laps de temps donnés, plutôt que de la façon dont on parvient à l'imprégner (1)? (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 1er août 1875, M. Wurtz, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de chimie organique à la Faculté des sciences de Paris.

— Par arrêté en date du 2 août 1875, M. le docteur Gayat a été chargé d'une nouvelle mission à l'effet d'étudier les maladies oculaires de la côte septentrionale de l'Afrique.

(1) Il est plus facile de poser cette question que de la résoudre. Sans nul doute, les effets de l'intoxication hydrargyrique varient suivant que le mercure pénètre de telle ou telle façon dans l'organisme. Les frictions avec l'onguent napolitain ne déterminent-elles pas surtout la salivation, la fièvre mercurielle, la diarrhée, l'eczéma rubrum, tandis que les vapeurs mercurielles, absorbées par la surface pulmonaire semblent concentrer principalement leur action sur les centres nerveux? N'est-il pas excessivement rare d'observer le tremblement mercuriel au début d'un traitement hydargyrique? Le fait cependant peut se produire : les observations de Colson (*Arch. de méd.*, t. XV) le prouvent d'une manière péremptoire. Quant à moi, je n'en ai observé aucun cas chez les sujets hydrargyrisés dans un but thérapeutique.

Mais un syphiliographe éminent, M. le docteur Diday, dans ses leçons si remarquables sur l'*Histoire naturelle de la syphilis*, rapporte quelques cas fort intéressants de tremblement nerveux qui se sont développés sous ses yeux, à la suite de l'administration modérée du mercure, faite soit par lui, soit par d'autres médecins. Une fois le tremblement nerveux survint dès la troisième friction; dans les autres cas le remède était pris à l'intérieur. Quelles proportions n'auraient pas atteintes cet accident nerveux, chez des sujets aussi malheureusement prédisposés, si on les avait soumis à la méthode des fumigations hydrargyriques!...

Quoi qu'il en soit, c'est surtout le mercure cru, le mercure en vapeurs, absorbé par la surface pulmonaire, qui donne lieu à ces graves névropathies toxiques. Van Swieten raconte, d'après un médecin anglais, que le gonflement des gencives et une série d'accidents mercuriels formidables commencèrent trois heures après une fumigation de 1gr50 de cinabre.

Que faut-il en conclure? C'est que l'absorption du mercure par le poumon présente infiniment plus de dangers que l'absorption par la peau, par la muqueuse gastro-intestinale et par le tissu cellulaire. Je ne veux pas ici en rechercher la cause; mais indépendamment de toute idée théorique, ne peut-on déduire de ces considérations un enseignement pratique? Ne doit-on pas, sinon proscrire d'une manière absolue, du moins réserver pour les cas exceptionnels et comme ressource extrême, une méthode d'administration qui ne tient même pas la balance égale entre l'action toxique et l'action thérapeutique d'un médicament, mais qui favorise et aggrave la première sans augmenter positivement la seconde.

Je ne parle, bien entendu, que de la fumigation *complète*, c'est-à-dire avec inhalation des vapeurs mercurielles. Quant à la fumigation incomplète ou sans inhalation, elle est loin d'être aussi dangereuse. C'est une méthode de traitement topique, dont on retire quelquefois de grands avantages.

Pour ne rien omettre, il faudrait rechercher aussi quel est le rôle que joue la sudation, qui se trouve forcément associée à ces deux espèces de fumigations.

— *Concours de l'externat.* — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le jeudi 7 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mercredi 8 septembre jusqu'au samedi 25 du même mois inclusivement.

Pour les places d'élèves, les étrangers peuvent concourir et obtenir des nominations, en satisfaisant aux conditions exigées.

Tout étudiant qui se présente au concours ouvert pour les places d'élèves externes doit être âgé de dix-huit ans au moins et de vingt-six ans au plus.

Il doit produire : 1° son acte de naissance; 2° un certificat de vaccine; 3° un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de la commune où il est domicilié; 4° le certificat d'une inscription, au moins, prise à l'une des Facultés de médecine.

Néanmoins, les étudiants qui se présenteraient sans pouvoir produire encore ce dernier certificat, seront inscrits provisoirement, sous la réserve de justifier de la possession d'une inscription avant la clôture du concours.

Les candidats qui désirent prendre part au concours devront se présenter au secrétariat général de l'administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet, quinze jours au moins avant l'ouverture du concours. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée.

Tout demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne sera point accueillie.

Les extraits de naissance venant des départements, et les certificats délivrés par les médecins ou fonctionnaires étrangers à l'administration de l'assistance publique devront être légalisés.

Avis spécial. — Les candidats qui justifieront de leur engagement volontaire d'un an à partir du 1er novembre prochain, seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Les engagés volontaires qui doivent être libres le 1er novembre prochain, et qui se seront fait inscrire pour prendre part au concours, seront appelés à subir la première épreuve à partir du 12 novembre.

— Le conseil médical d'Angleterre, consulté par le gouvernement britannique sur la question de savoir s'il était bon d'admettre les femmes à l'exercice de la profession médicale, a répondu affirmativement. Il est probable qu'une loi sera présentée dans ce sens dans le cours de la prochaine session du parlement.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hématocèle pelvienne.

Dans le service de M. Laboulbène, à la Pitié, salle Sainte-Thérèse, n° 12, se trouve en ce moment une malade chez laquelle une tumeur, située dans le bassin, a été reconnue pour être une hématocèle.

Le diagnostic de ce genre de tumeur avec les phlegmasies périutérines est souvent assez délicat; mais, dans ce cas, il n'offrait pas de difficultés, tant la marche de la maladie avait été caractéristique.

Le début s'en était montré extrêmement brusque, et il avait coïncidé avec l'arrêt d'un écoulement menstruel, plus abondant que de coutume. Cette femme, âgée de vingt-deux ans, s'était bien portée jusqu'alors. Elle n'avait jamais rien éprouvé d'anormal du côté des organes génitaux, et une grossesse qu'elle avait eue trois ans plus tôt s'était parfaitement terminée. La menstruation avait toujours été chez elle très-régulière: elle perdait beaucoup chaque mois, mais sans souffrance d'aucune sorte, et sans retard ni avance notable.

Cette fois encore, elle n'avait pas souffert; et elle croyait les règles terminées, lorsque tout à coup elle fut prise d'une douleur extrêmement vive dans le bas ventre, avec sensation de brisement dans tous les membres, malaise extrême, tendance syncopale, envies de vomir, vomissements. Elle fut obligée de garder le lit pendant six jours; puis, comme les douleurs abdominales s'étaient apaisées peu à peu, comme les vomissements avaient cessé, sous l'influence, pensait-elle, d'un traitement révulsif, par les vésicatoires, etc., elle se leva, se croyant en convalescence. Le surlendemain, elle constata la réapparition d'un écoulement sanguin; et depuis lors, elle eut ainsi des pertes, généralement modérées, à peu près toutes les semaines. Cependant l'appétit n'était pas revenu; les douleurs, moins fortes que les premiers jours, n'avaient pas entièrement cessé; et la faiblesse générale était grande.

Le 17 juillet, à une date qui correspondait exactement à une époque menstruelle normale, tous les phénomènes du début se représentèrent, plus accentués encore, et la malade dut se faire transporter à l'hôpital.

A ce moment, le toucher révélait, en arrière du col utérin, une tumeur, peu résistante, qui l'embrassait comme un demi-anneau. Cette tumeur devint de plus en plus dure. Aujourd'hui, elle forme un relief demi-circulaire qui, remplissant le cul-de-sac utéro-vaginal postérieur, descend de quelques millimètres plus bas que le col utérin, refoulé en avant et séparé de lui par un sillon profond, mais étroit. On sent dans ce sillon une sorte de bride, formée par un repli du vagin. La malade est pâle, anémiée, sans appétit, sans forces. Elle se trouve beaucoup plus mal qu'avant la dernière recrudescence, ne se lève plus et s'inquiète.

Ainsi brusque début, brusque recrudescence, l'une et l'autre au moment de la menstruation, amélioration relative dans l'intervalle, tumeur rétro-utérine, d'abord molle et fluctuante, puis de plus en plus résistante et dure, ne paraissant d'ailleurs pas s'accroître dans l'intervalle des époques cataméniales: ce sont là des signes qui caractérisent une collection de sang enkystée dans le cul-de-sac utéro-rectal du péritoine.

A l'hôpital de la Charité, M. Bernutz vient de consacrer sa dernière leçon clinique aux hématocèles ou hémorrhagies périutérines. Cette leçon était d'autant plus intéressante que, sur certains points importants, les opinions de M. Bernutz se sont modifiées depuis l'époque où il fit paraître ses premiers mémoires.

Ainsi, maintenant, il admet une classe d'hématocèles sous-périnéales, situées dans le tissu cellulaire du petit bassin, tandis qu'encore, en 1860, dans sa clinique publiée en collaboration avec Goupil, il était loin d'être convaincu de leur existence, et il discutait longuement les observations que Nonat et quelques autres en avaient données.

En effet, la question de ces tumeurs sanguines était connexe à celle des tumeurs inflammatoires périutérines ; et reconnaître leur existence possible dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, c'était presque implicitement reconnaître aussi l'existence possible de vrais phlegmons dans cette même région. Or les remarquables mémoires de MM. Bernutz et Goupil avaient principalement pour but de montrer que souvent on avait confondu avec des phlegmons périutérins des péritonites pelviennes. Il s'agissait de faire rentrer dans la cavité péritonéale la plupart des tumeurs qu'on plaçait en dehors. Aussi fallut-il des faits bien probants, bien concluants, pour que M. Bernutz se résignât à accepter, sur ce point du moins, l'opinion de M. Nonat.

M. Nonat peut se plaindre peut-être qu'on ait été à son égard d'une sévérité qui touche à l'injustice.

Beaucoup de ses observations n'étaient pas suivies d'autopsies, les malades ayant guéri. Il est arrivé qu'il s'était trompé sur le siége habituel de certaines tumeurs, et qu'il n'av ait pas fait une part assez large au péritoine.

Mais il avait toujours libéralement ouvert son service à quiconque y voulait observer. Il apportait même un soin très-grand à habituer au toucher les médecins ou les élèves qui suivaient sa consultation. Il ne craignait pas le contrôle. Il n'évitait pas la contradiction. Il était de très-bonne foi, et ses erreurs n'empêchaient pas ses travaux d'être sérieux.

Dans ce qui lui appartient en propre de son *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes* (1), on reconnaît le médecin observateur. A ce point de vue, les quelques chapitres dont il s'agit sont infiniment supérieurs aux chapitres correspondants de M. Courty (2).

Qu'on prenne, par exemple, l'article *hématocèle* dans l'un et l'autre de ces ouvrages, et l'on verra quelle différence, toute à l'avantage de M. Nonat.

M. Courty a le défaut d'un grand nombre d'auteurs d'ouvrages didactiques. Il décrit trop facilement ce qui lui semble devoir être en théorie, au lieu de s'astreindre à représenter ce qui est en fait. Les praticiens apprendront peu dans cet espèce de manuel, excellent pour les examens. La physionomie des maladies, leurs caractères fondamentaux, leur marche habituelle, etc., n'y sont pas assez mis en lumière. On sent trop souvent le travail de cabinet là où l'on voudrait trouver l'observation clinique.

N'est-on pas allé d'abord bien trop loin dans la réaction que MM. Bernutz et Goupil avaient provoquée contre les idées de M. Nonat?

Cela nous paraît incontestable. Aussi les auteurs les plus récents et les plus recommandables ont-ils soin de choisir des expressions conciliatrices.

Ils n'aiment pas, dans le doute, à dire qu'une tumeur périutérine doit être une péritonite, ni qu'elle doit être un phlegmon. Ils tournent la difficulté en employant les mots *périmétrite*, ou *inflammation périutérine*. M. Courty se sert du dernier terme, et Robert Barnes, du premier.

Barnes est certainement un auteur qu'on ne saurait trop recommander aux pratriciens, son *Traité clinique des maladies des femmes*, qui vient de paraître, traduit de l'anglais par le docteur Cordes, et revu, corrigé, augmenté par l'auteur, est très-sagement pensé, très-clairement écrit, rempli de vues originales.

C'est là que l'on pourra trouver le résumé le mieux fait des connaissances actuelles au sujet de l'*hématocèle pelvienne*.

Sur les points les plus importants, M. Barnes est d'accord avec M. Bernutz. Ainsi il admet avec lui que la cause la plus fréquente de ces tumeurs est le reflux du sang menstruel à travers la trompe.

« Sans doute, dit-il, une exsudation abondante de sang à la surface de la muqueuse utérine et tubaire, se traduisant au dehors par une métrorrhagie, est un des faits les plus constants de l'histoire de cette affection. Quand la quantité de sang extravasé est trop abondante pour pouvoir s'échapper aisément par le vagin, il est facile de comprendre qu'il en peut passer par les trompes. Le mécanisme de ce mouvement rétrograde est probablement le même que celui par lequel j'ai expliqué la progression des liquides injectés dans l'utérus, le long des trompes : l'utérus, brusquement irrité par l'arrivée d'une quantité de sang trop considérable pour sa tolérance, se contracte spasmodiquement, et le sang liquide est expulsé par ses trois orifices. Cette vue est confirmée par l'histoire des cas. Le début de l'hématocèle est souvent marqué par une forte émotion, une secousse physique, qui produisent un raptus sanguin vers les organes pelviens, suivies de coliques utérines aiguës, puis d'une douleur plus diffuse. La théorie du reflux de Bernutz est tout à fait semblable à la mienne (1). »

On pourrait s'en tenir à cette explication étiologique pour l'hématocèle observée dans le service de M. Laboulbène; mais peut-être ce fait appuyerait-il plutôt la théorie de M. Gallard, dont nous parlerons une autre fois.

(1) Seconde édition, publiée avec la collaboration de M. le docteur Linas, 1874. — Paris, Adrien Delahaye.

(2) *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, par A. Courty, professeur de clinique à la faculté de Montpellier. — Paris, Asselin.

Le bruit de galop du cœur dans la néphrite interstitielle. — Les bruits de souffle dans l'anémie.

A propos d'une malade que l'évacuation momentanée d'une salle de l'hôpital Necker a fait passer de son service dans le service, voisin, de M. Laboulbène, M. Potain a exposé une ingénieuse théorie sur un phénomène stétoscopique observé par lui dans la néphrite interstitielle.

Il s'agit d'un *bruit de galop* du cœur. C'est-à-dire qu'en auscultant, au lieu d'entendre seulement deux bruits, on entend distinctement trois bruits, dont un, plus sourd, presque immédiatement avant la systole.

Que peut être ce troisième bruit, et pourquoi se manifeste-t-il, indépendamment de toute lésion, de toute affection propre du cœur, chez ceux qui sont atteints de la maladie rénale indiquée plus haut?

D'abord M. Potain suppose que ce bruit supplémentaire répond à la contraction des oreillettes. Voici comment les choses se passent, suivant lui.

On a constaté depuis longtemps que la tension intra-artérielle augmentait dans la néphrite interstitielle. Ceci s'explique par les altérations qu'on trouve en pareil cas dans le système capillaire, non-seulement du rein, mais aussi des autres organes.

Or une diminution de la tension intra-veineuse répond toujours à une augmentation de la tension intra-artérielle. Le sang retenu dans les artères ne se presse pas dans les veines.

Il est donc permis de poser en fait que la pression intravasculaire diminue dans le système veineux des sujets affectés de ce genre de néphrite.

Le sang est donc poussé moins vite et moins énergiquement par la *vis-a-tergo* et le ventricule en diastole serait resté à moitié plein, une systole énergique de l'oreillette ne venait pas précéder sa propre systole.

Cette systole de l'oreillette, qui dilate subitement le ventricule, devient sonore par cela même; tandis que si le ventricule était déjà d'avance à peu près rempli, la contraction de l'oreillette devrait passer inaperçue.

Cette interprétation d'un bruit supplémentaire est assez séduisante, d'autant plus que ce bruit est loin d'être constant chez le même malade. Il suffit, par exemple, pour le faire disparaître que la systole se fasse attendre davantage, que le grand silence se prolonge. En effet, alors le ventricule a le temps de recevoir tout le sang qu'il lui faut avant que survienne la contraction de l'oreillette.

Il reste maintenant à savoir si ce bruit de galop est bien, en effet, propre à la néphrite interstitielle, s'il ne se rencontre jamais dans d'autres affections.

En pure théorie, on serait enclin à supposer que des conditions d'affaiblissement de la tension intra-veineuse tout à fait

(1) *Traité clinique des maladies des femmes*, par Robert Barnes, etc. — 1876. — Paris, Masson.

semblables doivent pouvoir se réaliser sous l'influence d'autres causes.

Mais la théorie doit se taire en présence de la clinique. A l'observation seule de juger en dernier ressort.

— A propos de bruit du cœur, je dois encore appeler l'attention sur le peu de valeur réelle des bruits de souffle dits anémiques dans le diagnostic de l'aglobulie.

Ces bruits sont essentiellement capricieux et passagers : M. Potain l'a constaté pour les bruits de souffle vasculaire, comme moi et bien d'autres, nous l'avons constaté mainte et mainte fois pour le souffle qui siége à la base du cœur.

J'ai remarqué en outre qu'en général ce souffle cardiaque, chez les anémiques, par exemple chez des hommes débilités par le jeûne, les privations ou la mauvaise nourriture, coïncidait le plus souvent avec quelque point névralgique siégeant dans le voisinage du cœur, ou avec une sensation d'oppression cardiaque nerveuse. Si la névralgie se déplaçait, si elle se portait à la tête, ou dans le nerfs de la légion lombaire, ou si la névrose prenait une autre forme, le bruit de souffle, quelquefois si bruyant naguère, disparaissait souvent complétement.

On peut donc dire que l'aglobulie prédispose à ces bruits de souffle comme à toutes les névroses, à toutes les névralgies, mais non point qu'elle en est la cause efficiente et directe.

Dr Victor REVILLOUT.

QUELQUES MOTS

SUR LES MANIFESTATIONS RHUMATOIDES DE LA BLENNORRHAGIE

Par M. le docteur QUINQUAUD.

Le médecin doit aujourd'hui employer les mêmes méthodes que les physiciens et les chimistes, puisque les fonctions ou phénomènes dits vitaux ne sont que le résultat de propriétés de nature physique et chimique; les conditions de développement de ces phénomènes étant seules différents dans la matière brute et dans la matière organisée; parce qu'enfin, dans cet ensemble que l'on désigne sous le nom de maladie, il n'y a rien de connu jusqu'ici qui ne puisse rentrer dans le cadre des lois physiques et chimiques.

Il faut que les recherches médicales soient dirigées dans ce sens; je crois, en effet, que les progrès de la médecine sont à ce prix.

Dans ce premier travail, qui est écrit depuis 1870, nous nous servirons surtout de l'observation clinique classique.

Mais, pour démontrer l'utilité des méthodes plus directement physico-chimiques, nous analyserons dans un autre mémoire nos recherches sur les altérations humorales dans la blennorrhagie, dans la dysentérie, etc., maladies que nous avons déjà étudiées à d'autres points de vue.

De cette manière nous aurons analysé, en nous conformant aux données de la science actuelle, les effets de la maladie à l'aide de méthodes, variées toutes physico-chimiques.

Mais il restera à connaître les conditions de genèse de ce phénomène complexe qu'on appelle la maladie. Ici il faudra porter nos investigations, à l'*aide des mêmes méthodes*, dans deux sens différents : 1° du côté de l'organisme vivant; 2° du côté du milieu qui l'entoure. Ce dernier côté de la question ne sera publié que plus tard.

§ 1er.

Tous les auteurs qui ont vu une corrélation intime entre la chaude-pisse et le rhumatisme ont appliqué ce nom à toute affection articulaire survenant dans le cours d'une blennorrhagie, tout en rejetant la possibilité d'une coïncidence.

Il en est résulté un hybride qui tient de la nature du vrai rhumatisme et de la nature de la blennorrhagie; de vrais rhumatismes ont été méconnus et désignés sous le nom de rhumatismes blennorrhagiques : telle a été l'exagération.

Néanmoins il reste encore debout une manifestation de la blennorrhagie, localisation qui n'est point du rhumatisme, mais qui en présente certaines apparences.

Ce sont ces lésions articulaires fixes subaiguës, envahissant le plus souvent une seule, deux, trois articulations; avec un très-léger mouvement fébrile, quelquefois à peine marqué.

Certes on compte beaucoup d'observations : ce sont peut-être les plus nombreuses, où existe du rhumatisme articulaire influencé par la blennorrhagie : ce sont ces formes d'arthrites à peu près semblables à celles du rhumatisme ordinaire, mais qui, vers la fin, *se localisent sur une seule articulation, ou bien le rhumatisme s'éternise, parfois même il devient chronique.*

Dans ces cas on trouve l'hérédité comme cause : cliniquement il y a des sueurs, de la fièvre, des localisations cardiaques, tout cela coexistant avec une blennorrhagie.

La preuve que, dans ces circonstances, il s'agit bien d'un rhumatisme modifié, c'est que : cette forme de rhumatisme se rencontre assez souvent au moment où l'on voit apparaître un grand nombre de rhumatismes vrais, où l'on en reçoit dans les salles d'hôpital; dans ces conditions on voit des rhumatismes blennorrhagiques; il est même possible que celle-ci ait joué un certain rôle dans l'étiologie; en tout cas elle le modifie dans sa forme.

A certaines époques de l'année se développent beaucoup de vrais rhumatismes, c'est un fait vulgaire; et, en automne alors, les rhumatismes sont suraigus, aigus, ou subaigus, quelquefois même ils envahissent une ou deux articulations; mais la localisation est *fugitive : elle est mobile, changeante, disparaît pour reparaître.* Il n'y a pas d'arthrites tenaces, fixes, ou si les douleurs persistent, ce qui est fréquent, ce sont des arthropathies sans lésions locales appréciables des jointures.

Mais quand il y a coexistence de la blennorrhagie, il peut arriver :

1° Que le rhumatisme suive la marche ordinaire;

2° Que le rhumatisme se localise pendant un certain temps sur une ou plusieurs jointures, avec ou sans affections cardiaques;

3° Que le rhumatisme persiste longtemps, avec des douleurs articulaires plus ou moins intenses;

4° Que le rhumatisme devienne chronique avec des poussées de temps à autre.

Dans le premier cas, je dis que la blennorrhagie a été sans action sur la marche de la maladie, et qu'au contraire elle a agi dans les autres circonstances.

C'est un fait d'expérience, que le clinicien connaît très-bien; il voit, en effet, des malades qui présentent des arthrites généralisées, mobiles, une teinte anémique rapide avec des sueurs profuses, en un mot des individus qui offrent la physionomie des rhumatisants; puis tout cesse, bien qu'ils conservent encore pendant quelque temps des douleurs vagues dans les jointures; mais s'il y a coexistence d'une blennorrhagie, alors la manifestation rhumatismale *se fixe à une seule jointure,* quelquefois à deux, et là y produit des lésions multiples, dont le dernier résultat est quelquefois l'ankylose, si l'on n'intervient point.

Ordinairement nous ne voyons pas non plus les jointures être le siége d'arthrites se prolongeant pendant des mois; c'est néanmoins ce qui arrive *souvent* quand il y a coexistence de blennorrhagie.

D'ailleurs, dans tous ces cas, la blennorhagie n'a qu'une part secondaire dans ces localisations; le plus souvent on retrouve soit des antécédents rhumatismaux dans la famille, soit des attaques antérieures d'arthrites rhumatismales; ici les lésions cardiaques sont la règle et suivent la loi de M. Bouillaud.

Pour moi, il existe deux formes de la localisation arthropathique de la blennorrhagie.

1° La forme arthralgique qui comprend les cas où le malade accuse une douleur plus ou moins vive, mais sans aucune modification appréciable des jointures : elle est ordinairement *multiple*.

2° La manifestation monarticulaire ou polyarticulaire sans mobilité, tenace, sans peu ou point de sueurs, avec tendance à des lésions organiques de l'articulation.

Dans ces deux cas, les lésions cardiaques sont l'exception.

La dernière variété est la forme classique du rhumatisme blennorrhagique.

3° Enfin il existe des exemples d'arthropathie blennorrhagique avec érythème noueux.

Je ne parlerai point ici des rhumatismes vrais, modifiés par la blennorrhagie.

Ce sont ces cas de rhumatismes mixtes qui offrent la même physionomie que le rhumatisme ordinaire, mais qui peuvent présenter à un certain moment une localisation persistante sur une seule jointure, ou qui prennent une marche chronique ou une forme subaiguë.

Ce sont là des cas dont l'interprétation est des plus difficiles.

PREMIÈRE FORME

Arthralgie blennorrhagique.

Il s'écoule presque toujours un laps de temps assez long entre l'apparition des douleurs et le début de la blennorrhagie (dans l'observation I, il y a eu deux mois; dans l'observation II, un mois et demi).

Toutes les articulations peuvent être le siége de sensations douloureuses.

La douleur est tantôt vive, lancinante; d'autrefois compressive, contusive; assez souvent, surtout aux poignets, elle offre un caractère spécial : le malade éprouve du malaise, un sentiment pénible, agaçant, dans les jointures.

Quelquefois elle présente une légère exacerbation la nuit (v. obs. I).

Elle ne s'accompagne jamais de gonflement; on ne constate pas de craquements; les fonctions des membres sont toujours faciles: dans quelques cas ils sont plus difficiles; après la marche les douleurs sont plus vives.

Assez souvent on constate de la myosalgie, de la ténosite.

Avant la manifestation rhumatoïde il existe assez souvent un léger mouvement fébrile.

Dans l'observation II, où nous avons assisté au début de la maladie, nous voyons que là température est à 38° 2, 38 degrés.

Le soir où apparaissent les douleurs, il y a des sueurs très-modérées, et la température est à 37° 9. Le 21 le thermomètre monte à 38° 6, le soir quelquefois à 39 degrés. Mais le 25 mars les douleurs diminuent. Alors la chaleur tombe à 37° 2; le soir, le malade est presque guéri, bien qu'il conserve encore quelques douleurs.

Il n'en est pas toujours ainsi, et la température peut très-bien ne pas dépasser 37° 7 et ne s'éloigner guère du taux physiologique.

Le pouls correspond à la température, pouvant atteindre 94 et tomber à 72. En résumé, la température ne s'exaspère guère qu'au début, vingt-quatre heures, trente-six heures avant les douleurs articulaires, puis à certains moments la chaleur s'accroît un peu, au moment des oscillations diurnes. Cette augmentation de la température est passagère.

Voici des observations qui se rapportent à ces variétés.

Obs. I. — *Blennorrhagie. — Arthralgies multiples. — Myosalgie.*

D..., vingt-cinq ans, marchand de vins, est entré le 24 décembre, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Augustin, n° 1.

Étant jeune, à sept ans, il paraît avoir eu des croûtes dans les cheveux, avec engorgement sous-maxillaire, probablement un eczéma du cuir chevelu de nature scrofuleuse; à dix ans, il eut deux fois un érysipèle à la face, Depuis cette époque la santé du malade a toujours été bonne; jamais de rhumatisme.

Il raconte que cinq jours après un coït suspect qu'il avait pratiqué vers le 20 août, il s'aperçut d'une goutte purulente au méat urinaire. Une quinzaine après, sentant une douleur dans le testicule droit, il consulta : une orchite était déclarée; il ne remarqua pas que l'écoulement se fût modifié sous l'influence de l'orchite.

Du 25 août au premier jour de décembre, il a pris de la poudre de cubèbe, il a fait des injections astringentes. L'écoulement a persisté malgré le traitement et continue encore aujourd'hui bien qu'il soit très-léger.

Il y a deux mois il ressentit de la douleur dans le genou gauche, quinze jours après il souffrait aussi du droit; il n'y a jamais eu de gonflement ni d'un genou ni de l'autre. De plus ces douleurs avaient un caractère mal défini, elles s'exaspéraient la nuit pour se modérer pendant le jour. Depuis trois semaines il souffre dans les coudes et surtout dans les genoux, mais ces douleurs n'ont jamais été vives; il n'y a pas eu de gonflement ni de rougeur; on lui a prescrit le repos, il ne paraît pas avoir eu de fièvre.

Le 24 décembre, son pouls est normal au sphygmographe.

25 décembre. — P. 60, T. R. 37° 7, les genoux seulement sont un *peu sensibles à la pression* : blennorrhagie légère, quelques taches purulentes sur la chemise; un peu d'hypospadias; il existe encore un peu d'induration dans l'épididyme droit.

5 janvier. — Pléiade ganglionnaire des deux côtés très-manifeste; engorgement des ganglions cervicaux postérieurs; jamais de laryngite.

Point de gonflement des articulations, point de craquement pendant les mouvements; sensibilité à la pression dans les *muscles des mollets et adducteurs de la cuisse*; douleur diffuse dans les *muscles des bras* près de l'épaule (myosalgie), pendant la marche, la douleur semble diminuée pour augmenter après le repos. Le malade marche assez bien, mais il accuse de la faiblesse qu'il attribue au séjour prolongé du lit. Pas de céphalalgie.

A la région cervicale moyenne, derrière le bord du sterno-cléido-mastoïdien, on rencontre une cicatrice provenant de l'ouverture, il y a six moins, d'un abcès : à cette époque il aurait été soumis au traitement par l'iodure de potassium.

Il dit n'avoir jamais eu ni plaie aux membres, ni affection cutanée, on rencontre cependant un léger prurigo généralisé avec des points d'acué à la partie postérieure du thorax ; jamais de mal de gorge.

8. — Peu de sommeil. Les douleurs dans les épaules et aux genoux sont moins vives. Rien au cœur. Il quitte l'hôpital à la fin de janvier, presque complétement guéri. *(A suivre.)*

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement arsénico-ferrique (1).

Par M. le docteur CALOTTI,
Président de l'Association locale des médecins de la Corse.

Obs. IV. — *Anémie avec semi-aphonie.* — Une dame, âgée de trente ans, pour laquelle nous avons été appelé en consultation, se

(1) Fin. — Voir le numéro du 31 juillet.

plaint surtout d'une semi-aphonie. L'examen de l'appareil vocal avec le laryngoscope, ne révèle aucune lésion locale.

L'auscultation permet de constater un boursouflement dans les diramations bronchiques.

Cette dame est nourrice de son quatrième enfant; sa constitution est loin d'être robuste et la peau du visage est d'une blancheur presque diaphane. Le pouls est lent, le volume du cœur semble diminué, mais il bat avec célérité à la suite de la moindre émotion. Sa sensibilité est tellement exagérée que le moindre bruit, le vol d'une mouche suffit pour la faire tressaillir.

Les fonctions de l'appareil digestif sont languissantes.

On avait admis d'abord l'existence d'une irritation catharrale dans la trachée et les grosses diramations bronchiques. Des vésicatoires avaient été appliqués, et l'on avait remarqué, me dit-on, que la voix semblait s'être rapprochée de son timbre normal.

Il nous sembla que l'on avait à traiter une véritable anémie, précédée ou s'accompagnant d'une excessive sensibilité. Nous n'eûmes pas de peine à faire accepter les dragées Dominique, pour remplir la double indication de tonifier l'estomac et modifier la composition du fluide sanguin.

Quant à l'exaltation de la sensibilité, elle nous semblait la conséquence de la faiblesse générale et non, comme on l'avait supposé, un indice d'hystérie.

En effet, après l'administration de quatre dragées par jour, pendant deux semaines, la semi-aphonie a cessé, l'appétit est assez bien prononcé, les digestions régulières. Le visage a repris sa couleur naturelle; les troubles nerveux n'ont pas reparu, et Mme C... se maintient jusqu'à présent — deux mois après la cessation du traitement — dans un bon état de santé.

Obs. V. — *Anémie.* — Mme D... est âgée de cinquante-deux ans et a cessé d'être réglée depuis plus de dix ans.

Sa taille est bien au-dessus de la moyenne; mais elle n'a jamais eu de l'embonpoint et a donné le jour à trois enfants.

Une bronchite chronique, dont on eut de la peine à la guérir en 1864, a été la seule maladie sérieuse dont elle eût eu à souffrir. Elle n'avait jamais recouvré l'intégrité de ses forces. Plus tard, une affliction profonde et prolongée, à cause de la mort d'un gendre et d'une fille, avaient aussi contribué à l'affaiblir. Il y a un an environ, elle a subi une opération douloureuse pour l'extraction d'une espèce de polype implanté sur le museau de tanche.

Elle semblait néanmoins assez bien rétablie lorsque, dans le mois d'avril dernier, elle accuse des douleurs vagues à la poitrine, une extrême faiblesse accompagnée d'œdème aux jambes.

Cette dame, très-dévouée à ses petits enfants, orphelins de père et de mère, a besoin de déployer de l'activité et était dans un profond désespoir, se voyant condamnée à demeurer inactive. Elle était, du reste, convaincue que l'appareil pulmonaire était le siége d'une lésion profonde.

Je n'éprouvai aucune difficulté à la convaincre du contraire, après l'avoir auscultée, je n'avais à traiter qu'une anémie simple des plus nettement caractérisées.

En effet, dès les premiers jours de l'administration des dragées Dominique, l'appétit se fit sentir. La malade put digérer les viandes rôties, et l'on n'avait encore cessé l'administration des dragées, que déjà Mme D... avait repris avec activité et entrain ses occupations habituelles. Cet état satisfaisant se maintient encore. Le nombre des dragées administrées n'a pas dépassé quarante.

Je pourrais ajouter d'autres observations à celles qui précèdent. Mais les faits constatés me semblent suffisants pour établir l'action curative des dragées Dominique de Vals dans les cas analogues à ceux dans lesquels je les ai employées.

Je n'essayerai pas d'expliquer leur action physiologique; ce soin incombe à ceux qui ont eu l'occasion de faire un long usage de la préparation. Il me semble entrevoir qu'elles pourront être employées avec succès pour combattre d'autres maladies que celles pour lesquelles je les ai administrées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 août 1875. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. le secrétaire général annonce qu'il a reçu de Mme veuve Huguier l'ampliation de l'acte de donation de 1,000 francs de rente qu'elle a fait en faveur de la société de chirurgie, accompagné du titre de cette rente. Mme Huguier, qui avait, dès l'année dernière, payé par anticipation une année de cette rente, envoie néanmoins le titre avec tous ses coupons, alléguant que la société a dû avoir un surcroît de dépenses considérable par suite du nouveau mode de publication de ses travaux. C'est donc une nouvelle générosité de sa part dont la société lui témoigne publiquement toute sa gratitude, dont l'expression lui sera transmise par une lettre de remercîments.

M. Halvin (du Mont-Dore), adresse un mémoire sur *l'irrigation naso-pharingienne.*

M. Armengaud envoie un rapport fait à la société de médecine de Bordeaux, intitulé : *Bordeaux est-il menacé de la fièvre jaune?*

M. Cras, chirurgien de marine, écrit une lettre par laquelle il réfute les appréciations émises par M. Blot dans une des dernières séances, sur un appareil qu'il avait présenté. M. Blot remercie l'auteur d'avoir donné dans cette lettre des détails qui n'existaient ni dans ses observations, ni dans le rapport dont elles étaient l'objet, et retire dès lors ce que ses appréciations avaient pu avoir de sévère.

M. Périer dépose une observation de M. le docteur Mouchez, de Sens, intitulée : *Hydrorarchies au niveau des vertèbres lombaires; ponction et ligature élastique; guérison.* (Commis. : MM. Polaillon, Desprès, Périer).

LECTURE

M. Philippe (de Vincennes) donne lecture d'une note intitulée : *Relation de trois observations de fractures, de cuisse, de rotule et de jambe traitées par la boîte-gouttière à suspension; guérison*, et présente le modèle de l'appareil qu'il a employé.

Cette note est renvoyée à une commission déjà nommée pour faire un rapport sur les travaux de M. Philippe.

COMMUNICATION

M. Farabeuf fait une très intéressante démonstration *sur le mode de production de la luxation métacarpo-phalangienne du pouce en arrière et de son traitement*, en partant de ce principe que, *dans la luxation du pouce en arrière, la phalange n'est rien, les os sésamoïdes sont tout.* (Commiss. : MM. Desprès, Duplay, Tillaux.)

LECTURE

M. Marjolin donne lecture d'un mémoire sur la *Contusion chez les enfants*, étude comparative des résultats obtenus, faite d'après les observations recueillies par lui à l'hôpital des Enfants-Malades, et d'après la statistique officielle des hôpitaux. Cette étude a été faite pour l'édification de la commission nommée pour examiner la question du traitement des enfants en ville et à l'hôpital. M. Marjolin fait ressortir avec raison tous les dangers du traitement en ville et les nombreux avantages, malgré quelques inconvénients, du traitement à l'hôpital. L'auteur insiste pour que les documents qu'il apporte soient publiés dans les *Bulletins* de la société.

M. Desprès ne conteste pas les faits invoqués par M. Marjolin, mais il pense que ces faits sont des exceptions.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. Panas présente un malade atteint d'ectropion qu'il a opéré par une méthode nouvelle, dont le résultat a été satisfaisant.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 mai 1875 (1). — Présidence de M. Gallard.

M. Mauriac termine la lecture de son rapport :

XIII

Je ne veux pas, messieurs, m'étendre plus longuement sur ce sujet. Qu'il me suffise de vous dire, en terminant, que si les fumigations, sous la forme mitigée où on les emploie aujourd'hui, peuvent rendre des services qu'on aurait tort de dédaigner, elles sont loin d'être dignes du rôle capital que quelques médecins voudraient leur donner dans la thérapeutique de la syphilis. Fussent-elles bien plus actives qu'elles ne le sont, elles auront toujours contre elles l'embarras, la difficulté de leur application. Elles resteront à l'état de méthode exceptionnelle, expérimentale et satellite d'autres médications plus simples, plus puissantes, d'un maniement plus facile et d'un dosage plus calculable.

Néanmoins nous sommes heureux qu'un observateur aussi habile et aussi prudent que M. le docteur Horteloup, ait bien voulu les expérimenter dans son service, et votre commission a l'honneur de vous proposer :

De lui adresser des remercîments et de le nommer membre titulaire de la Société de médecine de Paris.

DISCUSSION

M. Boinet. Notre collègue rapporte que le traitement par les fumigations a été très-anciennement employé chez nous et a fourni de bons résultats; mais, sans remonter aussi loin, on se rappelle avoir vu à l'hôpital Saint-Louis cette boîte à fumigations qui, mal close, avait l'inconvénient d'agir sur les infirmiers, qui ne tardaient pas à présenter des signes de mercurialisme. D'ailleurs il est facile de prouver que la peau saine absorbe en considérant l'effet des frictions mercurielles. D'autres médicaments aussi s'absorbent directement par la peau. Ainsi il m'est arrivé de placer sur la main un peu d'iode à l'état métallique que je recouvrais d'un verre de montre touchant exactement la peau par ses bords. Après cinq minutes, les urines examinées contenaient de l'iode.

M. Lunier. Il est un élément de la question qu'il ne faut pas négliger, c'est la sudation qui est un moyen d'activer l'absorption des médicaments.

M. Mauriac partage les idées de M. Boinet, en faisant remarquer qu'aujourd'hui, comme on fait respirer aussi les fumigations, le poumon doit avoir dans l'absorption un rôle plus important que la peau.

M. Gillebert Dhercourt père. Je ne crois pas que l'absorption par la peau puisse se faire pendant la sudation. Ce sont là deux fonctions opposées qui ne peuvent être exercées en même temps par le même organe. Seulement, la sudation produit une sorte de *cura famis* très-favorable à l'absorption par les voies respiratoires. Ainsi après avoir visité, à Crest, la salle où l'on donnait des bains de vapeur térébenthinés dans des boîtes mal closes, je pus, après un séjour assez court, constater que mes urines offraient l'odeur caractéristique. Je suis donc convaincu que c'est par les voies respiratoires que les malades placés dans les boîtes à encaissement absorbaient les vapeurs résineuses.

M. Lunier. Je n'ai pas parlé de la peau, j'ai voulu dire que la sudation active l'absorption des médicaments que l'on donne par l'estomac.

M. Forget. Il y a là une question à élucider, à savoir s'il est nécessaire de faire suer pour faire absorber par la peau, car, si cela est inutile, il est dangereux de pousser trop loin la sudation dont l'effet débilitant deviendrait nuisible. D'autre part, on voit des syphilis qui ne guérissent que dans une atmosphère produisant une espèce d'épuration en activant les fonctions de la peau.

M. Mauriac. Il faut tenir compte et de l'action médicamenteuse et de l'épuration produite par la sueur; mais la part respective qui revient à chaque moyen, en ce qui touche l'effet curatif, est difficile à déterminer ainsi que la proportion de l'absorption par le poumon et par la peau.

M. de Ranse. L'expérience peut se faire sur deux séries de malades qui seraient soumises l'une à la sudation simple, l'autre aux fumigations.

M. Mauriac. La difficulté serait de trouver des malades arrivés exactement au même point.

M. de Ranse. On prendrait alors les mêmes malades.

M. Delasiauve. Les fumigations agissent aussi comme topiques sur les manifestations syphilitiques extérieures.

M. Mauriac. Il faut, en effet, tenir compte de cette action, ce qui fait que le traitement par les fumigations possède trois modes d'actions : 1° action topique; 2° absorption; 3° sudation.

M. le Président. Le mémoire de M. le docteur Horteloup ainsi que le rapport de M. le docteur Mauriac seront envoyés au comité de publication. Le nom de M. Horteloup sera porté sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société de médecine de Paris.

M. de Ranse lit un rapport sur la *Fusion des sociétés* (1). Après quelques paroles échangées entre MM. Forget, Boinet, Lunier et de Ranse, la discussion, seules conclusions du rapport, est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Gillebert Dhercourt.

(1) Fin. — Voir les numéros des 15, 31 juillet et 5 août.

(1) Voir le numéro du 29 mai.

CORRESPONDANCE

Brest, le 1er août 1875.

Monsieur le rédacteur et très-honoré confrère,

En revenant à Brest après une absence que je viens de faire pour me rétablir d'une longue et douloureuse maladie, je me suis empressé d'ouvrir la *Gazette des Hôpitaux*, et j'ai lu, avec surprise, une lettre de M. le docteur Chauvel. Cette lettre ne répond nullement aux articles que j'ai publiés dans les numéros du 8 et du 13 juillet 1875 de votre estimable journal.

J'ai rectifié des textes, j'ai exprimé des opinions basées sur des faits pratiques : la lettre de M. Chauvel renferme, au contraire, certaines assertions dénuées de preuves, et des personnalités, à mon adresse, qui ne devraient jamais trouver place dans un débat purement scientifique : je passe outre.

Il n'y a matière ici à aucune polémique, et je me borne à vous prier, monsieur le rédacteur, de vouloir bien insérer dans la *Gazette des Hôpitaux* les lignes qui suivent :

M. Chauvel parle d'une modification qu'il a faite au procédé de M. Duval pour l'amputation de la jambe au lieu d'élection. Il est certainement permis à tout chirurgien de modifier tel ou tel procédé; cependant j'objecterai, *à mon tour*, à M. Chauvel que le bord interne de ses lambeaux *est mal placé*, et que son incision a l'inconvénient, pour ne pas dire plus, de porter sur la face interne du tibia.

M. Chauvel a condamné, dans un article d'un dictionnaire *pratique*, les procédés à deux lambeaux pour l'amputation dont il s'agit, et, par conséquent, le procédé de M. Duval. Je me suis efforcé, dans mon travail, de prouver, d'après ce que *j'ai vu sur le vivant* (onze fois au moins), que les objections étaient exagérées ou n'étaient pas fondées.

J'use, en un mot, du droit de légitime défense à l'égard d'un procédé que j'ai adopté, comme beaucoup de praticiens, et M. Chauvel se fâche!

Il préfère la méthode circulaire, et sans doute par le procédé qu'il a décrit : libre à lui ; mais qu'il nous accorde la liberté de préférer un procédé différent.

Rappelons, en passant, que M. Chauvel me gratifie du titre honorable de chirurgien de la marine ; or j'ai cessé de l'être depuis

vingt-trois ans. Il a complétement oublié ce qu'il écrivait, en 1873, à l'occasion de la méthode elliptique de M. Duval (amputation sus-malléolaire) :

« Les récentes commmunications de *MM. de Léséleuc et Caradec, médecins de l'hôpital civil de Brest, ont démontré toute la valeur de cette* méthode. » (*Méthode sur les amputations partielles du pied et de la partie inférieure de la jambe*, page 107. Paris, 1873.)

J'éprouve quelque embarras, je l'avoue, pour répondre sur un ton sérieux à la péroraison sentencieuse de mon jeune confrère : il le faut cependant.

M. Chauvel sait parfaitement : 1° que je ne suis pas le seul *parrain* de M. Duval, mais qu'il compte une série de *parrains* (1), et moi, par conséquent, une série de collègues en ce genre ;

2° Qu'il n'est nullement besoin de plaidoyers passionnés ou non, la cause est gagnée, depuis des années, de par la pratique et l'expérience, non-seulement en faveur du procédé pour l'amputation de la jambe, mais de bien d'autres procédés.

Enfin M. Chauvel, qui croit donner des leçons de calme aux autres, pourra lire ou relire, avec quelque fruit peut-être, la phrase suivante de mon dernier article :

« Loin de moi la pensée de blâmer s partisans de la méthode circulaire, qui peut revendiquer, à juste titre, des noms célèbres.... »

Veuillez agréer, etc. TH. CARADEC, D. M. P.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 3 août 1875, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Quesnoy, médecin principal de première classe ; 36 ans de service ; 18 campagnes ; officier de 18 mai 1855.

Au grade d'officier : MM. Fretin (Léon-François-Isidore), médecin-major de première classe ; Buthod (Louis), médecin-major de première classe ; Fontaine (André), pharmacin-major de première classe.

Au grade de chevalier : MM. Porte (Jean-Charles), Dagnenet, Bleicher, Arnaud (François), Bertelé, médecins-majors ; MM. Tricot, Bouillard, pharmaciens-majors.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Bochefontaine, est nommé préparateur de pathologie comparée et expérimentale, en remplacement de M. Carville, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Dubreuil (Henri-François-Alphonse), agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de clinique chirurgicale.

— *Collége de France.* — M. Ogier (Jules), licencié ès sciences, est nommé préparateur de la chaire de chimie organique, en remplacement de M. Barbier, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — M. Carlet (Joseph-Gaston), docteur ès sciences, est nommé professeur de zoologie.

— *École de médecine de Besançon.* — M. le docteur Chapey, chef des travaux anatomiques, est institué suppléant pour les chaires de pathologie externe, de clinique chirurgicale et d'accouchements, pour une période de six années.

— *École de médecine de Lille.* — M. Castiaux, docteur en médecine, est institué suppléant de pathologie externe, pour une période de six années.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Livon (Charles-Marie), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et physiologie, pour une période de six années.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Gaultron de la Bâte (Ferdinand-Louis-Alexandre) est institué suppléant pour la chaire de pathologie externe, pour une période de six années.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur la phthisie pulmonaire au point de vue du traitement. — In-8° de 103 pages. Prix : 3 francs. — Paris, 1875. — G. Masson.

Contribution à l'étude du traitement du bec-de-lièvre double compliqué, par le docteur G. PETIAU. — In-8° avec 3 planches. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Du traitement chirurgical des pauvres à domicile. Mémoires présentés à M. le directeur de l'Assistance publique par la Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris. — In-8° de 75 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1875, J. B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

(1) Je crois devoir rappeler ici ce que j'écrivais le 13 juillet de cette année (page 623 de la *Gazette des Hôpitaux*) :

« Les procédés de M. Duval ont été adoptés par plusieurs médecins civils et par un grand nombre de médecins de la marine, *dont la liste est heureusement trop longue pour être insérée ici* (Voir *Tribune médicale*, octobre 1874, n° 321). » — « Le total général des amputations pratiquées d'après ses procédés s'élève aujourd'hui à 208 : on compte dans ce total 22 amputations de jambe au lieu d'élection (4 morts). »

J'avais déjà cité en 1872 (*Gazette des Hôpitaux*, n° 109, p. 665) les chirurgiens qui avaient pratiqué jusqu'alors cette amputation par le procédé de M. Duval : MM. le docteur de Léséleuc, les professeurs Roubin, Gallerand, Ange Duval, les médecins de la marine Carles et Vaillant.

Je pourrais actuellement ajouter plusieurs autres noms ; je dirai seulement que le procédé vient d'être exécuté (pour la vingt-troisième fois) au Sénégal, et avec succès, par M. Cauvin, médecin de la marine, du port de Toulon. L'opéré est un officier, qui avait reçu un coup de feu à la partie inférieure de la jambe.

M. Chauvel fera bien aussi d'inscrire sur la liste des *parrains*, et dans les premiers rangs, l'auteur de la *Chirurgie française au dix-neuvième siècle*.

N° 93. — MARDI 10 AOUT 1875. 48e ANNÉE. MARDI 10 AOUT 1875. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Dans son rapport sur les prix de physiologie (séance annuelle de l'Académie des sciences, 21 juin 1875), M. Claude Bernard s'était exprimé en ces termes : « Plusieurs fois, sur l'homme, le nerf médian divisé accidentellement fut réuni à l'aide d'un point de suture et, *bientôt après l'opération*, la sensibilité avait en partie reparu dans les parties auxquelles ce nerf se distribue. Pour se rendre compte de ces faits singuliers, signalés à différentes reprises, plusieurs auteurs crurent à une restauration de la sensibilité qu'ils expliquaient par l'hypothèse d'une réunion immédiate. MM. Arloing et Tripier ont montré que cette sensibilité est due à des anastomoses nerveuses périphériques. »

M. le professeur Richet trouve qu'il y a là plusieurs omissions qu'il importe d'autant plus de combler, qu'émanant d'un physiologiste aussi autorisé, elles risqueraient de se perpétuer. C'est pourquoi il adresse à l'Académie nne note intitulée : *De la sensibilité récurrente des nerfs périphériques de la main.*

« Le but de cette note, dit le savant professeur, est de rappeler à l'Académie quelques faits qui me sont propres, concernant la sensibilité du bout périphérique de ces nerfs complétement divisés et des téguments auxquels ils se distribuent.

En 1864, Laugier, ayant eu à traiter un blessé dont le nerf médian avait été divisé au niveau du poignet, pratiqua la suture du nerf avec un fil de soie, et, le soir même, il constata que la sensibilité du nerf périphérique avait reparu. Il expliqua le phénomène par la réunion immédiate et la cicatrisation des deux extrémités du nerf divisé.

Cependant le fait de cette régénération nerveuse presque instantanée était en désaccord absolu avec les données de l'histologie pathologique et avait laissé les chirurgiens et les pathologistes indécis et incertains.

Aussi quand, trois ans après, j'eus l'occasion d'obtenir un fait semblable, je résolus de chercher de nouveau la solution du problème et je réussis à la trouver. En effet, avant de faire la suture et non après l'avoir faite, m'étant assuré que le nerf médian était complétement coupé, j'explorai la sensibilité, et je constatai que le bout central du nerf était très-sensible, mais que le bout périphérique l'était aussi. Je ne me contentai pas de cet examen, et j'explorai successivement et en détail la sensibilité des téguments innervés par le nerf médian. Au lieu de la trouver abolie comme cela aurait dû être, d'après les idées reçues, je pus constater et montrer à mes collègues, MM. Pajot, Denonvilliers, Michel (de Strasbourg) et Duchenne (de Boulogne) que la malade avait conservé la faculté de sentir à la face palmaire du pouce, de l'index et du médius. J'ai, d'ailleurs, varié les explorations autant que le permettait la situation de la malade en recherchant avec soin l'état des différents genres de sensibilité ; enfin j'ai pu aussi explorer la contractilité au moyen de l'électricité.

Tels furent les phénomènes que j'observai. Voici maintenant l'explication que j'en donnai dans mes *Leçons cliniques* reproduites à cette époque dans plusieurs journaux (1).

Les nerfs sensitifs de la main, disais-je, au lieu de se terminer comme les autres nerfs, présentent une disposition spéciale que M. le professeur Ch. Robin a signalée le premier. Les filets nerveux terminaux du médian, du radial et du cubital se réunissent à leur extrémité pour former des anses. De ces anses partent d'autres filets plus fins n'ayant que 1/10 de millimètre de diamètre et se rendant, après un court trajet de quelques millimètres, dans les corpuscules du tact. Chacun de ces corpuscules reçoit donc des filets provenant des anses anastomotiques du cubital ou du radial avec le médian. C'est ainsi que la section d'un des troncs nerveux est impuissante à produire l'insensibilité de ces corpuscules, organes essentiels du toucher.

Pour expliquer la sensibilité du bout périphérique du nerf lui-même, il fallait bien admettre qu'un certain nombre de fibres sensitives venant soit du radial, soit du cubital, et suivant la voie des anastomoses indiquées par M. Robin, vinssent par un trajet récurrent ramener la sensibilité dans le tronçon situé au-dessous de la section, à moins de supposer toutefois, disais-je, que cette sensibilité ne tînt aux *nervi nervorum* découverts par M. Sappey, ce qui était peu probable. Les nerfs de chaque face de la main et du poignet reçoivent donc de ceux de la face opposée des filets allant se terminer aux mêmes parties des téguments, outre ceux de certaines anastomoses du médian avec le cubital, par exemple. Aussi peut-on dire qu'à la main, organe spécial du tact, la répartition des sensibilités générale et spéciale, la circulation nerveuse, qu'on me passe cette expression, est aussi bien assurée que la circulation artérielle.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, novembre 1867.

Ces faits, que je m'étais efforcé d'établir dès 1867, furent alors l'objet de controverses animées, tant ils heurtaient de front les idées reçues, et tout d'abord ils furent déclarés inexacts; puis MM. Letiévant et Boeckel publièrent en France deux faits analogues. J'ai eu moi-même depuis l'occasion d'en observer deux autres qui ont été également publiés. Les recueils étrangers anglais et américains surtout en ont rapporté plusieurs de leur côté. Enfin leur confirmation définitive se trouve dans les deux travaux de MM. Arloing et Tripier remontant à l'année 1869, et qui viennent d'être couronnés par l'Académie.

En résumé, là ou l'on n'avait vu d'abord qu'un fait de réunion immédiate des nerfs avec passage de l'influx nerveux à travers la cicatrice, j'ai montré qu'il n'y avait, au contraire, que la manifestation physiologique d'une disposition anatomique normale, préexistante, dont les physiologistes ne s'étaient pas rendu compte, et qui n'avait que des rapports fort éloignés, si même elle en a, avec les faits de sensibilité récurrente découverts par Magendie dans les racines postérieures.

Il importait, dans l'intérêt de la vérité, de préciser ces données, qui démontrent une fois de plus que c'est l'observation clinique qui a fixé l'attention des savants sur ces faits remarquables, celle des histologistes et des expérimenteurs en particulier... »

— M. H. Joly vient d'avoir la bonne fortune de pouvoir examiner et décrire un cas de monstruosité dont la possibilité avait été prévue par la science, mais dont l'observation ne s'était pas encore présentée. Il s'agit d'un jeune chat qui a vécu, sans doute, quelques instants, et qui, comme signes caractéristiques, présentait à sa partie inférieure une division du tronc en deux parties, chacune de ces parties étant constituée par un bassin et deux membres inférieurs. Ces deux arrière-trains étaient accolés parallèlement. Ce monstre était anencéphale.

Ces anomalies ont permis à M. Joly de créer le genre *Ileadelphe*, qui servira de trait d'union naturel entre les *thoradelphes* et les *synadelphes*. Ce fait est bien digne de fixer l'attention de ceux qui s'intéressent aux progrès de la tératologie.

— M. Béchamp adresse à l'Académie une notre intitulée : *Des microzymas et de leurs fonctions aux différents âges d'un même être.* Dans ce nouveau travail, M. Béchamp se propose de généraliser la conclusion qui ressort des faits qu'il a déjà publiés en collaboration avec M. Estor, à savoir, que la fonction des microzimas varie d'un organe à l'autre, et que ces microzimas sont les facteurs des bacteries que l'on voit apparaître lorsque les tissus sont abandonnés à eux-mêmes, soit dans l'empois de fécule, soit dans l'eau sucrée.

De ces nouvelles expériences, il résulte que les microzymas des tissus de fœtus, tant humains qu'animaux, ont une activité très-faible sur l'empois de fécule; mais cette activité augmente avec l'âge du fœtus; il résulte encore que les tissus de très-jeunes fœtus, même le pancréas, ne contiennent pas de zymase, ce qui doit être, puisque les microzymas ont une très-faible activité dans ces conditions; il résulte enfin que les bacteries apparaissent difficilement, même dans l'empois, avec les aryones de très-jeunes fœtus. Le cerveau seul fait exception; il fluidifie très-facilement l'empois, et les microzymas qu'il renferme évoluent en bacteries, tandis que cela n'arrive jamais pour le cerveau d'adultes.

— M. Freire communique *un nouveau procédé pour le dosage de l'oxygène libre dans l'urine.* Le procédé employé habituellement, et qui consiste à soumettre l'urine à l'action du vide au moyen de la pompe à mercure, est précis, mais d'une exécution longue et réclame l'emploi d'un appareil dont le prix est élevé.

Le procédé de M. Freire consiste à déterminer la proportion d'oxygène au moyen de l'acide pyrogallique. On sait, depuis les recherches de Dœbereiner, que 1 gramme de ce corps dissous dans un excès d'ammoniaque, absorbe 260 centimètres cubes d'oxygène. Par conséquent, 2 milligrammes du même acide absorbent 52 centimètres cubes d'oxygène.

« J'ai fait une liqueur d'épreuve, dit M. Freire, ou une sorte de titrage avec 2 milligrammes d'acide pyrogallique dissous dans un excès d'ammoniaque que j'ai exposés pendant quelque temps à l'air en remuant sur les parois du vase afin de les saturer d'oxygène. L'absorption totale se fait en quelques minutes. Ensuite j'ai fait une solution de 1 gr. 4 de protochlorure d'étain, dans 100 centimètres cubes d'acide chlorhydrique, moyennement concentré, dont j'ai rempli une burette graduée. J'ai fait couler goutte à goutte cette liqueur sur celle qui résultait du contact de l'acide pyrogallique et de l'ammoniaque, jusqu'à sa complète décoloration. Le nombre de divisions de la burette nécessaire pour cet effet correspond à la quantité réelle d'oxygène absorbé par 2 milligrammes d'acide pyrogallique.

Cela fait, on prend 50 centimètres cubes d'urine, on ajoute 2 milligrammes d'acide pyrogallique après avoir étendu la liqueur d'eau distillée récemment bouillie afin d'avoir un liquide incolore ou presque incolore, et l'on couvre immédiatement le liquide d'une couche d'essence de térébentine pure, épaisse de quelques centimètres. Alors on ajoute un excès d'ammoniaque en la faisant couler le long des parois du vase. Le liquide, qui était incolore, devient légèrement violacé ou jaunâtre, changement dû à l'absorption de la petite proportion d'oxygène renfermé dans 50 centimètres d'urine. On ajoute alors, goutte à goutte, la liqueur de la burette à l'urine qu'elle décolore. Le nombre de divisions nécessaire à la décoloration donne la quantité d'oxygène. La difficulté de l'opération consiste à saisir le moment précis de la décoloration comme dans toutes les analyses volumétriques fondées sur un changement de couleur de la liqueur. »

— M. Oré communique une *Observation d'un cas de névralgie épileptiforme de la face, traitée par la section du nerf nasal interne et nasal externe, avec anesthésie produite par injection intra-veineuse de chloral.*

Il s'agit d'une femme de cinquante et un ans dont le début de la maladie remonte à neuf ans.

En 1872, M. le docteur Landes avait déjà réséqué les nerfs sous-orbitaire et dentaire antérieur, et cette opération avait été suivi d'un calme momentané. Dans ces derniers temps, les crises ont reparu avec intensité, résistant à tous les calmants possibles. Le chloroforme n'ayant pas provoqué l'anesthésie, M. Oré a injecté 4 gr. 50 de chloral dans les veines et a obtenu ainsi une insensibilité absolue qui a permis à M. Landes de réséquer les nerfs nasal interne et nasal externe.

Le lendemain de l'opération (24 juillet) il ne restait aucune trace de l'injection. Le 1er août, on constate une diminution dans les douleurs névralgiques de l'œil; ces dernières semblent se localiser dans la lèvre supérieure. Il ne s'est produit ni phlébite, ni caillot, ni hématurie.

Dr Édouard FOURNIÉ.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC

Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris depuis la guerre de 1870-1871 (1).

Leçon recueillie par M. HUGONNEAU, interne du service.

VIII

Je ne m'occuperai donc que de causes matérielles, et je vais rechercher celles qui semblent avoir joué le rôle le plus important dans la décroissance des maladies vénériennes depuis 1870-1871.

Parmi elles, il en est une qui vient immédiatement à l'esprit : c'est la diminution qui paraît s'être produite depuis cette époque dans la catégorie des habitants de Paris parmi lesquels se recrutent les malades de l'hôpital du Midi. N'est-il pas naturel de croire *a priori* qu'une partie de ces habitants a été décimée par la guerre ou par les maladies, et qu'une autre, ne trouvant plus dans Paris assez de travail pour subvenir à ses besoins et à ses charges, s'est dispersée dans les départements.

Et pourtant, messieurs, si nous interrogeons les trois derniers dénombrements, qu'y trouvons-nous ? Que la population en 1861 était à Paris de 1,696,141 habitants ; en 1866, de 1,825,274, et en 1872, de 1,851,792. Eh bien, quoique la population en 1872 fût supérieure de 26,418 habitants à celle de 1866, il y a eu cependant moins de maladies vénériennes.

Je trouve en effet, dans les archives de l'hôpital du Midi, que, en 1866, le nombre des consultants a été de 21,328, et celui des malades soignés dans les chambres payantes de 324; tandis que, comme je vous l'ai dit plus haut, les chiffres des consultants et des malades payants n'ont été en 1872 que de 23,392 pour les premiers et de 233 pour les seconds.

Mais ce n'est pas sur les dénombrements quinquennaux seuls qu'il faut s'appuyer pour élucider cette importante question. L'accroissement de la population de Paris augmente d'une année à l'autre dans des proportions toujours plus considérables. Cet accroissement de 1861 à 1866 a été de 129,133. Il est probable que ce chiffre aurait été dépassé de beaucoup sans les événements de 1870-1871, et qu'au lieu d'avoir, en 1872, 26,418 seulement d'augmentation, il y en aurait eu trois ou quatre cent mille.

Je ne crois pas exagérer, messieurs, en disant que la guerre a fait baisser de trois ou quatre cent mille le chiffre de la population parisienne, et l'a privée de tout l'accroissement qu'elle avait gagné pendant les années si prospères, pour la ville, de 1867, 1868 et 1869. Ce n'est donc pas avec 1866 qu'il faudrait comparer 1872 et les années suivantes, mais avec 1867, 1868 et 1869. Malheureusement nous n'avons pas le dénombrement de ces années-là, puisqu'il n'a lieu que tous les cinq ans. Mais qui voudrait nier cette décroissance de la population? Ceux d'entre vous qui habitent Paris depuis longtemps, et qui, ont pu comparer la ville d'autrefois avec ce que l'ont faite les derniers événements, doivent avoir une même impression, qui est générale et que j'ai entendu exprimer bien des fois; et, cette impression, c'est que le nombre des habitants a diminué tout à coup, par le fait de la guerre, dans des proportions énormes.

Rappelez-vous l'émigration qui se produisit en masse à la veille de l'investissement. Combien peu sont revenus de ceux qui étaient partis, et combien sont partis ou ont disparu de ceux qui étaient restés. Il est vrai que si la population civile sortit des murs, elle y fut remplacée par les soldats et par les mobiles. J'aurais voulu vous donner une statistique du nombre des habitants de Paris pendant le siége et pendant la commune; mais il m'a été impossible de trouver sur ce sujet des documents positifs; je crois même qu'il n'en existe pas.

IX

Tenons-nous en donc au dénombrement de 1872. Eh bien, messieurs, au point de vue qui nous occupe, il est indispensable de connaître quelles ont été les fluctuations de la population, dans les divers arrondissements. Je dis que cette étude est indispensable, parce que les malades qui viennent nous demander des soins à l'hôpital du Midi ne sont pas également répartis sur toute la surface de Paris. Ils habitent surtout à la périphérie, il y en a bien peu qui soient domiciliés au centre de la ville, dans les quartiers riches.

Que nous donne le dénombrement dans chaque arrondissement? Des résultats, messieurs, auxquels peut-être vous ne vous attendez pas. On peut diviser les vingt arrondissements en deux classes : ceux du centre et ceux de la circonférence. Ceux du centre sont habités pas des gens riches ou aisés; ceux de la périphérie, par la population ouvrière. Quand on compare la population de chaque arrondissement en 1872 avec ce qu'elle était en 1866, on voit que la diminution a frappé surtout les arrondissements du centre, tandis qu'il y a eu un accroissement très-considérable dans les arrondissements de la périphérie.

Ainsi, dans le premier arrondissement (Louvre), le chiffre de la population en 1872 était inférieur de 8,000 (1) à celui de 1866.

Dans le 2e (Bourse), de	6,000
Dans le 3e (Temple), de	3,000
Dans le 4e (Hôtel de ville), de	6,000
Dans le 5e (Panthéon), de	8,000
Dans le 6e (Luxembourg), de	9,000
Dans le 7e (Palais-Bourbon), de	4,000
Dans le 9e (Opéra), de	2,000

Au milieu de cette série, le 8e arrondissement (Élysée) fait seul exception; sa population, loin de diminuer, était en 1872 supérieure de 3,000 à celle de 1866.

Ainsi, sur neuf arrondissements du centre, la diminution des habitants, eu égard à leur nombre en 1866, a été, en 1872, de 46,000.

X

Le résultat est tout l'opposé pour les arrondissements de la périphérie. Dans tous, en effet, il y a eu une augmentation considérable ; cette augmentation a été :

Dans le 10e (enclos Saint-Laurent ou boulevard de Strasbourg), de.	15,000
Dans le 11e (Popincourt), de	17,000
Dans le 12e (Reuilly), de.	6,000
Dans le 14e (Observatoire-Montrouge), de. .	4,000
Dans le 15e (Vaugirard), de.	5,000
Dans le 16e (Passy), de	800
Dans le 17e (Batignolles-Monceaux), de . . .	8,000
Dans le 18e (Butte Montmartre), de.	7,000
Dans le 19e (Buttes Chaumont), de	4,000
Dans le 20e (Ménilmontant), de	5,000

(1) Suite. — Voir les numéros des 27 et 29 juillet.

(1) Je ne donne que des chiffres ronds, sans tenir compte des centièmes.

Au milieu de cette seconde série, comme dans la première, il manque un arrondissement, le 13e (Gobelins); c'est le seul qui fasse exception. Loin d'augmenter, sa population a diminué de 1,600.

Pour les onze arrondissements de la périphérie, le chiffre de la population, en 1862, a donc été supérieur de 72,000 au chiffre de la population en 1866.

Ces 72,000 habitants en plus n'appartiennent sans doute pas tous à la classe ouvrière. Il est évident, en effet, que bien des gens dont la fortune a été plus ou moins gravement atteinte par la guerre ont dû quitter les quartiers du centre, à cause de la cherté des loyers, et émigrer dans les quartiers de la périphérie où l'on peut vivre à meilleur marché. Néanmoins, en tenant compte de ce fait et en lui accordant même une large part dans le double résultat de la diminution des habitants au centre de la ville et de leur augmentation à la circonférence, il reste établi sur des bases positives que la population ouvrière a décru dans des proportions beaucoup moins considérables que la population de la classe aisée ou riche.

En somme, Paris contient depuis la guerre beaucoup moins d'ouvriers qu'auparavant. Toutefois, si désastreux qu'aient été les événements, ils n'ont pas empêché cette partie de la population de prendre un accroissement qui s'élève au chiffre approximatif de 74,000. Jugez de ce qu'il eût été sans l'interruption de ce mouvement ascendant dont les années antérieures à la guerre peuvent nous donner une idée!

XI

Que faut-il conclure, messieurs, de tout ce que je viens de vous dire? Devons-nous attribuer exclusivement à la dépopulation de Paris la décroissance si remarquable dans le nombre des maladies vénériennes? En est-elle la cause essentielle? Occupe-t-elle le premier rang, ou bien marche-t-elle de pair avec d'autres que vous pouvez deviner, et dont il me reste à vous parler maintenant? Vous en jugerez tout à l'heure. Dans des questions générales aussi complexes que celles que nous traitons, il est permis d'hésiter. C'est que, malgré l'intervention incessante des chiffres, on ne les résout pas comme des problèmes de mathématiques. Tous les facteurs n'ont pas une valeur absolue, et l'appréciation des éléments de toute nature, dont l'intervention est nécessaire, peut varier dans de larges limites sans qu'on puisse la taxer d'être erronée.

Il me semble qu'on resterait dans une juste mesure en disant que la dépopulation de Paris a joué un rôle considérable dans la diminution des maladies vénériennes; mais que ce rôle est moins considérable qu'il ne le paraît au premier coup d'œil, attendu que deux phénomènes en sens inverse, qui se produisent ou se continuent depuis 1872, tendent de jour en jour à en diminuer l'importance. Le premier de ces phénomènes c'est la décroissance toujours plus accusée des maladies vénériennes; le second, c'est l'augmentation progressive de la population ouvrière, qui se fait d'une manière réelle, quoique sur une échelle certainement moins grande qu'autrefois. Des personnes très-compétentes de l'administration municipale m'ont affirmé, en effet, que depuis 1874 les arrondissements de la périphérie se repeuplaient et que le nombre des ouvriers y était aujourd'hui très-supérieur à celui qu'y avait fait constater le dernier recensement. Et cependant, messieurs, le nombre des maladies vénériennes descend peu à peu depuis cette époque, si bien que le premier semestre de 1875 donne un chiffre inférieur de près d'un quart à celui du premier semestre de 1872.

(*A suivre.*)

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

M. Bertrand, médecin principal.

Kyste hydatique du foie. Guérison après une seule ponction aspiratrice.

Observation recueillie par M. le docteur Bussard, aide-major.

A... (Jean), soldat au 67e de ligne, entre à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, dans le service de M. Bertrand, salle 1, lit 15, le 14 mars 1873.

C'est un homme de vingt-neuf ans, d'une forte constitution, ayant cependant déjà été malade à plusieurs reprises; c'est ainsi qu'en 1865, il a été atteint de dysentérie en Algérie; en 1871, étant prisonnier en Allemagne, il a eu un rhumatisme articulaire aigu; deux mois plus tard un ictère, qui a duré trois semaines, enfin de nouveau en Algérie, au mois d'août 1871, il a contracté des fièvres intermittentes, qui l'ont forcé à revenir en France au mois de novembre de la même année; c'est à cette époque qu'il ressentit pour la première fois des douleurs du côté du foie; il s'aperçut, dit-il, que son ventre augmentait de volume et devenait dur.

De novembre 1871 à mars 1873, les douleurs au niveau du foie ont reparu à plusieurs reprises, et le volume du ventre a augmenté peu à peu.

État actuel. — Le malade a toutes les apparences de la santé; l'appétit est excellent; les forces sont conservées, aucun symptôme du côté du tube digestif; le malade ne se plaint que de quelques douleurs au niveau du foie.

L'examen de cet organe nous le montre dépassant de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes; à la simple inspection, on constate une tuméfaction assez considérable dans la région épigastrique, à droite, immédiatement en dehors de la ligne blanche, tuméfaction bien plus visible quand le malade est debout.

A la palpation, on sent manifestement une tumeur bilobée; le lobe droit, du volume du poing, fait saillie sous le rebord des cartilages costaux; le lobe gauche, beaucoup plus petit, gros comme une noix, est situé à gauche de la ligne blanche, qui divise ainsi la tumeur; cette tumeur appartient évidemment au foie, qu'elle suit dans les mouvements d'inspiration et d'expiration; elle est lisse, à peu près indolore; il faut la presser fortement pour que le malade accuse quelque douleur; la peau, à son niveau, conserve sa coloration normale et glisse facilement sur la tumeur.

La percussion donne au doigt la sensation parfaite de ce qui est décrit sous le nom de frémissement hydatique.

M. le docteur Dieulafoy voulut bien voir le malade; il confirma le diagnostic de kyste hydatique du foie que nous avions porté et sur l'avis des médecins de l'hôpital, réunis en consultation, il pratiqua, le 28 mars, une ponction aspiratrice sur la tumeur, avec l'aiguille n° 2; cette ponction donna issue à 750 grammes d'un liquide parfaitement transparent, ne se coagulant ni par la chaleur, ni par l'acide azotique, et dans lequel l'examen microscopique nous révéla la présence de nombreux crochets; à la fin de l'opération, le malade fut pris de dyspnée très-vive, qui persista pendant un quart d'heure, après quoi il ne ressentit absolument aucune douleur pendant la journée.

Nous nous bornâmes à mettre du collodion à l'endroit de la piqûre, que nous recouvrîmes d'une bonne couche de ouate; un bandage de corps un peu serré fut appliqué et l'immobilité la plus absolue conseillée au malade.

Le 29 mars, pas de douleur, pas de fièvre, le matin, T. 37,6. Appétit. — Le soir, le malade ressent quelques frissons, la température augmente et atteint 38,8. A cinq heures, trente heures après la ponction, apparaissent sur l'abdomen et les cuisses quelques plaques d'urticaire bien caractérisées, qui ont disparu le lendemain matin.

Pour ne pas rendre trop longue cette observation, nous nous bornerons à dire que, pendant les journées qui suivirent, l'état général fut aussi satisfaisant que possible, la tumeur ne se reproduisit pas et le malade n'accusa plus de douleur; quelques petits élancements furent seulement ressentis pendant le mois qui suivit l'opération.

Il partit en convalescence à la fin de juin, trois mois après la ponction, sans que rien pût faire soupçonner la reproduction du kyste.

Réflexions. — Au moment où la question du traitement des kystes hydatiques du foie occupe les sociétés savantes, nous avons cru devoir publier cette observation, qui vient se joindre à celles déjà assez nombreuses où une seule ponction aspiratrice pratiquée sur un kyste hydatique, a amené sa guérison. On peut consulter à ce sujet l'intéressant *Traité de l'aspiration* du docteur Dieulafoy, où l'on trouvera relatées deux observations de ce genre. M. Jaccoud, dans ses leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Lariboisière, a consacré un chapitre au traitement des kystes hydatiques du foie et rapporté un grand nombre de cas où une seule ponction aspiratrice avait été suivie de succès définitif.

Dans la séance du 10 juillet 1874, M. le docteur Lanceraux communiquait à la Société médicale des hôpitaux deux cas identiques : un malade âgé de cinquante-cinq ans fut opéré le 26 juillet 1872 ; deux litres de liquide furent extraits du kyste, quelques vomissements et un peu de péritonite survinrent, mais le malade guérit complétement dix-neuf jours après la ponction. Dans une deuxième observation, quatre litres de liquide citrin furent extraits d'un kyste hydatique; moins d'un mois après, la malade sortait de l'hôpital parfaitement guérie.

Enfin, sans vouloir faite ici l'historique complet de cette question, disons que tout dernièrement (15 et 30 juillet), M. Desnos a publié, dans le *Bulletin de thérapeutique*, un mémoire sur la valeur de la ponction capillaire avec aspiration, employée comme traitement curatif des kystes hydatiques du foie. La seule opération, dit-il, dans ses conclusions, qui me paraît préférable, est la ponction aspiratrice unique ou répétée un plus ou moins grand nombre de fois et entourée des précautions qui ont été décrites. Cette ponction est non-seulement un moyen d'exploration, mais elle peut encore exercer une action curative.

Sans ériger la méthode de la ponction capillaire aspiratrice en moyen thérapeutique unique dans le traitement des kystes du foie, on peut, il nous semble, en face des observations connues, dire qu'en présence d'un kyste hydatique, la meilleure conduite à tenir est d'y pratiquer une ponction capillaire aspitrice : cette opération aura le double avantage de fixer le diagnostic dans les cas douteux, et de pouvoir, indépendamment du soulagement immédiat qu'elle procure, assurer dans quelques cas une guérison définitive; elle ne s'opposera, du reste, en cas d'insuccès, à aucun des autres moyens thérapeutiques employés dans le traitement des kystes hydatiques du foie. On ne peut raisonnablement pas être arrêté par les dangers de l'opérateur dont l'innocuité est aujourd'hui bien démontrée; que si, cependant, certains médecins étaient arrêtés par les bien rares exemples où des accidents ont suivi une ponction capillaire, ils pourraient s'entourer des précautions que conseille M. Jaccoud : l'immobilité dans le décubitus dorsal, des applications permanentes de glace sur la région du foie, et toute la partie sous-ombilicale droite de l'abdomen.

Nous avons tenu dans notre observation à insister sur la présence des crochets caractéristiques dans le liquide extrait du kyste, et cela, parce que quelques médecins ont prétendu que les kystes, qui guérissent ainsi par une seule ponction, étaient de simples kystes séreux ; cette objection ne pourra être faite pour le kyste que nous avons vu guérir ; disons, du reste, que les kystes purement séreux sont très-rares dans le foie, d'après tous les anatomo-pathologistes.

Enfin, en terminant, rappelons que, trente heures après avoir subi la ponction de son kyste, notre malade a présenté sur l'abdomen et sur les cuisses des plaques d'urticaire; ce n'est pas la première fois que pareil fait a été vu, et M. Dieulafoy, qui, le premier, a attiré l'attention sur cette particularité, qu'il a, du reste, constatée plusieurs fois, nous avait prévenu de la possibilité de cette éruption, qui n'a pas manqué. Nous nous bornons à enregistrer le fait, sans essayer de l'expliquer.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 mai 1875. — Présidence de M. GALLARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur GIRAUD-TEULON demandant l'honorariat. — 2° Une lettre de M. le docteur LUYS, offrant sa démission, qui est acceptée.

La correspondance imprimée comprend :

1° Une brochure de M. le docteur BOULOUMIÉ, intitulée : *Les vibrioniens dans le pus des plaies et des abcès et les pansements antiseptiques.* — 2° Deux numéros du *Progrès médical.* — 3° Un numéro du journal *la Tempérance.* — 4° Deux brochures de M. le docteur ONIMUS, intitulées : 1° *Rapport sur l'art militaire, secours aux blessés de terre et de mer;* 2° *Rapport sur les instruments de précision et de l'art médical.* — 3° Une lettre de M. le docteur WORMS.

ÉLECTION

M. le docteur HORTELOUP est nommé membre titulaire de la Société de médecine de Paris, à l'unanimité des membres présents.

DISCUSSION SUR LES CONCLUSIONS DU RAPPORT DE M. DE RANSE
(Projet de fusion entre certaines sociétés.)

M. GÉRY lit un discours qui conclut au rejet du projet de fusion.

M. CHARRIER rappelle que le règlement de la société a fixé à soixante le nombre des membres, donne lecture des articles 31, 32 et 33 des statuts de la société et demande qu'on abandonne un projet qui demanderait, pour sa réalisation, un changement complet dans le règlement de la société.

M. FORGET appuie la motion de M. Charrier.

M. LE PRÉSIDENT fait observer qu'une proposition a été déposée par MM. Perrin et Reliquet, et qu'un projet d'étude a suivi simplement cette proposition.

M. LUNIER se range à l'avis de MM. Charrier et Forget en ce qui touche le règlement, mais quant à ce qui touche le projet d'études, le bureau ne lui semble pas avoir été plus loin qu'il devait le faire.

M. DE RANSE. Je n'ai rien à répondre à la question des statuts, après ce qui a été dit par M. le président et par M. Lunier.

Quant aux observations de M. Géry, je ne les considère pas comme très-sérieuses. Nous cherchons à améliorer le sort de notre société, et le nombre, en nous apportant quelques ressources financières, nous permettrait peut-être aussi d'augmenter la fréquence de nos réunions et d'avoir, comme les sociétés de biologie et anatomique, une séance par semaine.

M. BOINET. La fusion n'augmentera pas sensiblement le nombre des membres présents aux réunions. Nous sommes tous ou à peu près de plusieurs sociétés, et il arrive un moment où l'on ne peut les fréquenter toutes.

M. GALLARD. C'est là un argument en faveur de la fusion, qui, si elle était opérée, permettrait de fréquenter trois sociétés en même temps.

M. RELIQUET. La proposition avait pour but de réunir les travailleurs en une seule masse, et ce qui vient de dire M. Boinet me paraît être la condamnation de la multiplicité des sociétés.

M. MOTET propose l'amendement suivant :

La Société de médecine de Paris, après avoir délibéré sur la proposition qui lui est faite de recevoir les membres des sociétés.

Déclare :

Qu'elle accepte, en principe, cette proposition, mais elle pose immédiatement ces réserves :

1° L'admission des membres desdites sociétés sera soumise aux formalités prescrites par son règlement;

2° Chaque demande, individuellement transmise à son président, sera sanctionnée par un vote.

La Société de médecine de Paris, voulant témoigner de ses sentiments de bonne confraternité, ne demandera pas qu'un travail inédit soit présenté à l'appui de chaque candidature.

Elle charge MM. *** de s'entendre avec les délégués des sociétés *** et de leur présenter ces conclusions.

M. FORGET lit le discours suivant .

Messieurs, le rapport de la commission est complexe, et c'est un tort; vous devriez aujourd'hui n'avoir à vous occuper que d'une seule question. La fusion en principe est-elle opportune? Est-elle utile à la Société de médecine?

Celle-ci a-t-elle avantage à conserver son autonomie, sa personnalité scientifique, sa considération traditionnelle? ou vaut-il mieux pour elle s'effacer en s'amalgamant avec d'autres sociétés, quelles qu'elles puissent être d'ailleurs.

C'est dans ce cadre que j'aurais voulu voir se renfermer la commission, qui a compliqué ce qui était très-simple, en croyant devoir s'adresser à deux autres sociétés médicales, par l'intermédiaire de délégués, et placer ainsi la Société de médecine dans une situation difficile qui gêne la liberté de discussion.

On vous propose deux sociétés; eh bien, ne voyez-vous pas que, par cette désignation, si vous repoussez la proposition, on pourra interpréter votre vote en disant que la Société de médecine a refusé de fusionner avec ces deux sociétés.

Il est donc nécessaire, pour que le débat conserve toute sa liberté, d'oublier les noms mis en avant par votre commission : membre moi-même de l'une des deux sociétés, je ne veux pas savoir si elle existe; je ne me préoccupe que de la Société de médecine, je n'ai en vue que ses intérêts, et sur ce terrain je me sens à l'aise pour dire nettement mon opinion sur cette idée de fusion à laquelle aucun de nous ne songeait avant que notre président, M. Gallard, s'en fût fait le promoteur; car, ne l'oubliez pas, c'est la Société de médecine qui prendrait ainsi l'initiative de la mesure projetée.

Pour expliquer, pour justifier cette démarche que vous allez faire, ou plutôt à laquelle on nous convie, il faut bien chercher un motif. Le trouverons-nous dans la situation précaire, maladive et défaillante de la société? Comme je le disais dans la dernière séance, êtes-vous donc réduits à cette triste extrémité que vous ne puissiez plus vivre de vous-même, et que pour prolonger votre existence, il vous faille recourir à une opération qui ne se pratique guère qu'*in extremis*, et cela presque toujours sans grand profit pour le malade: *la transfusion*. Dieu merci, messieurs, notre société n'en est pas là, et, pour vous en convaincre, permettez-moi de vous tracer succinctement le tableau de ses actes qui vous révèleront toute sa vitalité. Depuis vingt et un ans que j'ai l'honneur de faire partie de la société et que j'ai assisté avec assiduité à nos séances; j'ai pu, comme la plupart d'entre vous me convaincre que ses ordres du jour ont été remplis par des travaux nombreux et variés; mémoires originaux, rapports, communications d'un réel intérêt pratique; tout ce qui constitue enfin la vie scientifique d'une compagnie savante n'a à aucune époque fait défaut à son activité. S'il en eût été autrement, après les épreuves que lui ont fait subir les désastreux incidents du siége et de la commune, qui la forcèrent à suspendre ses réunions, le silence depuis longtemps se serait fait autour d'elle, et aujourd'hui nous ne la verrions pas dans cet état prospère que les autres sociétés médicales sont loin de présenter à un égal degré.

Ne l'oublions pas, messieurs, la Société de médecine est la seule qui ait signalé par une note énergique de dignité professionnelle, la reprise de ses séances en 1871. Elle ne s'est pas bornée à protester contre les infractions commises à l'honneur médical pendant l'invasion par des médecins étrangers, elle a ordonné une enquête poursuivie longuement et consciencieusement par une commission, dont les conclusions, formulées par les rapporteurs MM. Antonin Martin et Collineau, constituent pour la société qui les a adoptées et publiées un titre à la considération et à l'estime des médecins de tous les pays : cet acte de la société a contribué à étendre sa renommée plus que vous ne le pensez; nous en avons eu la preuve dans les demandes nombreuses qui nous ont été faites du rapport de la commission pour nos confrères de la France et de l'étranger.

Voulez-vous une autre preuve de la vitalité puissante de la Société de médecine, eh bien, reportez-vous à la situation troublée que lui avait faite l'énergique détermination de se séparer de l'administration préfectorale, après le refus qu'elle lui fit de lui restituer la position qu'elle avait constamment occupée vis-à-vis d'elle, dans ses rapports médicaux et professionnels. D'aucuns, messieurs, pronostiquaient alors la déchéance de notre compagnie, oubliant dans leur pronostic que le respect de soi-même et l'observation des règles du devoir et de l'honneur loin de la compromettre, ne font qu'affermir l'existence, aussi bien celle des individus que celle de toute société.

Cela est si vrai que n'ayant plus d'asile officiel, contrainte d'en chercher un d'occasion, la société vit pourtant se grouper ses membres en nombre respectable et suffisant pour donner à ses séances un intérêt qui ne s'est pas affaibli; les procès-verbaux composant le fascicule de l'année en témoignent hautement. Dans cette situation, relativement incertaine, vous avez reçu des demandes d'admission comme aux jours les plus prospères, et, pour ma part, j'ai été rapporteur d'un remarquable travail sur la chirurgie conservatrice à l'appui de la candidature d'un de nos confrères qui occupe une place honorable dans les hôpitaux de Paris; c'est vous dire que le prestige de la Société de médecine ne s'était point affaibli, puisqu'il attirait à nous des hommes aussi distingués.

Remise en possession d'un siége plus digne de ses destinées, la société n'a pas cessé d'accroître le nombre de ses adhérents.

Comptez-les, ils sont nombreux, dix-huit élections en quatre années, tous honorablement connus pour des travaux scientifiques ou des services professionnels qui ajoutent un nouveau lustre à la considération de votre compagnie et à l'importance de ses travaux.

Ces travaux, messieurs, ont-ils été moins appréciés, plus rare et de moindre valeur que par le passé, et est-ce cette infériorité qui motive la mesure proposée, et témoigne de son *opportunité* et de son *utilité?* En vous signalant l'accroissement incessant des membres de la société et la valeur scientifique et professionnelle de chacun d'eux, j'ai répondu à cette dernière question, et la logique l'eût fait pour moi, en vous disant que, dans une société où les travailleurs d'élite abondent, les bons travaux ne chôment pas. Il vous sera facile de vous en convaincre si vous voulez prendre la peine, comme je l'ai fait, de vous reporter aux procès-verbaux de nos séances publiés depuis votre rentrée des vacances.

La variété des lectures, des rapports, des communications, y est à l'infini; des discussions qui ne laissent rien à envier par le ton et la valeur académique qui les caractérisent, ont suivi la plupart de ces lectures et de ces rapports. Vous vous convaincrez par les huit fascicules publiés depuis 1872, et par le neuvième, qui doit paraître prochainement, qu'aucune société de médecine vivant en dehors de toute attache officielle n'a fait ce que vous avez accompli.

Vous le voyez, et ce court exposé laisse dans l'ombre bien des traits qui, mieux éclairés, si le temps ne me faisait défaut, mettraient en un relief plus accentué la solide organisation et la vitalité puissante de notre société, vous voyez cependant, tout incomplet qu'il est, qu'elle est douée d'un dynanisme suffisant pour remplir le programme que les statuts lui ont tracé, au point de vue de l'art, de la science et de la profession.

Or, en un tel état des choses, qui tend chaque jour à se développer et à se consolider, où trouvera-t-on qu'il y ait opportunité et utilité pour une proposition qui a pour but, qu'on le veuille ou non, de substituer à la Société de médecine de Paris, recommandable par son origine, son passé, ses traditions, ses principes sévères de déontologie qui font sa force, son autorité et sa considération, une création nouvelle, fondée sur le groupement d'éléments hétérogènes, circonscrite, quant à présent, à deux sociétés, qui en se généralisant

dans un avenir plus ou moins prochain, comme le veut son auteur, se rattacherait à toute les sociétés d'arrondissement de Paris par un lien fédéral.

Adopter une semblable proposition, c'est s'engager dans les voies de l'inconnu, ou plutôt, je me trompe, c'est rêver une sorte de palingénésie médicale, qui peut avoir en théorie sa grandeur et son prestige, je n'y contredis pas; mais qui, pratiquement envisagée, aurait pour résultat inévitable la dissolution de la Société de médecine de Paris, dont je défie bien à l'observateur le plus clairvoyant de retrouver les éléments originaux qui la constituaient dans ce vaste pandémonium où sa personnalité et son autonomie sont appelées tôt ou tard à disparaître.

Je pourrais terminer ainsi ces quelques observations, mais il est plusieurs points du rapport qui exigent un mot de réponse.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 7 août 1875, M. Lorrain, professeur à la faculté de médecine de Paris, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 7 août 1875, rendu par application de la loi du 3 août 1875 qui autorise le gouvernement à décerner des récompenses honorifiques à l'occasion des dernières inondations, en dehors des conditions prescrites par les articles 1 et 5 de la loi du 25 juillet 1873, ont été nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : MM. le docteur Bonnemaison, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu à Toulouse; le docteur Théodore Desclaux, maire de Tonneins; le docteur Helson Batut, chirurgien en chef des hôpitaux de Toulouse.

— Par décret en date du 7 août 1875, ont été nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : MM. Bailly, secrétaire général de l'administration de l'Assistance publique; le docteur Goujon, maire du Vaudreuil (Eure); le docteur Baume, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Quimper; le docteur Monot, promoteur des sociétés protectrices de l'enfance, médecin-inspecteur du canton de Montlanche (Allier); le docteur Eugène Colson, médecin en chef des hospices de Beauvais.

— M. le docteur Viger est nommé médecin du lycée de Caen en remplacement de M. le docteur Roulland, décédé.

M. le docteur Leroy, de Longevinière, est nommé médecin adjoint du lycée de Caen, en remplacement de M. Viger, appelé à d'autres fonctions.

— Il est ouvert près l'école de médecine de Caen, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de clinique et de pathologie externes et d'accouchements.

L'ouverture de ce concours est fixée au prémier lundi du mois de juin 1876.

Le registre d'inscription des candidats sera clos avant l'ouverture dudit concours.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des aliénés et des asiles d'aliénés, par le docteur J. Dagron, médecin en chef de l'asile de Ville-Évrard.— 2e et dernière partie, in-8°, 4 francs. L'ouvrage complet, 8 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques, par le docteur Paul Berger. In-8° de 180 pages. Prix : 4 francs. — Paris, 1875, G. Masson.

Étude sur la synovite tendineuse blennorrhagique, par le docteur Maymou. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'hygiène de la mer et de l'hydrothérapie maritime considérées sous leur point de vue pratique, par le docteur Lemarchand. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Clinique ophthalmologique; relevé statistique des opérations pratiquées pendant l'année 1874, par le docteur de Wecker. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Des propriétés physiologiques du bromure de camphre (camphre monobromé de Wurtz) et de ses usages thérapeutiques, par le docteur L. Pathault. — In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il faut espérer que la discussion sur le choléra ne reprendra plus sur les mêmes bases. Elle ne se prolongeait qu'à force de redites et ne portait que sur des points sans importance bien notable.

M. Woillez est venu faire de nouveau l'apologie de son rapport. Il s'est attaché à prouver qu'il n'était coupable d'aucune omission, d'aucune erreur intentionnelle, et que sa manière de grouper les faits n'était nullement inexacte. Combattant âprement *pro aris et focis*, il a passé plus d'une fois de la défensive à l'offensive.

M. Jules Guérin, tout en s'excusant de toute intention malveillante à l'égard de M. Woillez, a soutenu que, dans l'intérêt de la vérité, il fallait écarter, comme mal motivées, certaines conclusions du rapport sur les épidémies de 1873.

Il a signalé particulièrement le passage suivant, qui montre bien à quel point sont artificielles les prétendues démonstrations de M. Woillez :

« Il nous paraît parfaitement prouvé, dit celui-ci dans son rapport, pages 78 et 79, que l'épidémie de choléra de 1873 s'est d'abord montrée au Havre, et qu'elle a gagné Rouen, puis Paris. Il y a certainement un peu d'incertitude au sujet des premières atteintes de la maladie épidémique dans ces trois villes; mais il n'y a aucune incertitude pour les premiers décès officiellement constatés...

« Les premiers décès avoués sont notés au Havre du 1er au 5 août.

« Le premier décès à Rouen ne l'est que le 15 ou le 16 août.

« Les premiers décès constatés à Paris, en ville et dans les hôpitaux, ne datent que des premiers jours de septembre.

« Il y a donc plus qu'une présomption que le choléra a gagné du Havre à Rouen et de ces deux villes à Paris... »

Or, pour arriver à trouver ainsi un temps raisonnable entre l'éclosion de l'épidémie au Havre et à Rouen, par exemple, et des intervalles à peu près égaux entre le terme moyen et chacun des extrêmes, il a fallu que M. Woillez négligeât dans cette conclusion, d'une part, les cas de choléra non mortels signalés à Rouen, et, d'une autre part, les décès causés, même chez les adultes, par des affections dénommées *diarrhées* ou *cholérines*.

En effet, ainsi qu'il a dû le reconnaître lui-même dans un autre passage de son rapport :

« La diarrhée a régné à Rouen depuis la fin de février jusqu'à la fin de l'épidémie de choléra. La cholérine vraie et intense aurait débuté dans les derniers jours de juillet, et elle a sévi également pendant toute la durée de l'épidémie cholérique, *en causant cent vingt-quatre décès*, dont *près de la moitié* se rapportait à des enfants de moins de cinq ans. »

« Le premier cas de choléra *épidémique* se serait déclaré, paraît-il, le 4 août. »

« Mais, ajoute-t-il, le premier décès (par lequel on a désigné le début de l'épidémie au Havre), n'a été constaté que le 14 ou le 16 août. »

Évidemment, M. Woillez n'a pas eu l'intention de tromper ses lecteurs, puisqu'il suffit de le citer lui-même pour infirmer ses démonstrations.

Mais ce qu'on peut lui reprocher, c'est de n'avoir peut-être pas apporté toute la circonspection nécessaire dans l'emploi des méthodes précises d'apparence, tels que les procédés graphiques et numériques. C'est ainsi que, sans le vouloir, il avait fourni une arme puissante à M. Guérin par une carte sur laquelle il teintait en rose les départements atteints de diarrhée cholériforme, et en noir les localités où sévissait le choléra épidémique. La teinte rose couvrait presque partout de larges zones tout autour des points noirs. On devait donc se figurer, d'après ce tableau, que le choléra proprement dit était bien le terme supérieur d'une série, formée, en outre, par les cholérines, etc., puisque, dans dix départements, sur un total de douze, il se trouvait vers le milieu de vastes régions occupées par d'autres affections de semblable nature. Or il paraît qu'il n'en est pas ainsi. Pour recouvrir tout un département d'une teinte rose uniforme, M. Woillez se contentait de quelques cas de diarrhées signalés dans un seul canton, dans un seul village, souvent fort loin des lieux envahis par le choléra.

Ainsi la carte qu'il avait tracée ne pouvait prouver absolument rien ; et M. Guérin s'était trompé en croyant pouvoir y trouver un appui pour sa théorie.

Nous ne reviendrons pas sur l'exposé de cette théorie, réservant ce soin à l'éminent auteur lui-même.

Après M. Jules Guérin, M. Bouillaud a pris la parole pour indiquer en quelques mots les doutes, les incertitudes qui devaient rester, relativement au choléra, dans les esprits pourvus du sens philosophique.

Déjà l'année dernière, M. Bouillaud a vu dans son service

un cas de choléra qui, en dehors de toute épidémie, avait absolument l'aspect du choléra épidémique. Cette année encore, un fait semblable s'est présenté à son observation. Tant qu'on n'aura pas isolé l'agent cholérique, le germe cholérique, on ne pourra pas espérer d'arriver à la certitude sur les questions d'étiologie, de spontanéité possible ou d'importation nécessaire, de transmission, de contagiosité. M. Bouillaud a rappelé ce qu'il avait écrit en 1835 et les opinions qui régnaient alors.

Une citation d'auteur allemand a fourni à M. Briquet l'occasion de raconter comment le choléra s'était plusieurs fois endormi durant l'hiver et réveillé durant l'été en Allemagne.

Puis, sur la demande de M. Chauffard, appuyée par le plus grand nombre des membres présents, la discussion a été close.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. E. GUIBOUT.

De l'eczéma.

Leçon recueillie par M. P. MUZELIER, interne du service.

Nos dernières leçons ont été consacrées à l'étude du psoriasis. Dans cette étude, nous avons passé en revue successivement les lésions anatomiques qui caractérisent la dartre sèche, leur évolution, leur durée, leur marche. Nous avons insisté sur les récidives de la maladie, sur les rétrocessions viscérales auxquelles elle peut donner lieu; puis nous avons cherché à réunir les éléments de son diagnostic, en nous efforçant de le dégager des obscurités et des causes d'erreur dont il peut être entouré. Cette étude a fait ressortir à nos yeux un fait capital, le fait de la chronicité absolue et complète, soit que l'on envisage la maladie dans sa durée, soit qu'on la considère dans la forme et dans l'évolution de ses lésions cutanées. Nous avons vu, en effet, qu'un des caractères principaux du psoriasis est la lenteur extrême de sa marche et sa durée en quelque sorte indéfinie. Nous avons vu aussi que, malgré ses guérisons temporaires, cette affection est vouée à des récidives presque certaines, qu'elle devient en quelque sorte partie intégrante de celui qui en est atteint, et qu'elle constitue pour lui comme une seconde nature, dont il ne peut être débarrassé même par le traitement le plus rationnel. Le psoriasis a donc pleinement justifié à nos yeux, pour son propre compte, le vers célèbre d'Horace :

> Naturam expellas furcâ, tandem usque recurret.

Un grand fait s'est dégagé encore de cette étude : c'est l'absence complète de phénomènes inflammatoires pendant toute la durée de la maladie; silencieux, calme, indolent, le psoriasis ne détermine, en général, ni douleurs ni troubles d'aucune sorte. Et c'est seulement dans le cas où il gêne, par sa présence et par les altérations qu'il détermine, le fonctionnement des parties sur lesquelles il est implanté, qu'il fait trêve à son indolence habituelle. Après l'avoir suivi dans sa marche et dans sa durée, nous avons recherché les complications dont il est susceptible et les rétrocessions viscérales dont il peut être l'origine, nous avons reconnu à ces complications et à ces métastases un caractère commun, celui de la *chronicité :* chronicité dans les lésions qui n'appellent ici *tuberculose* ni *cancer*, chronicité dans les symptômes, depuis la fièvre qui est une fièvre lente, hectique et consomptive, jusqu'à la diarrhée qui prend la forme d'un catarrhe chronique. Nous avons montré, en un mot, que le psoriasis méritait à tous égards le titre de dartre morte que lui donnaient les anciens.

Il nous paraît intéressant de placer aujourd'hui en regard de cette grande figure du psoriasis, une autre affection qui occupe, elle aussi, un rang élevé dans la dermatologie.

Cette affection c'est l'*eczéma*, la *dartre vive* des auteurs anciens. Quelle différence de part et d'autre dans les caractères extérieurs et la marche ! Dans le psoriasis, la peau momifiée, sèche, pétrifiée, semblable à une carapace inerte, atteinte dans l'activité secrétoire de ses glandes sudorales et sébacées, frappée, en un mot, dans tous les éléments de sa vitalité, nous offrait l'image parfaite de la dartre morte. Dans l'eczéma, au contraire, c'est une suractivité vitale excessive, qui se manifeste du côté de la peau. Cette membrane devient le siége d'une sécrétion abondante; elle est brûlante, rouge, tendue, elle présente, en un mot, réunis à un haut degré, les caractères de l'inflammation. Dans le *psoriasis*, les complications suivent une marche lente et chronique, comme l'affection primitive ellemême. Dans l'eczéma, les métastases sont rapides et soudaines, remarquables par le cachet phlegmasique qui les distingue.

Reportons-nous ici à l'histoire de l'eczéma fluent. Rappelons-nous l'acuité et l'évolution rapide des manifestations répercussives dans cette forme de l'eczéma. Rappelons-nous sa disparition brusque, coïncidant avec l'apparition de complications aiguës toujours graves, souvent mortelles. Et nous aurons une idée de l'importance qu'il faut attacher à l'histoire des métastases de l'eczéma. C'est dans cet ordre de faits que se place le cas suivant observé dernièrement par nous : un enfant de très-jeune âge fut atteint d'eczéma affluent du côté des oreilles et des plis inguinaux. Cet eczéma vint à sécher subitement, mais au moment même où il semblait disparaître, survint un catarrhe bronchique suffocant, qui emporta rapidement le malade. De pareils faits ne sont pas rares : ils se rattachent à cette grande loi d'antagonisme et de balancement qui relie entre elles les muqueuses et la peau. Le caractère inflammatoire appartient donc à l'eczéma, et c'est là surtout ce qui en fait une affection si différente du psoriasis.

Nous allons maintenant entrer plus avant dans l'étude de cette maladie, de ses symptômes, de sa marche, de sa durée, de ses formes, et nous terminerons par quelques considérations relatives à sa nature, à son diagnostic et à son traitement.

Le mot *eczéma* vient du mot grec εκεω, qui veut dire, je brûle. *Sauvages* désignait cette affection sous le nom de dartre vive; *Alibert*, dans son langage imagé, l'appelait *herpes squamosus madidans*. Définir l'eczéma n'est pas chose facile, parce que cette affection présente des caractères tellement variés, des formes si nombreuses, des aspects si différents et une manière d'être si complexe qu'il est difficile d'en donner une idée complète dans une seule définition. M. *Bazin* et M. *Hardy* n'ont point échappé à cette difficulté : le premier a donné de l'eczéma une définition trop longue. Nous vous proposons à notre tour la définition suivante qui a le mérite d'embrasser dans son ampleur les caractères principaux de la maladie.

Définition. — *L'eczéma* est une maladie de la peau et des muqueuses, inflammatoire, non contagieuse, à forme tantôt *aiguë*, tantôt *chronique*, caractérisée à sa période d'état par une éruption de vésicules transparentes, petites, confluentes, sans durée, se produisant habituellement sur une surface érythémateuse, renfermant un liquide clair, séro-muqueux, pouvant être résorbé localement, épanché le plus souvent au dehors, continuant souvent à être sécrété pendant un temps considérable par les surfaces excoriées que les vésicules laissent après elles, se concrétant en croûtes minces, lesquelles, à mesure que les surfaces exhalantes se dessèchent et se cica-

trisent, sont remplacées par des squames, qui sont la dernière lésion de l'eczéma et comme l'annonce de sa fin prochaine. Au point de vue de la fréquence, l'eczéma occupe le premier rang dans la pathologie cutanée : c'est une affection très-répandue et qui représente à elle seule le tiers environ de la masse totale des affections cutanées, comme l'ont démontré les recherches statistiques de *Devergie*. Elle est de tous les sexes et de tous les âges et peut frapper toutes les régions du corps. Légère et bénigne dans la grande majorité de cas, elle peut devenir grave lorsqu'elle revêt certaines formes : dans la forme *fluente*, en raison de l'excessive sécrétion qu'elle produit et des déperditions incessantes auxquelles elle soumet les malades, dans la forme *chronique*, à cause des ulcérations qu'elle détermine et des altérations profondes qu'elle amène dans la structure de la peau. L'eczéma est donc à tous les titres une affection intéressante à étudier. Commençons par la suivre dans l'évolution de ses lésions et de ses symptômes.

Il y a lieu de distinguer quatre périodes dans la marche de l'eczéma : une période *érythémateuse*, une période *vésiculeuse*, une période d'*ulcérations, de suintements et de croûtes*, une période de *dessiccation*.

Période *érythémateuse*. Le plus souvent l'eczéma débute par une congestion érythémateuse, accompagnée d'une sensation de chaleur, de cuisson, de brûlure, de démangeaison au niveau des surfaces cutanées atteintes. Il n'est pas rare d'observer en même temps quelques accidents généraux, malaise, céphalalgie, troubles gastriques, fièvre légère. La surface érythémateuse perd vite son aspect lisse et uniforme : au bout d'un certain nombre d'heures, elle devient inégale, raboteuse et se couvre de granulations vésiculeuses très-petites, semblables à des grains de millet, tellement exiguës quelquefois qu'on ne peut les apercevoir que sous certaines incidences de lumière. Ces vésicules, confluentes, petites, transparentes, élevées sur un fonds rouge, représentent la lésion mère de l'eczéma : leur apparition correspond à la période d'état de la maladie ; elles sont essentiellement éphémères et fugaces, essentiellement variables dans leurs caractères de confluence, de ténuité et d'implantation. Pour les détruire, il suffit de la plus petite cause mécanique, d'un frottement, d'une légère contusion. Elles disparaissent en général au bout d'un petit nombre d'heures, d'une journée tout au plus.

Les symptômes de la période d'état sont à peu de chose près les mêmes que ceux de la période du début : dans cette seconde période comme dans la première, la peau est tendue, luisante, rouge, douloureuse, l'état général peut offrir aussi quelques troubles assez prononcés. Ces symptômes précèdent l'entrée en scène de la troisième période.

Dans cette troisième période, l'aspect des surfaces malades se modifie, par suite de l'évolution des vésicules, évolution qui peut se faire de deux manières différentes. Dans un premier cas, les choses se passent de la façon suivante : les vésicules se flétrissent, s'affaissent et disparaissent par suite de la résorption du liquide qu'elles contenaient, en laissant derrière elles un épiderme flétri et désormais inutile, qui est destiné à être bientôt éliminé ; puis tout rentre dans l'ordre, la rougeur et la congestion s'effacent, les surfaces atteintes reprennent leur état normal, c'est là un mode de terminaison rare, exceptionnel même, dans l'eczéma.

Voici comment les choses se passent le plus souvent. Quelques heures après leur apparition, les vésicules se crèvent et donnent issue à un liquide transparent, incolore, de consistance gommeuse, qui s'étale sur la peau et y forme une couche humide et visqueuse : à la place qu'elles occupaient existent des ulcérations très-superficielles, petites, irrégulières dans leurs contours, circonscrites par des bords taillés en biseau et baignées dans toute leur étendue par un liquide transparent, visqueux, semblable à une solution de gomme arabique, empesant le linge comme la liqueur spermatique. Abandonné au contact de l'air, ce liquide se concrète, se mélange aux débris épidermiques et forme des croûtes minces, aplaties, lamelleuses, humides, d'un blanc plus ou moins jaunâtre. Ces croûtes se reforment à mesure qu'elles se détachent et se reproduisent en quelque sorte indéfiniment, lorsque la sécrétion morbide est très-abondante et lorsqu'elle continue après la disparition des vésicules. Quand cette sécrétion est modérée, quand elle s'arrête à la fin de la période vésiculeuse, les choses se passent alors différemment : les croûtes ne se reproduisent pas, mais elles restent à la place où elles se sont formées et couvrent de leur abri protecteur le travail de cicatrisation qui s'empare des surfaces ulcérées. Tels sont les phénomènes qui caractérisent la troisième période de l'eczéma.

Dans la quatrième et dernière période, la suractivité morbide qui dominait la scène dans les premières périodes s'éteint progressivement : la sécrétion humide cesse absolument, elle est remplacée par la sécrétion sous forme de squames de l'épiderme qui n'est point encore assez sain pour rester appliqué définitivement sur le derme. Ces squames sont foliacées, lamelleuses, d'un blanc jaunâtre ; elles se détachent facilement et deviennent, à mesure que la maladie approche de la guérison définitive, de moins en moins larges, de moins en moins épaisses, de plus en plus rares, jusqu'à ce qu'enfin elles disparaissent complétement d'une surface épidermique désormais saine et durable. La *durée* de l'eczéma est variable, c'est ce que nous avait fait pressentir, du reste, l'étude de ses divers modes de terminaison ; mais, si longue que cette durée puisse être, elle ne change rien au caractère anatomique de la maladie, qui reste limitée aux couches superficielles du derme et, conséquemment, n'entraîne point la formation de cicatrices. Les modifications que l'eczéma entraîne à sa suite dans le tissu de la peau, lorsqu'il a suivi une marche chronique, sont des modifications dans les propriétés physiques de cette membrane, dans son épaisseur, dans sa coloration, dans son élasticité, dans sa résistance. Nous nous expliquons ainsi pourquoi, à la suite de l'eczéma chronique, la peau reste tendue et amincie, et pourquoi elle ne représente plus qu'une sorte de pellicule d'une ténuité extrême, d'une coloration brillante, rougeâtre, à reflets métalliques, comme vernissée, et donnant au toucher, outre la sensation d'une excessive minceur, celle d'une surface satinée. Nous nous expliquons encore, par cette perte d'élasticité et de résistance, l'impuissance où elle sera désormais de protéger efficacement les parties qu'elle recouvre. Cette altération profonde dans les propriétés de la peau nous rend compte aussi de la fréquence des engorgements circulatoires et de la tendance aux ulcérations que l'on rencontre en pareil cas. C'est surtout aux membres inférieurs que se trouvent réunies, à un haut degré, les conditions fâcheuses qui rendent particulièrement grave le pronostic de l'*eczéma chronique*.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Hernie crurale étranglée. — Opération le dixième jour *in extremis*. — Guérison.

Par M. Liégeard, de Bellême (Orne).

Le 1er août, à 2 heures du matin, je suis appelé en toute hâte auprès de Mlle C..., cuisinière, âgée de trente-six ans.

En l'absence de ses maîtres, cette fille avait été prise, dans la matinée du 22 juillet, après un travail pénible, de coliques et de vomissements qui l'avaient forcée de s'aliter.

Par une négligence incroyable, mais explicable jusqu'à un certain point par l'état d'isolement dans lequel elle se trouvait, ses maîtres étant en voyage, cette fille endura pendant neuf jours des souffrances inouïes, sans faire appeler un médecin. Une voisine, qui s'était constituée sa garde-malade, lui donnait du bouillon froid, qu'elle rendait invariablement quelques minutes après son ingestion. Pendant tout ce temps, absence complète de garde-robes et urines très-rares.

Je trouve la malade dans un état de prostration extrême, membres froids, front baigné de sueur, facies grippé, pouls misérable à 140-144, voix à peu près éteinte, comme dans la période algide du choléra; le ventre énormément ballonné, très-douloureux au moindre contact.

Tout ce cortége de symptômes si graves s'explique par l'existence d'une hernie crurale gauche, de la grosseur d'une mandarine, très-dure et irréductible. Après quelques tentatives de taxis restées infructueuses, je fais d'urgence appeler mon excellent confrère M. le docteur Jousset, qui juge comme moi la situation désespérée. Cependant, comme ressource suprême, je propose l'opération *in extremis;* la malade prend, par intervalles, une cuillerée à café de malaga.

Quand nous revenons à sept heures du matin, elle paraît si épuisée que nous n'osons recourir au chloroforme. Le lit est approché de la fenêtre, et, avec les plus grandes précautions, je procède à la kélotomie, recommandant à mon confrère de se rendre bien compte de l'état du pouls. Après l'incision des téguments, j'arrive sur l'intestin, recouvert du feuillet péritonéal injecté et distendu par de la sérosité; les anses intestinales étranglées ont un aspect violacé, sans taches noirâtres pourtant; elles sont maintenues par des adhérences très-solides (nous sommes au dixième jour de l'étranglement), qu'il faut rompre peu à peu avec le doigt et la sonde cannelée, ce qui rend l'opération très-longue et très-laborieuse. Après vingt minutes d'efforts qui m'ont paru un siècle, tant mon angoisse est grande, j'arrive sur le collet du sac, que je débride en plusieurs endroits, ainsi que le ligament de Gimbernat, à l'aide du bistouri boutonné.

Une portion d'intestin est alors tirée au dehors pour nous assurer de son état. Chose remarquable, l'intestin n'est point sphacélé, après un si long étranglement, et on le fait rentrer facilement.

Pansement simple sur les lèvres de la plaie, frictions énergiques avec des flanelles chaudes sur les membres de la malade, bouteilles d'eau chaude aux pieds, potion cordiale au malaga.

Au bout d'une demi-heure, le pouls s'est sensiblement relevé, facies meilleur, quelques cuillerées de bouillon chaud sont avalées et supportées.

Vers midi, un lavement purgatif procure des garde-robes très-copieuses, d'une grande fétidité, le ventre s'affaisse sensiblement.

Prescription : vin vieux, bouillons, frictions sur tout le corps pour entretenir la chaleur.

Le soir, pouls plein à 120, respiration ample, peau chaude, pommettes colorées; la malade demande un potage, qu'elle prend avec plaisir.

Nuit assez bonne, sommeil calme.

Le lendemain matin, 20 grammes d'huile de ricin provoquent plusieurs selles; pouls 112-116, chaleur modérée, ventre affaissé et indolore; la plaie a très-bon aspect.

Prescription : bouillon, potages, vin de Bordeaux.

Aucune complication n'est venue entraver la convalescence. Quinze jours après, l'opérée peut rester levée plusieurs heures assise dans un fauteuil; la plaie a très-bonne mine et marche vers une cicatrisation rapide; l'appétit est excellent, et l'intestin fonctionne bien. Quinze jours plus tard, la guérison est achevée, et Mlle C... va passer un mois à la campagne.

Elle en revient avec un teint frais, coloré, et reprend ses occupations qu'elle n'a pas interrompues depuis lors. Ce fait nous a paru digne d'être signalé à l'attention des praticiens de la campagne, ne fût-ce qu'à titre d'encouragement à tenter l'opération, même dans les cas en apparence les plus désespérés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 août 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique envoie l'ampliation d'un décret par lequel l'Académie est autorisée à accepter le legs du très-regretté Gerdy (4,500 francs).

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie le compte rendu des maladies observées dans le département de l'Ardèche pendant l'année 1874 (commission des épidémies).

M. le ministre transmet également à l'Académie la demande d'exploitation de nouvelles sources situées à Vals (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remercîments de M. Glénard (de Lyon), récemment élu membre correspondant;

2° Une lettre de M. Lucien Demorarez Sarmento (de Rio Janeiro), qui sollicite le titre de membre correspondant étranger (commission des correspondants étrangers);

3° Un mémoire ayant pour titre : *Épidémie de typhus de Rouizan, et typhus endémique du Finistère*, par M. le docteur Gestin, médecin en chef de la marine à Brest (commission des épidémies).

4° Une note de MM. Ducom et Burcq intitulée : *De l'action des sels solubles de cuivre sur les animaux.* En voici le résumé :

« Les sels solubles de cuivre (l'acétate neutre, le sulfate et le chlorure double de cuivre et d'ammonium) donnés aux chiens en poudre dissimulée dans des boulettes de viande crue hachée, dans des fragments de viande cuite, dans du pain azyme enrobé de viande, etc., progressivement depuis la dose de 10 centigrammes jusqu'à celle de 1 gramme par jour, sont tolérés facilement et n'amènent, en général, aucun accident. Lorsqu'on dépasse la dose de 1 gramme, et qu'on l'élève à *deux, trois* et *quatre* grammes, les chiens sont encore bien portants et mangent toujours bien leur pâtée; mais le plus souvent, au bout d'une heure ou deux, ils en vomissent une part plus ou moins grande. On peut néanmoins continuer, dans ces conditions, à leur faire prendre 2, 3 et 4 grammes de sel de cuivre par jour (deux de ces animaux encore en cours d'expérience, auxquels l'énorme dose de 4 grammes de vert-de-gris a été plusieurs fois administrée, n'ont rien perdu à cette heure, 1er août, ni de leur entrain, ni de leur appétit); mais il arrive un moment où les sujets mis en expérience refusent obstinément les aliments cuivrés d'abord, puis ceux même qui ne le sont pas. Ils maigrissent alors rapidement et finissent par succomber. Dans un mémoire *in extenso* seront donnés tous les détails des autopsies et analyses des viscères. »

PRÉSENTATIONS

M. **Hérard** présente à l'Académie une observation de monstruosité recueillie par M. le docteur Pasquet-Labroue, de Charroux (Vienne), chez une femme de sa clientèle, récemment accouchée.

Dans ce fait intéressant et rare, il s'agit de deux enfants du sexe masculin, de grosseur moyenne, paraissant bien constitués et unis

étroitement, non pas par la région dorsale, comme les sœurs Millie-Christine, mais par la partie antérieure du corps. Les deux têtes et les deux cous, de même volume, étaient complétement libres, ainsi que les deux bras et les deux membres inférieurs de chaque sujet : les deux troncs étaient indépendants dans toute leur partie postérieure. Les organes génitaux étaient également bien conformés. L'autopsie démontra l'absence du sternum et la réunion en une seule des deux cavités thoraciques et des deux cavités abdominales. La cavité thoracique contenait quatre poumons normaux, mais un seul péricarde enveloppait les deux cœurs, étroitement unis, de telle sorte qu'il fut impossible de les séparer sans entamer la substance même de l'organe, bien qu'il y eût une ligne de démarcation assez apparente. Un seul diaphragme séparait le thorax de l'abdomen. En ouvrant la cavité abdominale, on trouvait un foie unique, plus volumineux qu'à l'état normal, et une seule vésicule biliaire. Il existait deux œsophages venant s'ouvrir par deux orifices distincts dans un estomac unique, d'où, par deux orifices également distincts, partaient deux appareils intestinaux complets allant aboutir chacun à un anus perforé. On trouvait quatre reins et deux rates, dont le volume et la situation n'offraient rien de particulier.

Je n'insisterai pas, dit M. Hérard, sur les autres détails de ce cas curieux. On comprend sans peine quelles difficultés a dû présenter l'expulsion de ce monstre. Ce n'est qu'après avoir opéré la crâniotomie de l'un des deux enfants que M. le docteur Pasquet-Labroue, assisté d'un de ses confrères, M. Chevrier, a pu terminer heureusement l'accouchement. J'ajouterai que la femme avait eu antérieurement neuf enfants tous vivants et bien portants.

M. DOLBEAU présente les trois brochures suivantes : 1° *Des indications et contre-indications de l'hydrothérapie*, par M. le docteur Leroy-Dupré; 2° *Du scotome scintillant ou amaurose partielle ou temporaire*, par M. le docteur Dianoux; 3° *De l'état de la lithotritie périnéale tant en France qu'à l'étranger; — De la réduction de luxations de la cuisse par la flexion combinée à la flexion du membre, — De la suture osseuse dans le traitement des pseudarthroses de l'humérus*. Ces trois brochures sont de M. le professeur Dolbeau.

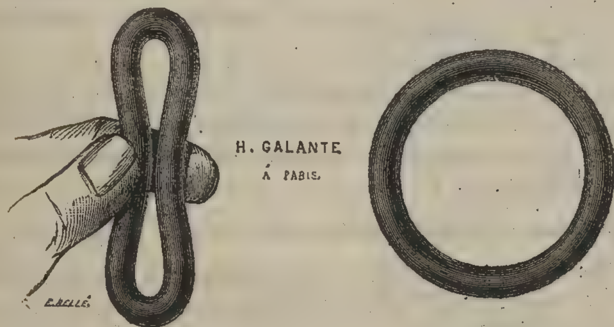
M. BOULEY présente, de la part de M. le docteur Burggraeve, professeur émérite de l'université de Gand, le 5e volume de ses *Œuvres médico-chirurgicales*.

M. BROCA présente, au nom de l'*Association française pour l'avancement des sciences*, le compte rendu de la troisième session de cette association, tenue à Lille en 1874.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. GOSSELIN présente au nom de M. Dumontpallier, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, un *anneau-pessaire* qui n'est qu'une modification de celui de M. Meigs, de Philadelphie.

Ce pessaire-anneau est composé de plusieurs spirales d'un ressort de montre, très-souple et très-élastique, dont les extrémités sont



retenues par un fil métallique circulaire, lequel permet un certain jeu aux deux extrémités du ressort; de plus les tours des spirales, au milieu de leur course, sont maintenus dans le même plan par un petit anneau mobile qui laisse à chaque spirale son indépendance. De la sorte nous avons obtenu un anneau-pessaire d'une très-grande souplesse et qui, quelque forme qu'on lui donne par la pression, revient toujours à sa forme circulaire primitive. Il résulte de cette disposition que l'anneau peut être introduit avec une grande facilité. De plus, lorsqu'il a été mis en place, sa souplesse lui permet de se modeler sur les parties avec lesquelles il est en rapport. Il ne peut donc être une cause de gêne pour le rectum ou pour le bas-fond et le col de la vessie. La souplesse de cet anneau lui permet aussi de changer passagèrement de forme, sur l'un ou l'autre des points de sa circonférence; mais son élasticité lui rend sa forme circulaire aussitôt que la pression périphérique a disparu. Cette pression périphérique varie à l'infini suivant l'état de vacuité ou de réplétion des réservoirs du petit bassin et suivants les différents mouvements des malades.

M. LE PRÉSIDENT a la douleur d'annoncer à l'Académie la perte qu'elle vient de faire en la personne d'un de ses membres les plus âgés, M. le docteur Desportes, de la section d'histoire naturelle et de thérapeutique. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui mardi. Le bureau de l'Académie y assistait, et M. Chatin, vice-président, a prononcé un discours improvisé.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

(Voir le *Premier-Paris*.)

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 mai 1875 (1). — Présidence de M. GALLARD.

M. PORGET termine la lecture de son discours :

Les arguments du rapport sont les suivants :

1° L'union fait la force.

Cette maxime est vraie, mais elle s'applique aux faibles, aux êtres souffrants, débilités; pour eux, il y a avantage à l'invoquer. C'est une condition de salut et d'existence.

Mais cette maxime se retourne contre le rapport, si je l'applique à la Société de médecine, d'une robuste constitution, munie d'organes fonctionnant bien, et c'est sous le bénéfice de votre maxime : *L'union fait la force*, que je me place en disant à mes collègues : soyez unis, serrez vos rangs, ne les ouvrez qu'à bon escient, et pour y recevoir des membres nouveaux individuellement, après épreuve et examen identiques à ceux que vous avez subis vous-mêmes.

Mais, me dira-t-on, vous agissez en égoïste, vous êtes solide, robuste, et vous repoussez non pas des frères, mais pour me servir du langage sentimental du rapporteur, *deux sœurs* qui sont intéressantes par leur situation. D'abord ces sœurs ne nous ont rien demandé, et je crains bien qu'en allant au devant d'elles, vous en soyez pour vos frais, et qu'elles ne repoussent vos avances; l'une surtout, fière à bon droit de tenir son origine de l'immortel Bichat et décidée à lui rester fidèle.

Passons à un autre argument tiré de l'avantage qu'offre le nombre des membres.

M. le rapporteur nous a fait un tableau attristant de ces sociétés d'où les membres se détachent un à un, si bien qu'elles peuvent voir le combat cesser faute de combattants.

Dieu merci, toujours uniquement préoccupé de la Société de médecine, ce n'est pas à elle que le tableau s'applique. Ici l'on n'est pas condamné, que je sache, à parler devant les banquettes vides; le nombre des assistants est égal, j'en ai fait le rapprochement, à celui des membres assidus aux séances de la Société de chirurgie de Paris, à laquelle vous faites pour ainsi dire pendant dans l'ordre de la médecine, et ce n'est point par défaut d'auditoire que l'intérêt des séances ne se soutient pas toujours au même degré; c'est la loi commune. En fait de nombre, je crois qu'on peut dire des membres d'une société ce que l'on répète avec raison depuis longtemps des œuvres médicales : *Non numerandæ sed perpendendæ*.

C'est ce qu'avait compris un groupe intelligent de l'Académie qui,

(1) Fin. — Voir le numéro du 10 août.

contrairement à ce qu'on vous propose, avait fait une tentative ayant pour but de réduire le chiffre de ses membres.

En faveur de l'importance du plus grand nombre pour une société de médecine, M. le rapporteur fait valoir cet autre argument, à savoir que la société ne peut remplir complétement sa mission que si chaque spécialité même y est représentée. Eh bien, si je regarde autour de moi, je vois assis sur les fauteuils de la société des hommes qui, par leurs travaux et les distinctions académiques qu'ils leur ont méritées, répondent au désir de M. le rapporteur, et je ne vois pas qu'il y ait à ce point de vue une lacune à remplir parmi nous.

Je me bornerai, messieurs, à cet exposé, qui a pour objet de vous démontrer qu'il n'y a pour la Société de médecine ni opportunité ni utilité à changer les conditions de son existence; qu'elle s'exposerait en entrant dans la voie que l'on ouvre devant elle à courir des hasards qui ne pourraient que la diminuer, s'ils ne l'effaçaient complétement.

Permettez-moi de vous répéter, et c'est par cette citation que je terminerai, ce qu'écrivait il y a quelques années notre très-aimé secrétaire général Bois de Loury dans la préface de votre premier fascicule : « Malgré la perte des prérogatives officielles qui lui étaient dévolues durant les vingt premières années de son existence, la Société de médecine en appelant dans son sein les praticiens qui ont donné des gages de savoir et de moralité, n'a rien perdu de son importance scientifique dans les diverses questions de science et de pratique dont le corps médical s'est préoccupé. »

Rappelez-vous enfin, messieurs, au moment de décider par votre vote de l'avenir de la Société de médecine de Paris, que les nombreux et distingués collègues qui, dans ces derniers temps, ont brigué vos suffrages et sont venus grossir vos rangs, vous ont prouvé qu'être digne de se présenter dans votre compagnie est toujours un sujet d'émulation pour les jeunes praticiens, qui savent que l'impulsion scientifique s'y est conservée comme à son origine, et que les traditions d'honorabilité professionnelle et de moralité dans l'art se perpétuent au sein de cette société, qui, arrivée à la quatre-vingtième année de sa fondation, conserve sa verdeur native, que vous transmettrez à vos successeurs, et ceux-là aux générations qui la suivront.

Je vote contre les conclusions de la commission.

DISCUSSION

M. MERCIER. La proposition de M. Motet ne me semble pas admissible. Il s'agit naturellement d'admettre aussi bien les fonds pécuniaires que scientifiques. Or les membres qui resteront fidèles à leur société resteront aussi propriétaire de leur avoir, n'y en eût-il qu'un.

M. LUNIER. Il y a quatre ans, quand nous avons songé à la fusion, nous étions bien loin d'être dans une situation aussi florissante qu'aujourd'hui. Je me rallie entièrement à la pensée généreuse qui a dicté la proposition, mais je ne pense pas que celle-ci arrive dans un moment opportun.

Je crois que l'amendement de M. Motet est impraticable.

Enfin l'observation de M. Mercier est considérable, un seul membre suffirait pour empêcher de passer à la société générale les fonds des autres sociétés. Je suis tout à fait de l'avis de M. Forget et ne crois pas que ce soit le nombre qui puisse augmenter la valeur d'une société.

M. DE RANSE. M. Forget, en se taxant lui-même d'égoïsme, me permettra de lui dire que nous nous sommes élevés jusqu'à l'intérêt général professionnel, et aujourd'hui nous nous demandons si nous ne devons pas désirer la fusion pour rendre service à d'autres sociétés. M. Forget nous dit aussi que la qualité vaut vieux que le nombre. Mais, dans le cas actuel, nous gagnerons en nombre sans perdre en qualité. De plus, le nom de la société générale resterait la nôtre parce que nous avons pour nous l'ancienneté d'abord, parce que l'idée de fusion vient de chez nous.

En ce qui touche l'amendement de M. Motet, je pense exactement comme MM. Lunier et Mercier.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix les conclusions du rapport, c'est-à-dire « l'adoption en principe de la fusion entre la Société de médecine de Paris et *certaines* sociétés médicales ».

Le dépouillement du scrutin donne les résultats suivants.

Sur 27 bulletins :

Pour l'adoption	7
Contre l'adoption	18
Bulletins blancs	2
Total	27

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, GILLEBERT DHERCOURT fils.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

211. Troy. De l'amputation de la jambe par le procédé de M. le professeur Sédillot. Nouvelles modifications.

212. Dumonteil-Grampré. De l'abcès sous-lingual.

213. Delacou. De la pleurésie aréolaire et de l'infiltration œdémateuse des fausses membranes pleurales.

214. Chautemps. Des hémorrhagies dans la cirrhose du foie.

215. Loiseaux. Cancer latent de l'estomac.

216. Richardin. Considérations sur le milieu nosocomial.

217. Serre. Contribution à l'histoire des hémorrhagies puerpérales secondaires.

218. Magon. De la torsion des artères.

219. De Fonmartin. De la conduite de l'accoucheur dans la persistance des positions occipito-postérieures.

220. Brindel. Étude sur les luxations sus-acromiales de la clavicule.

221. O'Neill. Quelques considérations sur l'emploi de la compression digitale dans le traitement des anévrysmes chirurgicaux.

222. Lasbats. Diagnostic différentiel des vertiges.

223. Sauvé. Des moyens de prévenir l'infection purulente.

224. Monart. Considérations sur l'adénite cervicale chez les soldats.

225. Grau y O'donnell. Des lésions non spécifiques du mamelon pendant l'allaitement.

226. Cadiat. Étude sur l'anatomie normale et les tumeurs du sein chez la femme.

227. Morice. De la dengue (fièvre éruptive des pays chauds) et de sa distribution géographique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'ouverture du concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes au 1er janvier 1876, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le jeudi 7 octobre, à quatre heures précises dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mercredi 8 septembre jusqu'au samedi 25 du même mois inclusivement.

Conditions de l'admission au concours et formalités à suivre.

Dispositions réglementaires. Pour les places d'élèves, les étrangers peuvent concourir et obtenir des nominations, en satisfaisant aux conditions exigées.

Tout étudiant qui se présente au concours ouvert pour les places d'élèves externes doit être âgé de dix-huit ans au moins et vingt-six ans au plus.

Toutefois l'élève qui atteindrait vingt-six ans avant l'expiration de ses fonctions peut, si sa conduite n'a donné lieu à aucune plainte, être autorisé à concourir de nouveau pour l'externat, et, si les épreuves de concours lui sont favorables, être prorogé dans sa fonc-

tion d'externe jusqu'à vingt-huit ans, de telle sorte qu'il puisse conserver la faculté de se présenter au concours de l'internat jusqu'à la limite d'âge fixée par le règlement.

Il doit produire :

1° Son acte de naissance ;

2° Un certificat de vaccine ;

3° Un certificat de bonne vie et mœurs, délivré par le maire de la commune où il est domicilié ;

4° Le certificat d'une inscription au moins à l'une des facultés de médecine.

Néanmoins les étudiants qui se présenteraient sans pouvoir produire encore ce dernier certificat seront inscrits provisoirement, sous la réserve de justifier de la possession d'une inscription avant la clôture du concours.

Les candidats qui désirent prendre part au concours devront se présenter au secrétariat général de l'administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet, vingt-cinq jours au moins avant l'ouverture du concours. Les candidats absents de Paris ou empêchés, devront demander leur inscription par lettre chargée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture de la liste ne sera point accueillie.

Les épreuves pour le concours aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie sont réglées ainsi qu'il suit :

Une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive. Il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question après cinq minutes de réflexion.

Une deuxième épreuve sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie. Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question après cinq minutes de réflexion.

Le maximum de points à attribuer aux candidats pour chacune de ces épreuves est fixé à vingt.

Les questions sont rédigées par le jury avant l'ouverture de la séance et tirée au sort entre trois au moins. Les questions sorties sont les mêmes pour tous les candidats qui sont appelés dans la séance.

Dans le concours ayant pour objet le choix des élèves externes, le jury décide s'il existe un nombre de concurrents suffisamment instruits pour remplir toutes les places vacantes.

Lorsque le nombre des candidats capables d'être nommés dépasse celui des places à donner, le jury dresse une liste supplémentaire composée de concurrents non nommés, mais qu'il déclare néanmoins capables de suppléer, au besoin, les titulaires, et qu'il classe dans l'ordre de mérite.

Cette liste est destinée à pourvoir aux vacances qui peuvent survenir pendant l'année.

A l'ouverture du concours le 7 octobre, à quatre heures, le président du jury tirera immédiatement au sort le nom des élèves qui devront subir l'épreuve orale dans cette séance.

Il sera remis à chaque élève inscrit une carte spéciale, sur la présentation de laquelle il sera reçu à l'amphithéâtre pour suivre les séances du concours.

Nota. — Les extraits de naissance venant des départements et les certificats délivrés par les médecins ou fontionnaires étrangers à l'administration de l'Assistance publique devront être légalisés.

Avis spécial. — Les candidats qui justifieront de leur engagement volontaire d'un an, à partir du 1er novembre prochain, seront admis, par exception, à subir concurremment les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Les engagés volontaires d'un an qui doivent être libres le 1er novembre prochain, et qui se seront fait inscrire pour prendre part au concours, seront appelés à subir la première épreuve à partir du 12 novembre.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 14 août 1875, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

1° Rapport de M. Camuset sur le travail de M. le docteur Dubrisoy (tubercules de la choroïde); 2° corps étranger des voies digestives (son introduit dans l'œsophage) par M. de Saint-Germain.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité clinique des maladies des femmes, par le docteur Robert Barnes. Traduit de l'anglais par le docteur A. Cordes. Précédé d'une préface du professeur Pajot. — 1 vol. in-8° de 787 pages avec 169 figures intercalées dans le texte. Prix : 16 francs. — Paris, 1875, G. Masson.

De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, par le docteur Samuel Pozzi. — In-8° de 160 pages avec une planche, cinq figures et de nombreux tableaux. Prix : 5 francs. — Paris, 1875, G. Masson.

Étude comparative des diverses méthodes de l'exérèse. Thèse présentée au concours pour l'agrégation (section de chirurgie), par le docteur Ch. Monod. — Paris, 1875, in-8° de 115 pages. Prix : 2 fr. 50. — J. B. Baillière et fils.

Nouvelle méthode de traitement de la goutte, de la gravelle urique et du rhumatisme goutteux, par le docteur G. Bouffier. — In-8° de 40 pages. Prix : 1 franc. — Paris, 1875, G. Masson.

Traité pratique et théorique de la syphilis et des maladies vénériennes, par MM. les docteurs L. Belhomme et Aimé Martin. 2e édition entièrement refondue. — 1 vol. in-8° de 804 pages. — Paris, 1875, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Guérison de la maladie de Ménière par le sulfate de quinine.

Alors que les idées de Trousseau dominaient en thérapeutique, on n'eût point hésité, sans doute, à faire rentrer dans la classe des *médications substitutives* celle que M. Charcot vient d'expérimenter avec succès contre la maladie de Ménière.

En effet, en donnant le sulfate de quinine dans cette maladie, où un bruit de sifflet perçu subjectivement dans les oreilles précède ordinairement les accès, M. Charcot songeait à remplacer ce bruit de sifflet par une autre sorte d'hallucination auriculaire, c'est-à-dire par le bourdonnement quinique.

Il espérait que le phénomène initial faisant défaut, les autres phénomènes qui viennent d'ordinaire à sa suite pourraient manquer également : qu'ainsi les vertiges avec sentiment de culbute et parfois culbute effective soit en avant soit en arrière, les hallucinations diverses, la crainte de tomber dans un précipice ouvert sous ses pieds, la sensation de chute au moindre mouvement, les vomissements, les nausées, tout cet ensemble qui constitue le vertige labyrinthique n'aurait plus l'occasion de se manifester, malgré la persistance des lésions de l'oreille, lorsque le bruit provocateur serait couvert ou remplacé par un autre bruit, également subjectif.

Le succès a été complet chez plusieurs malades, notamment en ville, chez une jeune dame que ses médecins traitants croyaient épileptique, parce qu'elle était plusieurs fois subitement tombée en avant lorsque ses accès la prenaient.

Ce genre de chute sans perte de connaissance, ces accès subits de vertiges avec vomissements étaient déjà considérés par M. Charcot comme devant se rattacher à la maladie de Ménière avant qu'il eût interrogé la malade sur ses perceptions auditives et l'état de ses oreilles; mais, dès la première question, le diagnostic fut confirmé d'une manière évidente.

Avant les accès, la malade percevait toujours un bruit de sifflet, et comme elle demeurait tout près d'un chemin de fer, elle demandait souvent alors à son mari quel était le train qui passait.

M. Charcot prescrivit le sulfate de quinine à doses modérées, mais suffisantes pour produire le bourdonnement, et il ne fallut que quelques semaines pour faire cesser définitivement les accès.

Le résultat fut peut-être encore plus frappant chez une malade de la Salpêtrière que M. Charcot nous a montrée. Cette malade, âgée de cinquante-deux ans, était affectée depuis plusieurs années déjà de la façon la plus intense. Chez elle, il n'existait pas seulement de simples accès de vertige isolés et momentanés, séparés par des intervalles de santé parfaite. Elle en était venue à ne pouvoir plus quitter son lit, tant la moindre secousse, le moindre mouvement, provoquait de malaise. Elle apercevait sans cesse autour d'elle des précipices, elle croyait tomber et se cramponnait avec terreur à tout ce qu'elle pouvait saisir. Les hallucinations de l'ouïe et de la vue étaient chez elle concomitantes et prenaient des formes diverses. Elle se plaignait habituellement de nausées et vomissait souvent. Depuis l'enfance elle avait souffert des oreilles. Vers l'âge de dix-sept ans, elle se fit traiter durant plusieurs mois pour des douleurs extrêmement vives qu'elle y éprouvait, et l'on avait alors constaté une perforation de la membrane du tympan. Les douleurs se calmèrent; mais la surdité, très-marquée à droite, est à peu près complète à gauche. Il y eut une époque de sa vie, vers l'âge de trente-deux ans, où cette malade éprouva des accès qui semblaient plutôt se rattacher à l'hystérie qu'à la maladie de Ménière. Elle n'entendait point de sifflement alors; mais, depuis le début des derniers accidents, c'est-à-dire depuis une huitaine d'années, ces sifflements étaient devenus continuels. Sous l'action du sulfate de quinine, à la dose de cent vingt centigrammes par jour, ils cessèrent : et dès ce moment les hallucinations, les nausées, les vertiges disparurent presque absolument. Il fallut bientôt interrompre le traitement, parce qu'il fatiguait l'estomac; puis on reprit le sulfate de quinine à la dose de soixante-quinze centigrammes par jour, pendant quelques semaines. Aujourd'hui la malade ne prend plus rien, mais son état s'est tellement amélioré qu'elle se lève et peut marcher seule. Elle ne vomit plus jamais.

Quelques autres faits, non moins encourageants, nous ont été cités par M. Charcot, et bien que son expérience sur ce sujet ne remonte pas à plus de trois mois, il peut déjà recommander avec confiance ce genre de médication.

Abandonnée à elle-même, la maladie de Ménière ne s'améliorait le plus souvent et ne cédait que quand la surdité devenant complète, les hallucinations de l'ouïe et les sifflements subjectifs disparaissaient avec les fonctions de l'organe.

En thérapeutique, les théories les plus probables, les plus compréhensives, celles qui conduisent aux hypothèses les plus fécondes, devraient toujours être préférées. Malheureusement, en cela comme en bien d'autres choses, on aime sou-

vent le changement pour lui-même. Aujourd'hui, dans l'enseignement officiel, dans les examens, on ne veut plus entendre parler de médication substitutive. L'interprétation ingénieuse, satisfaisante pour l'esprit, par laquelle Troussseau faisait comprendre la disparition d'un trouble morbide sous l'influence d'un trouble provoqué qu'on lui substituait dans le même siége, cette interprétation a fait place à d'autres hypothèses, qui paraissent peut-être moins vitalistes, mais qui sont certainement plus problématiques encore. On dit, par exemple, que l'application du nitrate d'argent ou du sulfate de cuivre sur une conjonctive enflammée ne peut guérir une conjonctivite que par la destruction chimique de quelque germe indéterminé, de quelque principe inconnu, dont la présence la causait et l'entretenait. Cette hypothèse est à la rigueur admissible lorsqu'il s'agit de l'application extérieure et locale d'un modificateur aux puissantes affinités. Mais lorsqu'on fait disparaître un trouble purement dynamique, un phénomène subjectif, en lui substituant un autre trouble, un autre phénomène également subjectif, produit par un médicament, dans le même appareil fonctionnel, il faut bien laisser de côté les théories germinatives; et le mieux est d'en revenir purement et simplement aux formules de Trousseau.

Paralysie agitante.

Dans la paralysie agitante, il n'est rien peut-être qui soit plus caractéristique que l'attitude. On peut comparer à ce point de vue un homme qui se trouve dans le service de M. Hayem, à la Charité, et une malade de la Salpêtrière, que M. Charcot vient de faire représenter dans une magnifique planche de la nouvelle édition de ses leçons (1).

Ces deux malades, qui sont bien loin d'être également affectés, et qui diffèrent beaucoup à d'autres points de vue, se ressemblent étrangement par le maintien.

L'un et l'autre ont le cou penché, la tête portée en avant, les traits presque immobiles, l'œil un peu hébété, les bras, les avant-bras, les poignets, les doigts en demi-flexion. Ils sont, pour ainsi dire, recoquevillés sur eux-mêmes, regardent droit devant eux et semblent fixés dans la position qu'ils ont prise. Ils se tournent tout d'une pièce, et ils se déplacent en quelque sorte tout d'une pièce; ils ont la *démarche d'un pachyderme*, suivant l'expression assez heureuse de M. Charcot.

Enfin ils présentent l'un et l'autre un tremblement continu des membres, des muscles du tronc, de la langue, des lèvres, et même de la mâchoire, quand la bouche est ouverte. La parole en devient gênée, hésitante, mal articulée : mais elle est encore assez rapide chez le malade de M. Hayem, tandis qu'elle est des plus lentes chez la malade de M. Charcot.

Le malade de M. Hayem exécute d'ailleurs bien plus facilement que celle-ci tous les mouvements volontaires. Il éprouve continuellement le besoin de marcher; mais il règle sa marche comme il le veut, il ne l'accélère que s'il le veut, il résiste à toute impulsion communiquée; tandis qu'au contraire la malade de M. Charcot, à la suite d'une très-légère propulsion soit en avant, soit en arrière, avance ou recule avec une vitesse toujours croissante, comme tomberait un corps lourd. En effet, sa marche a lieu suivant un mécanisme qui ressemble beaucoup à celui d'une chute. Le centre de gravité une fois déplacé, elle tend à reprendre son équilibre en faisant osciller successivement chacune de ses jambes dans le sens du déplacement. Mais ces oscillations ne sont jamais assez promptes pour rétablir un équilibre stable, et le mouvement continue en s'accélérant de lui-même, suivant les lois purement physiques de la pesanteur. Pour lancer cette femme en arrière, il suffit de la tirer légèrement par la jupe. Pour qu'elle s'arrête alors, il faut qu'elle ait rencontré quelque obstacle contre lequel elle reste appliquée. Autrement elle tomberait bientôt par excès de vitesse acquise. On trouvera son observation très-détaillée dans l'ouvrage cité, pages 389 et suivantes. Rien de pareil n'existe chez le malade de M. Hayem. Il avance et recule, s'arrête et se retourne sans difficulté. Et cependant, ainsi que nous l'avons dit plus haut, sa démarche n'est pas normale. On dirait qu'il est économe de mouvements. Il ne s'écarte de la fixité de son attitude habituelle que dans la mesure indispensable pour remplir le but qu'il veut atteindre. Par exemple, il peut tourner la tête, redresser le cou, étendre le bras, mais il ne le fait qu'intentionnellement et avec une grande dépense d'attention, sinon avec un certain effort. Il n'est pas soudé, pour ainsi dire, comme le sont d'autres malades, puisqu'il n'est aucun changement de position qui lui soit impossible, mais il revient bien vite à la même attitude, comme certains corps élastiques reprennent leur forme aussitôt qu'on les abandonne à eux-mêmes.

La paralysie agitante est d'autant plus intéressante à bien connaître dans sa physionomie symptomatique que c'est une affection essentiellement nerveuse, sans aucune lésion anatomique, qui ne menace pas directement la vie et qui, paraît-il, peut guérir, au moins exceptionnellement.

Comme toutes les affections nerveuses proprement dites, elle prend fort souvent son origine dans des émotions ou dans d'autres causes morales.

Le malade de M. Hayem a été trois fois, lors de la Commune, sur le point d'être fusillé. A la suite de ces secousses il fut pris d'une céphalalgie extrêmement violente qui persista environ trois mois et demi. Puis survint le tremblement, d'abord peu accusé et gênant surtout pour écrire.

Ce tremblement augmenta peu à peu jusqu'à l'admission dans le service. Depuis lors, il semble plutôt diminuer. Pourtant, ce n'est point un des cas où le séjour de l'hôpital est utile parce qu'il en résulte un meilleur régime alimentaire. Cet homme, chef d'atelier pour les terrassements de chemin de fer, n'avait jamais souffert de privations. Notons seulement qu'il était parfois exposé, durant son travail, au froid humide, et ceci est à remarquer, car les rhumatismes et les diverses affections nerveuses ne sont pas sans point de contact.

Depuis qu'il tremble, cet homme ne souffre plus de la tête; mais il accuse des douleurs dans la région sacro-lombaire ou, suivant son expression propre, de la faiblesse de reins. En outre, il ne peut être assis pendant quelques temps sans éprouver, dit-il, des sensations désagréables, des *picotements*, des *inquiétudes* dans les jambes. Il lui semble toujours avoir trop chaud. Pendant l'hiver il ne peut garder qu'un simple drap sur lui. C'est un phénomène général dans la paralysie agitante, et certains auteurs attribuent, avec apparence de raison, les pneumonies assez fréquentes dans cette maladie à cette sensation illusoire de chaleur extrême.

Le tableau de la paralysie agitante a été tracé de main de maître par M. Charcot, dans son livre. Et il ne faut pas oublier que c'est surtout aux savantes recherches de ce professeur que l'on doit de pouvoir cliniquement distinguer cette affection d'une autre, voisine en apparence, très-différente en réalité, la sclérose en plaques.

Dr Victor REVILLOUT.

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux* faites à la Salpêtrière, par J. M. Charcot, recueillies et publiées par Bourneville. 2e édition, grand in-8. — Paris, 1875, Adrien Delahaye et Ce, éditeurs.— Tome Ier. Prix, 12 fr.

QUELQUES MOTS

SUR LES MANIFESTATIONS RHUMATOIDES DE LA BLENNORRHAGIE (1)

Par M. le docteur QUINQUAUD.

OBS. II. — *Ténalgie de l'insertion inférieure des tendons d'Achille. Vaginite. — Arthralgies multiples.*

B... (Victorine), dix-neuf ans, domestique, est entrée le 18 janvier 1869, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Adélaïde, n° 18.

Cette jeune fille raconte que depuis un mois, après un coït suspect, les pertes blanches qu'elle avait auparavant ont augmenté, et que depuis douze jours seulement elle souffre en urinant.

19. — P. 94, T. V. 38°,2. Rien au cœur.

20. — P. 90, T. V. 38°. — Soir T. V. 37°,9, P. 84; sueurs peu abondantes; douleurs abdominales; a commencé à ressentir des douleurs dans les articulations du coude et de l'épaule droite, sans aucune déformation.

21. — P. 86, T. 37°9, les pertes continuent. — Soir. P. 92, T. 38°6, se *trouve plus mal, souffre de la tête.*

22, soir. — P. 84, T. V. 37°,7, depuis quatre heures du soir, elle souffre davantage dans le coude et l'épaule droite; douleur dans le mollet; ne souffre pas dans le genou; douleur à la plante des pieds; quand on presse au niveau de l'insertion inférieure du triceps sural, on détermine une sensation de brûlure; point de douleur dans l'articulation du cou-de-pied.

23. — P. 70, T. 37°,8; pas de fièvre; se trouve mieux; douleur en urinant. A l'examen au spéculum on constate que du pus est dans l'urèthre, dans le vagin; le col est rouge, érodé, présentant des granulations à sa lèvre antérieure et à sa lèvre postérieure.

Soir. — T. 38°,4 les douleurs ont augmenté, aux épaules, aux coudes et *aux talons*, en arrière; les deux genoux sont douloureux sans qu'il y ait d'épanchement.

24. — P. 92, T. 37°,8; douleur très-vive, très-accusée à l'épaule droite; l'écoulement a diminué.

Soir. — P. 76, T. V. 38°4; souffre davantage de l'épaule, des deux genoux, des deux jambes et des talons en arrière, en pressant sur les jointures, à peine si l'on détermine un peu de douleur; pas trace de gonflement.

25. — P. 80, T. V. 37°,9, l'épaule droite est moins douloureuse; la douleur du coude droit a disparu ainsi que celle des deux genoux.

Soir. — P. 72, T. 37°,2, ne souffre que de l'épaule droite.

26. — P. 76, T. 37°,8, n'aurait plus qu'une légère douleur abdominale.

Soir. — T. 37°,2, encore légère douleur à l'épaule; mal à la gorge.

La malade sort de l'hôpital dans les premiers jours de février, ne conservant qu'un peu de faiblesse avec quelques douleurs dans l'épaule droite. Le traitement a été local, tampons au glycérolé de tanin, avec quelques injections astringentes et plusieurs cautérisations du col avec le nitrate d'argent.

OBS. III. — *Vaginite. — Arthralgies multiples. — Diarrhée légère. — Épistaxis. — Adénite sus-claviculaire. — Persistance de ces phénomènes pendant deux mois. — Traitement : copahu, injections, tampons à l'alcool et au glycérolé de tanin.*

La nommée Léonie P..., âgée de dix-sept ans et demi, domestique, née à Paris, est entrée le 4 janvier 1869 à la salle Sainte-Adélaïde, n° 7.

4 janvier. — Rougeole à treize ans, pneumonie et deux mois après pleurésie à droite. Elle n'a jamais eu de rhumatisme; réglée à l'âge de quinze ans; suppression depuis deux mois. Il y a trois semaines, elle s'est livrée à des excès de coït; dans la nuit même, elle a éprouvé une sensation de chaleur âcre et s'est lavée avec de l'eau fraîche. Huit jours après, douleur, cuisson en urinant, et retentissant dans les régions hypogastriques et rénales. En même temps, apparut un écoulement purulent, verdâtre, empesant fortement le linge.

Il y a quinze jours, douleur dans le genou droit, puis gauche; le lendemain, douleur dans l'épaule gauche, puis droite; le 2 janvier, articulations des doigts douloureuses. Ces douleurs persistent toute la journée et s'exaspèrent la nuit. Elles augmentent à la pression et ne se continuent pas dans les muscles. Les jointures ne sont pas gonflées, sans épanchement ni rougeur. Les articulations tibio-tarsiennes douloureuses. Céphalalgie toute la nuit. Ganglions cervicaux très-sensibles. Diarrhée depuis deux jours. Rien aux poumons ni au cœur. Aucun traitement en ville.

5. — Diarrhée; écoulement vaginal intense; *statu quo* (bain). P. 72, 38,3.

6. — Un peu de sommeil la nuit; région hypogastrique moins douloureuse; cuisson moindre.

7. — Herpès au visage. P. 64, T. 38°.

8. — *Examen des parties génitales.* — Les petites nymphes sont très-développées. Herpès autour des grandes lèvres. Vagin injecté, sécrétant un liquide non filant; pus dans le méat urinaire. Le col utérin est rouge, sans exulcération. Injections. Tampon à l'alcool et au glycérolé de tanin, copahu et cubèbe.

11. — Depuis deux jours, la région hypogastrique est plus douloureuse; insomnie; douleur vives dans les genoux, les épaules; opium.

12. — Douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes, dans les doigts; rien aux coudes, fourmillements aux extrémités.

14. — L'écoulement persiste; les genoux et les coudes sont douloureux, ainsi que les articulations métarcarpo-phalangiennes, qui ne sont le siége d'aucun gonflement, ni rougeur. Epistaxis la nuit.

15. — L'examen au spéculum montre le même état du vagin. Bols de copahu et cubèbe. Injections astringentes Tampon à l'alcool.

17. — *Statu quo.*

20. — Les articulations des genoux, des coudes, des phalanges, sont toujours douloureuses.

21. — Douleur au niveau des gaînes des muscles extenseurs du pied sur la jambe. L'articulation sterno-claviculaire gauche est douloureuse.

L'écoulement continue.

22. — L'examen au spéculum montre que l'urèthre ne contient pas de pus.

24. — Douleur dans le cou-de-pied gauche.

27. — Suppression du copahu, à cause de l'embarras gastrique survenu hier. L'épaule gauche reste douloureuse; miction moins pénible. P. 76, T. 38°,5.

29. — L'épaule gauche reste douloureuse. Examen: mucus filant; rien dans l'urèthre.

5 février. — L'écoulement recommence par l'urèthre; légère vaginite; rien d'anormal. P. 80, T. 38°,6.

10. — Apparition d'une tumeur douloureuse dans le creux sus-claviculaire gauche : *adénite.*

12. — La tumeur a augmenté de volume; la douleur de l'épaule gauche est en partie disparue.

15. L'écoulement persiste. La muqueuse au pourtour du col est rouge, veloutée, tomenteuse.

26. — On ne sent aucune fluctuation; la tumeur s'est étendue en longueur (depuis six jours, badigeonnage avec de la teinture d'iode sur la tumeur). P. 66, T. 37°,7.

1er mars. — Toute la région sus-claviculaire présente une induration, pas de fluctuation appréciable. La douleur retentit dans l'épaule. Elle a eu ses règles (*ut. suprà*). Cataplasme.

2. — L'engorgement sous-maxillaire a plus d'élasticité, sous l'influence des cataplasmes (bains sulfureux).

4. — Moins de roideur dans le cou, la tuméfaction sous-maxillaire est moindre; et la région sus-claviculaire présente une couleur rosée; un peu de fluctuation (ouverture de la tumeur, qui est sous-aponévrotique, cataplasmes et issue d'un pus bien lié).

5. — L'état de la muqueuse vaginale est normal, et le col redevient lisse, au lieu de granuleux qu'il était.

12. — Va mieux.

15. — *Exeat.* Guérie complétement.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 août.

DEUXIÈME FORME

Localisation mono-articulaire.

Tantôt c'est après la persistance d'un écoulement vaginal uréthral de trois à quatre mois de durée que la manifestation a lieu ; tantôt après quinze jours seulement (voy. obs. Voisin).

Puis, au moment où les douleurs apparaissent, se produit un peu de fièvre.

Exemple : obs. S. P..., où la température s'élève à 39°.

Le plus souvent, il existe un peu de mouvement fébrile avec oscillations diurnes (obs. D..., le 19 févr. matin, 37°,8; le soir, 38°,2).

Mais quand le processus est sur le point de se terminer, la température tombe à 37°,4, 37°,5.

Alors même que la chaleur est tombée, les douleurs continuent souvent quelque temps après ; elles n'ont plus le même caractère, elles sont sourdes, peu vives.

Le pouls suit la marche de la température ; il offre des *maxima* à 100 ; des *minima* à 70.

Ce sont surtout les genoux, l'articulation sterno-claviculaire, le poignet, qui deviennent malades.

La localisation se fait d'une manière subaiguë ; il se produit du gonflement, de l'hydarthrose (exemple : D...): *c'est même là une variété classique bien connue.*

La tuméfaction est quelquefois un peu œdémateuse, avec un certain degré de tension. La douleur est modérée.

Obs. IV. — *Blennorrhagie. — Arthrite du genou droit, sa persistance pendant plus de trois mois et demi.*

Le nommé Louis-Victor V..., âgé de vingt ans, est entré le 24 avril 1869 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Augustin, n° 22.

Ce jeune homme raconte qu'il était habituellement d'une bonne santé; il aurait eu une fluxion de poitrine à l'âge de dix ans, mais il s'était bien rétabli.

Il y a quatre mois, ses jointures sont devenues rouges, tuméfiées et douloureuses, ce qui nécessite son séjour au lit pendant deux mois. Au bout de ce temps, il ne ressentait que quelques douleurs vagues, et pouvait se lever, se promener, son état étant des plus satisfaisants ; quand, quelques jours plus tard, il eut des rapports avec une femme ; cinq jours après, il fut pris d'une blennorrhagie intense, avec douleurs vives en urinant et léger mouvement fébrile.

Pour tout traitement, il prit des bains d'amidon.

Au bout de quinze jours, à son réveil, il fut tout étonné de ressentir une douleur vive dans le genou droit; il ne pouvait marcher; cette articulation était gonflée, très-douloureuse à la pression ; impossibilité de se lever.

20 sangsues furent appliquées, et pendant un mois on eut recours à des applications répétées de vésicatoires et de teinture d'iode.

A plusieurs reprises, le genou a été immobilisé à l'aide d'un appareil dextriné.

Aujourd'hui 24 avril, il entre à l'hôpital pour son écoulement, qui persiste encore.

Au dire du malade, le genou a beaucoup diminué de volume; cependant il existe encore une certaine roideur articulaire, qui le force à boîter, quand il marche.

Après trois semaines de séjour à l'hôpital, son écoulement avait cessé, mais son arthrite, bien qu'elle fût en voie de résolution, n'était pas encore guérie : il existait encore un peu de gêne dans les mouvements.

Longtemps après, il existait encore de la roideur dans les mouvements de la jointure.

Obs. V. — *Vaginite. — Arthrite du poignet gauche.*

La nommée Hilaire D..., trente-deux ans, lingère, est entrée le 18 février à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Adélaïde, n° 6.

Il y a trois semaines, elle a lavé, bien qu'elle eût ses règles. Le lendemain, elle a ressenti des douleurs dans le poignet gauche; la main s'est tuméfiée un peu. Au moment de ses règles, elle avait des pertes blanches qui, cette fois-ci, ont persisté davantage; en outre, huit jours avant de souffrir de la main, elle avait une tuméfaction telle des parties génitales, surtout des grandes lèvres, qu'elle croyait à une descente de matrice. Elle urine bien et comme d'habitude.

18 février soir, P. 100, T. 38°,2. Rien au cœur, si ce n'est un prolongement du premier temps.

État actuel. — Toutes les saillies et toutes les dépressions du poignet gauche ont complétement disparu; il y a une tuméfaction avec engorgement, en un mot, un aspect qui rappelle celui de certaines tumeurs blanches au début; le gonflement est surtout apparent à la région dorsale du poignet et de la main. Les mouvements spontanés et provoqués sont douloureux; en même temps que ces parties sont le siége de sensations douloureuses avec élancements de temps à autre.

19 février. — P. 96, T. R. 37°,8. A l'examen au spéculum, on constate du pus dans l'urèthre, du pus verdâtre dans le vagin, qui est rouge, vascularisée, le col est granuleux.

Soir, P. 112, T. 38°,2.

20 février. — P. 76, T. R. 37°,5. Gonflement inflammatoire des parties génitales externes.

21 février. — P. 64; T. R. 37°. Sommeil dans la nuit.

Cette observation nous offre une arthrite sans fièvre, sans sueurs, sans état général fébrile. Ce fait ne peut donc être confondu avec le rhumatisme articulaire aigu. Le siége de prédilection est, chez la femme, le poignet et le carpe, chez l'homme c'est le genou.

22 février. — P. 80, T. V. 37°,7. Nuit bonne. Le poignet est moins douloureux, la leucorrhée a diminué. Constipation depuis quatre jours; la tuméfaction des organes génitaux externe a disparu.

24. — P. 68, T. 37°,4. Poignet peu douloureux. L'écoulement diminue toujours.

25 février. — P. 60, T. 37°,3. On lui fait plusieurs applications de vésicatoire; puis, en dernier lieu, on lui met un appareil inamovible.

La malade sort dans les premiers jours de mars, mais elle revient à la consultation.

Après plusieurs applications de teinture d'iode et d'appareil, la malade peut exécuter sans douleurs des mouvements assez étendus après un mois et demi de traitement.

(*A suivre.*)

OBSERVATIONS DE FRAGMENTS DE DOIGT RECOLLÉS

Par M. le docteur Bourgougnon (de Montrichard).

1° Un homme de cinquante-six ans, sanguin, lymphatique, s'enlève la pulpe du médius d'un coup de faucille en hachant de la luzerne. Arrivé chez lui environ vingt minutes après l'accident, je réclame le morceau de chair, on le retrouve, je le lave et laisse tremper quel ques minutes dans l'eau tiède; puis, après l'avoir essayé légèrement, je le rajuste à sa place et le fixe avec de très-petites bandelettes de sparadrap; du quatrième au huitième jour, la reprise paraît bien assurée, mais notre homme qui tient plus à son temps qu'à l'intégrité de son doigt, se livre à un travail pénible, et le lendemain, le lambeau recollé a passé du rose au noir, et s'est détaché en deux ou trois jours à la façon d'une escarre produite par la pierre à cautère ou le fer rouge.

2° Un autre de même âge à peu près, sanguin, nerveux, s'enlève la pulpe du médius et de l'annulaire en travaillant un morceau de bois avec un couperet, et accourt chez moi pour que je le panse; les plaies ont 2 centimètres de haut sur un et demi de large et sont inclinées sur le côté externe; je le renvoie chez lui chercher les morceaux qu'il rapporte ; celui de l'annulaire porte un quart de l'ongle, que j'enlève avec mes pinces de trousse; sur l'autre, je trouve adhérente une portion de phalange grosse comme une lentille, je l'enlève avec mes ciseaux, et après avoir trempé ces morceaux quelques minutes dans l'eau tiède, je les réapplique chacun à sa place et les y maintiens par de fines bandelettes enduites et re-

couvertes de plusieurs couches de collodion, en ayant soin d'éviter de faire l'enveloppement complet du doigt pour éviter la constriction. Bien que la première phalange du médius ait été totalement divisée par l'instrument vulnérant, la réunion s'est faite par première intention sur l'un et l'autre doigt; seulement il s'est produit une escarre au centre du lambeau, dont j'avais soulevé une portion d'os. Il n'y a eu de suppuration que dans ce point et pour sa chute, qui n'a pas compris plus d'un quart de la greffe dont le reste formait un large anneau. Aujourd'hui, deux mois après l'accident, on distingue difficilement la ligne qui marque la circonférence des lambeaux recollés dont la sensibilité est à peu près normale.

Réflexions. — Dans l'un et l'autre cas, il s'est écoulé environ une demi-heure entre l'accident et le pansement. Pendant combien de temps après de telles blessures peut-on espérer pareil résultat? Je ne sais, mais je suppose que la chaleur du mois de juin a été favorable à la conservation de la vie des lambeaux pendant leur abandon et après le recollement. De nouvelles observations ou des expériences seraient sans doute nécessaires pour résoudre cette question.

DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'ÉLECTRICITÉ (1)

Par le docteur Althaus (de Londres)
(traduction du docteur Darin).

Nous allons signaler maintenant les récents perfectionnements apportés aux batteries pour la cautérisation galvanique.

En France, c'est la pile de Grenet, en Allemagne et en Angleterre celle de Middeldorpff, que l'on emploie principalement. On en trouve la description dans les divers traités d'électricité médicale. Il nous suffira de dire ici qu'elles sont toutes deux répréhensibles, celle de Grenet en ce qu'elle a besoin pour fonctionner d'un soufflet qui paralyse, pour ainsi dire, l'aide chaque fois qu'il s'agit d'une opération prolongée, et, en outre, parce que l'instrument est incertain dans son action; celle de Middeldorpff, parce que l'acide azotique pur, qui sert à la charger, émet des vapeurs très-irritantes pour les voies aériennes et entre facilement en ébullition. Enfin dans chacun de ces appareils, il n'est pas aisé de régler la chaleur produite, ce qui est pourtant de la plus grande importance, puisque si l'on atteint la chaleur blanche, il y a danger d'hémorrhagie, et que l'instrument est plus ou moins inerte si, au contraire, la chaleur émise est trop faible.

Le professeur von Bruns (de Tubingue) se sert d'une batterie composée de zinc et de fer et chargée avec de l'acide azotique concentré. Elle est très-puissante, mais réclame une surveillance attentive, parce que l'acide, entrant facilement en ébullition, détruit la garniture et tous les objets avec lesquels il peut venir en contact. La batterie pour la cautérisation galvanique de Stöhrer se compose de six couples de zinc et de charbon, chargés avec les acides sulfurique et nitrique dilués, et est bien plus maniable que celles de Grenet, de Middeldorpff ou de Bruns.

MM. Mayer et Meltzer viennent de construire une jolie batterie de ce genre, d'après le principe de Stöhrer. Elle allie la légèreté et la facilité de transport à une grande puissance et se règle beaucoup plus facilement que les autres batteries. La boîte qui la contient a 36 centimètres de longueur sur 25 centimètres de large et 18 centimètres de profondeur. Celle-ci renferme non-seulement les plaques et les électrodes, mais encore deux flacons fermés pour les acides qui servent à charger la pile et qui sont de l'acide sulfurique dilué (au 1/8) et de l'acide azotique. Un levier parcourant les chiffres d'un cadran, situé sur la paroi antérieure de la boîte, permet de faire usage de la batterie à l'état clos, ce qui s'oppose efficacement à l'échappement des vapeurs nitreuses. Les électrodes se composent d'un écraseur, d'anses coupantes et de cautères de porcelaine. Le prix de cet appareil est de 125 francs.

MM. Khrone et Sesemann ont dernièrement construit un écraseur galvanique, dont parlent en excellents termes les chirurgiens qui l'ont employé.

On trouve encore chez ces fabricants des cautères de porcelaine de dimensions variables. Des fils de platine, de forme et de grosseur différentes, peuvent se fixer dans le manche pour varier le mode de cautérisation; et chaque manche porte un bouton à coulisse destiné à établir et à interrompre le courant.

[*Cautère galvanique Trouvé.* — Cette batterie galvanique, qui est très-employée en France est peu volumineuse, d'une grande simplicité de construction et d'un prix modéré : 100 et 125 francs le grand modèle; tous les organes en sont mo-

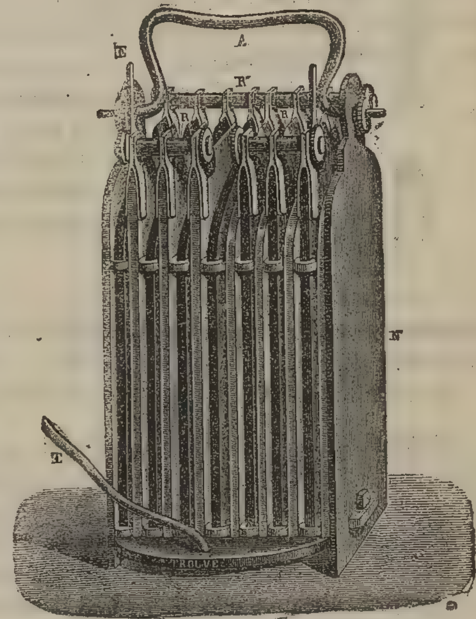


Fig. 16.

biles, ce qui permet au praticien de remplacer lui-même sans le secours d'un homme du métier, les charbons ou les zincs. Cette disposition permet en outre :

1° De grouper les éléments dans l'ordre que l'on désire (1) pour faire varier le courant en quantité et en tension;

2° D'amalgamer les zincs aussi souvent qu'il est nécessaire (ce qui rend la pile beaucoup plus constante dans ses effets);

3° De séparer les contacts de la pile quand on n'en fait pas usage; pour les mettre à l'abri de l'oxydation et vérifier facilement leur état;

4° De réduire l'épaisseur des zincs de manière à se les procurer partout et à pouvoir les remplacer soi-même.

Cette réduction des zincs, tout en diminuant le poids de la pile, permet encore de grouper sous le même volume de la

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 16, 23, 27 mars, 3 avril, 5 juin, 17 juillet et 5 août.

(1) M. Trouvé fabrique, en effet, des piles qui servent à la fois pour la galvanocaustie thermique et chimique. Il suffit, pour les approprier à l'une ou à l'autre de ces deux opérations, de placer les contacts mobiles sur les éléments pour les disposer en quantité ou en tension; mais nous devons ajouter que, vu la surface active de la pile qui est considérable (un mètre pour le grand modèle et huit décimètres pour le moyen) les effets chimiques que l'on peut produire, sont peut-être exagérés.

pile Grenet un grand nombre d'éléments; comme conséquence, à volume égal, la pile Trouvé donne des effets beaucoup plus considérables.

Les qualités que nous venons de signaler deviennent des défauts pour le praticien qui, comme l'on pourrait dire, ne voudrait pas mettre la main à la pâte; c'est pourquoi nous conseillerions à ce dernier la même batterie de M. Trouvé, mais avec les contacts soudés sur les zincs et les charbons.

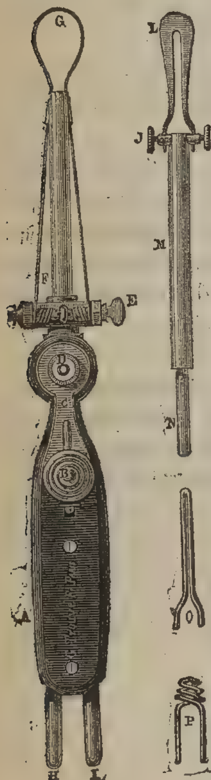


Fig. 17.

Les cautères de la batterie de M. Trouvé présentent également dans leur disposition des avantages marqués sur ceux qui se font habituellement.

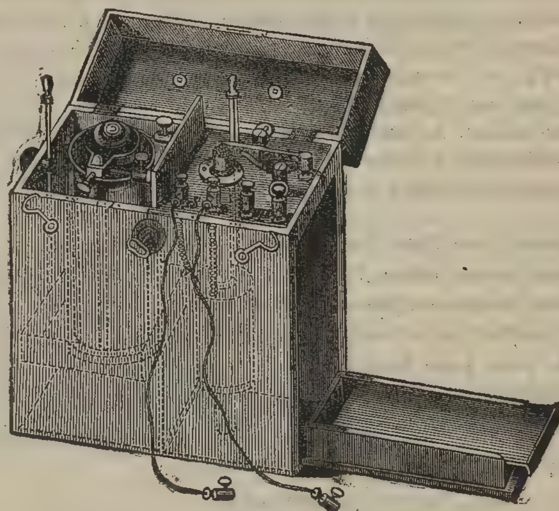
Les deux tiges conductrices sont concentriques et isolées entre elles par de la porcelaine en fusion qui fait corps avec elles et leur permet de résister à toutes les températures, sans subir de détérioration comme les cautères à deux conducteurs séparés et isolés par des matières telles que le caoutchouc ou l'ivoire. Le prix de la boîte, quoique peu élevé (70 et 80 francs avec le cautère en porcelaine de Middeldorpff) peut cependant, suivant nous, encore être diminué par la suppression du treuil à enrouler la platine; dans ce cas, nous fixons un côté de l'anse par la vis et nous opérons en tirant sur l'autre côté avec une pince.]

Machines d'induction ou faradiques. — Instruments de Stöhrer, de Krüger et Hirschmann, de Mayer et Meltzer, de Weiss, de Gaiffe. — Le rhéostat. — Fils conducteurs et électrodes.

Passons maintenant à la description des machines d'induction ou faradiques les plus employées aujourd'hui. Mais cette catégorie d'appareils nous offre un tel embarras de richesses que nous devons nous borner à choisir parmi eux quelques-uns des plus importants. A vrai dire, il n'est guère de fabricants d'instruments un peu entreprenants qui ne construisent aujourd'hui ces commodes petites machines, que leur bon marché et leur facilité de transport font tant rechercher par les médecins aussi bien que par le public. Malheureusement la sphère d'action de ces instruments est bien plus limitée que celle des batteries constantes, plus chères et plus volumineuses, que nous avons déjà considérées.

La machine d'induction la plus populaire et, en somme, la meilleure, est celle de Stöhrer, qui a utilisé pour la pratique médicale le principe de « l'appareil à chariot » de du Bois Reymond, qui s'emploie généralement dans les expériences électro-physiologiques.

a. La machine volta-faradique à un seul élément de Stöhrer a une batterie de zinc et charbon (couple de Bunsen) chargée avec les acides chromique et sulfurique. Le vase poreux est remplacé par un cylindre de charbon, qui est fermé par un bouchon de verre et renferme dans son intérieur une solution très-étendue d'acide chromique; il est entouré d'un cylindre de zinc contenu dans un vase de verre, qui reçoit de l'acide sulfurique dilué au 1/6e (fig. 18). Le vase de verre repose sur une petite soucoupe de porcelaine fixée à une tige métallique, au moyen de laquelle on peut l'élever plus ou moins, de manière à amener les différentes parties de la batterie en contact les unes avec les autres. Quand elle est fraîchement chargée, il est préférable de ne pas élever le verre à la limite extrême, mais seulement dans la mesure nécessaire pour déterminer un effet; cette précaution a l'avantage de conserver une portion de zinc à l'abri de l'action de l'acide sulfurique. On n'a pas à craindre de répandre le liquide, lorsqu'on transporte la machine, parce qu'il ne remplit que le tiers inférieur de la batterie et ne touche les plaques que quand l'appareil fonctionne.


Fig. 18.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 août 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. NELSON PAUTHIER adresse, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, deux observations de *nécrose centrale partielle du radius, occupant la presque totalité de cet os; trépanation; guérison.*

COMMUNICATION

M. ALPHONSE GUÉRIN fait une communication *sur une cause de la déformation du moignon à la suite de l'amputation médio-tarsienne.* On a dit que cette déformation provenait de la suppression de la partie antérieure de la voûte du pied, et il est rationnel d'admettre le mouvement de bascule qui fait incliner vers le sol la partie libre du moignon, qui s'ulcère bientôt sous l'influence de la marche. On l'a attribuée aussi à la rétraction du tendon d'Achille. Cet effet de la suppression du pilier antérieur peut être admis en théorie, mais cependant quelques faits démontrent qu'après l'amputation de Chopard on a quelquefois un résultat excellent, la cicatrice restant en haut et ne venant jamais au contact du sol. Ce n'est donc pas cette seule cause mécanique qui produit la déformation du moignon. Il n'en est pas de même de la rétraction du tendon d'Achille, mais on n'en comprend pas bien d'abord la cause. Elle vient de l'inflammation de la gaîne tendineuse. On peut supprimer cette rétraction en supprimant l'inflammation de la gaîne. Tous les efforts du chirurgien doivent tendre à l'empêcher, et l'on y parvient par la réunion par première intention. Ce doit être la règle, même à Paris. M. Guérin cite trois cas récents de succès.

Le pansement qu'il préconise permet de lutter contre la force plus grande du tendon d'Achille, avant que les muscles de la partie antérieure du pied n'aient pris de nouveaux points d'attache sur les os. Il consiste en une compression très-vigoureuse exercée par l'in-

termédiaire d'une épaisse couche d'ouate, qui maintient le calcanéum et donne aux muscles le temps de se cicatriser. Le filtrage de l'air à travers l'ouate prévient l'inflammation. M. Guérin présente en même temps un malade opéré depuis treize mois, et l'on peut voir sur un moule, pris en janvier 1875, que l'aspect du pied ne s'est en rien modifié depuis cette époque, quoique le malade marche depuis longtemps.

DISCUSSION

M. DESPRÈS. Après cette opération, les malades marchent bien pendant un an ou deux, puis le pied se renverse. La cause de la déformation est la marche, et non la rétraction du tendon. C'est une suite de la diminution du bras de levier antérieur, qui enlève aux muscles une partie de leur puissance et les empêche de lutter contre la traction du tendon d'Achille.

M. GUÉRIN rappelle que son malade marche depuis dix mois sans que rien jusqu'ici annonce que son moignon doive se déformer.

M. LE FORT. Tous les chirurgiens sont d'accord aujourd'hui que l'amputation de Chopart est une mauvaise opération; le fait que M. Guérin apporte est une exception.

M. GIRAUD-TEULON. La somme des forces qui sollicitent le pied en avant et en arrière autour de l'articulation tibio-tarsienne comme pivot, semble égale, mais ne l'est pas au point de vue physiologique. Elles se contre-balancent dans la station debout parce qu'une autre force, la pesanteur, s'y ajoute; mais lorsqu'on est couché sur le dos, la force de la traction postérieure l'emporte et fait incliner la plante du pied en bas. Il n'y a donc pas équilibre.

M. LE DENTU. Dans la position couchée, si la plante du pied s'incline en bas, cela tient à la pesanteur, qui fait en même temps incliner le pied en dehors.

COMMUNICATION

M. PARROT communique le résultat de ses savantes recherches sur les *lésions osseuses de la syphilis héréditaire observées sur les nouveau-nés et sur les enfants du premier âge*. Une première série d'observations a été lue devant la Société de biologie et la Société anatomique. M. Parrot a recueilli depuis ces travaux des faits nouveaux qui comblent les lacunes qui existaient dans ses premières communications et relient entre elles toutes les lésions qu'il a observées. Il présente en même temps une collection d'os portant les altérations qu'il décrit. (Commiss. : MM. Le Dentu, Guéniot, Verneuil.

M. LE PRÉSIDENT rappelle à la société que les organisateurs du congrès de Bruxelles lui ont adressé l'invitation de se faire représenter à ses séances qui auront lieu du 19 au 25 septembre. Beaucoup de membres déclarent avoir l'intention de s'y rendre, mais la société charge M. Le Fort de la représenter officiellement.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. GIRAUD-TEULON présente une *Note sur le périmètre portatif et le schémographe*, du docteur Badal, instrument destiné à la mensuration du champ visuel, d'un maniement très-facile, et qui peut rendre de grands services à tous les médecins, aujourd'hui surtout que l'on sait que le grand nombre de formes définies de l'ambliopie ou de l'amaurose superficielle correspond à des maladies définies.

M. VERNEUIL présente, de la part de M. le docteur Dumontpallier, médecin des hôpitaux, un pessaire très-analogue à celui qu'a présenté il y a quelques mois M. Gayral, de Carignan, et sur lequel le rapport n'a pas encore été fait.

Ils se composent tous les deux d'un anneau de caoutchouc renfermant un ressort qui lui permet de reprendre sa forme circulaire lorsqu'il a été déformé pour en faciliter l'introduction. Dans celui de M. Gayral, c'est un ressort à boudin; dans celui de M. Dumontpallier, c'est un long ressort de montre faisant plusieurs tours. La forme extérieure et les applications sont les mêmes, et le prix en est très-réduit.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. POLAILLON présente un kyste dermoïde de l'ovaire dont il a fait l'extraction. Ce kyste, très-volumineux, présentait une poche contenant huit litres de liquide, et sur la face interne de laquelle on remarque des végétations formées par des kystes plus petits renfermant une matière filante et graisseuse, des os et une grande quantité de dents et de cheveux. Quoique la poche soit vidée, il pèse encore 6 kilogrammes. Cliniquement, il offrait des particularités intéressantes au point de vue des adhérences. Quoique les auteurs donnent le bruit de frottement comme signe de ces adhérences avec le péritoine, cette tumeur n'en présentait pas en avant, malgré un bruit de frottement considérable. Le pédicule, très-distinct, n'avait que 3 centimètres de diamètre et renfermait six artères du volume de la radiale. La réunion s'est faite par première intention, sans aucun accident.

MM. TERRIER et DUPLAY partagent l'avis que le frottement ne veut pas dire qu'il y ait des adhérences.

M. LE PRÉSIDENT lève la séance.

La société se sépare jnsqu'au 6 octobre.

Excursion scientifique. — M. Bureau, professeur au Muséum d'histoire naturelle, fera sa prochaine herborisation les 20 et 21 août sur les côtes maritimes de l'Ouest, Croisic et environs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique chirurgicale. De la forcipressure ou de l'application des pinces à l'hémostasie chirurgicale, par G. Deny et Exchaguet, internes des hôpitaux de Paris. D'après les leçons professées pendant l'année 1874, par M. le docteur Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. — Paris, 1875, in-8° de 72 pages avec 11 figures. Prix : 2 fr. 50. Germer-Baillière.

Irrigation nasopharyngienne, par le docteur Alvin. — In-8° de 24 pages. Prix : 2 francs. — Paris, 1875, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Sirop reconstituant

D'Arséniate de fer soluble

de A. CLERMONT

Licencié ès sciences, ex-interne des hôpitaux de Paris, Pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'Arséniate de fer **soluble** est reconnu d'une absorption, partant d'une efficacité plus régulière et plus sûre que celle de l'arséniate de fer **insoluble**.

Son emploi est naturellement indiqué dans la *chlorose*, *l'anémie*, la *cachexie paludéenne*, la *phthisie pulmonaire*, les *maladies de la peau*, les *névralgies*, le *diabète*, etc.

Chaque cuillerée à café représente exactement 1 milligramme d'Arséniate de fer **soluble**.

Ph. E. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris

ET DANS TOUTES LES PHARMACIES. — Fl. 2 fr. 50.

Vente en gros : E. GRILLON, 27, r. Rambuteau, Paris.

Pilules Duroy **à l'extrait de sang,**

— ou Hématiques — RECONSTITUANT GÉNÉRAL renfermant tous les principes extractifs azotés, les sels et minéraux du sang de bœuf, *sans exception*, c'est-à-dire *tous les matériaux de l'organisme*. Ce nouveau médicament, approuvé et ordonné par un grand nombre de médecins distingués, remplace et complète les ferrugineux, les phosphates, le quinquina, la pepsine, etc. — Dose moyenne : 4 pilules par jour ; — 4 francs le flacon de 100 Pilules dragéifiées inaltérables. — J. P. L. DUROY, PHARMACIEN LAURÉAT DE L'INSTITUT, 10, RUE DU FAUB.-MONTMARTRE, A PARIS, et toutes les pharm.

MALADIES DE LA PEAU

LES GRANULES

Et le Sirop d'Hydrocotyle asiatica

DE J. LÉPINE

Pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry

sont, d'après le Dr CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : **Eczéma, Psoriasis, Lichen, Prurigo, Dartres**, etc., etc.

Dépôt général à Paris : 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré, et pour la vente en gros : 99, r. d'Aboukir.

Alcaloïdes, poisons, et tous médicaments dosés SOUS FORME DE GRANULES ET DRAGÉES PRÉPARÉS PAR

GARNIER-LAMOUREUX ET Cie

Plus de 15 ans d'existence ont établi la supériorité de nos produits. *Exiger notre cachet.*

Ph. **VIÉ-GARNIER**, 213, r. St-Honoré, Paris.

VIN ET SIROP IODO-PHOSPHATÉS

DE **QUINQUINA FERRUGINEUX**

de **VIÉ-GARNIER.**

CONTREXEVILLE

(SOURCE DU PAVILLON)

CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT

DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Granules de digitaline

d'HOMOLLE et QUEVENNE

(auteurs de la découverte). — *Approbation de l'Académie de médecine. — Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris, etc.* — « C'est à tort que le nom de *digitaline* a été donné au produit cristallisé extrait de la digitale, puisqu'il ne possède pas l'action physiologique spéciale à cette plante. — Les médecins feront bien de continuer à prescrire la *digitaline de MM. Homolle et Quevenne* aux malades ne pouvant pas supporter la digitale. » (*Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, 1874, t. VIII, p. 397.)

N. B. — Pour éviter les imitations *inefficaces* ou *dangereuses* de la *véritable digitaline*, exiger les noms *Homolle* et *Quevenne* sur les étiquettes rondes qui scellent les bouts du flacon, et le nom *C. Collas*, dépositaire général, 8, *rue Dauphine*, Paris. — Le flacon : 3 francs.

Podophyllin Delpech

contre la constipation habituelle.

Les PILULES de PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO.
PHTHISIES, *Anémie*, **Rachitisme**, DIABÈTE *Diarrhée*, **Cachexies, Albuminurie**, *la* **Convalescence**, *l'épuisement.* (*Gros*), 8, *r. Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

VIN MARIANI

à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques.
5 francs la bouteille.
MARIANI, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

GOUDRON FREYSSINGE

Liqueur normale concentrée, obtenue par la concentration seule de l'**Eau de Goudron**.

Seule préparation qui permette d'obtenir l'**Eau de Goudron véritable**, les autres liqueurs étant préparées par émulsion ou par solution de *tout le Goudron*, et le plus souvent à l'aide de substances étrangères qui dénaturent complètement le produit.

CHLOROSE, ANÉMIE

PILULES ET SIROP

FAVROT

AU PYROPHOSPHATE DE FER

ET DE MANGANÈSE CITRO-AMMONIACAL

CE SEL NE CONSTIPE PAS

Il fournit les éléments principaux du sang et des os. Son action est héroïque chez les enfants débiles, les convalescents, dans le traitement de l'anémie, de la chlorose, de l'aménorrhée et de la leucorrhée. Solubilité complète. Assimilation facile, saveur agréable.

Prix : 3 fr. Pharmacie FAVROT, 102, rue de Richelieu, à Paris, et dans toutes les pharmacies.







PEPSINE BOUDAULT

SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, SUCCESSEUR DE BOUDAULT, 24, RUE DES LOMBARDS, A PARIS.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Vin de Bugeaud toni-nutritif

au quinquina et au cacao.

Les propriétés du **Vin de Bugeaud**, *préparé au vin d'Espagne*, étant celles des toniques radicaux et analeptiques réunis, ce médicament est indiqué dans *l'appauvrissement du sang*, dans *les névroses, les flueurs blanches, la diarrhée chronique, les pertes séminales involontaires, les hémorrhagies passives, les affections scorbutiques, la période de convalescence de toutes les fièvres.*

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

La vogue exceptionnelle acquise par le **Vin de Bugeaud** a éveillé la cupidité de certains industriels. *Les médecins et les malades* devront donc se tenir en garde contre les contrefaçons et les imitations offertes par quelques intermédiaires peu scrupuleux.

Dépôt général : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur, Paris.

Le **Vin de Bugeaud** se trouve dans toutes les principales pharmacies en France et à l'étranger.

Pilules de Pepsine de Hogg.

La forme pilulaire est à la fois le mode le plus facile et le plus sûr d'administrer la pepsine ; ce précieux médicament est, sous cette forme spéciale, mis à l'abri du contact de l'air et ne peut s'altérer ni perdre de ses propriétés, son efficacité est alors certaine.

Ces pilules sont de trois préparations différentes :
1° *Pilules de Hogg* à la pepsine pure ;
2° *Pilules de Hogg* à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène ;
3° *Pilules de Hogg* à la pepsine unie à l'iodure de fer inaltérable.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

Coton iodé du Dr Méhu préparé par

J. THOMAS, *pharmacien de 1re classe, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux, lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.*

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé du Dr Méhu*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Prix du flacon : 3 fr. 50. — 48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharmacies.

Vin de lithine de Chaumelle.

Il dissout l'acide urique et les urates ; plus actif que les autres alcalins dans la *goutte* et le *rhumatisme*. Un verre à liqueur avant chaque repas.
4 francs la bouteille. — Pharm., 25, r. Réaumur.

Dynamomètre de poche

DE PRÉCISION du docteur V. BURQ, expédié *franco* dans un écrin, contre mandat-poste de 30 fr. Dépôt à Paris, 57, rue des Saints-Pères.

Véritable jus de bifteck

du docteur X. ROUSSEL

Alimentation reconstituante. Dépôt général maison du *Silphium*, r. Drouot, 2, Paris. Prix du flacon, 3 fr. 50.

N° 96. — MARDI 17 AOUT 1875. 48e ANNÉE. MARDI 17 AOUT 1875. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC

Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris depuis la guerre de 1870-1871 (1).

Leçon recueillie par M. HUGONNEAU, interne du service.

XII

Parmi les autres causes il en est une dont l'appréciation rigoureuse est encore plus difficile que celle de la dépopulation. Ici, messieurs, je ne fatiguerai pas votre attention en la tenant sans cesse fixée sur des chiffres. Cela me serait impossible, et je le regrette, car vous y perdez un élément de certitude. Il faudrait être un économiste pour traiter ce sujet avec autorité. Je me contenterai donc de l'effleurer, vous laissant le soin de l'approfondir si vous en avez le goût et les moyens.

Je veux parler, messieurs, de l'appauvrissement relatif qui a été la conséquence de nos désastres.

Après une longue interruption de travail, nous avons subi des charges écrasantes. Il a fallu les payer. La fortune publique et les fortunes privées ont été gravement obérées. Avec des gains médiocres, toujours précaires, il a fallu pourvoir à des dépenses excessives, vivre au jour le jour, pourvoir au lendemain, refaire l'épargne dévorée pendant la guerre, se contenter du strict nécessaire et ne plus songer à ce superflu qui ne se montre, dans les classes pauvres et parmi les ouvriers, que pendant les années de paix et prospérité.

On a donc vécu depuis la guerre dans des conditions matérielles tout autres qu'auparavant, et force a bien été pour beaucoup de se priver des plaisirs qu'on ne peut en général se procurer qu'avec de l'argent.

Quelque impérieuses que soient les passions, celles dont les maladies vénériennes sont les conséquences ont dû subir le joug de la nécessité. Elles ont trouvé un frein dans l'appauvrissement.

Qu'elles l'aient secoué bien des fois, vous n'en doutez pas; mais vous ne doutez pas non plus, messieurs, qu'il eût été impossible au commerce sexuel de grever le budget individuel comme il le faisait avant nos malheurs. Il a perdu de son activité et de son expansion. Il a subi, lui aussi, une crise dont il n'est pas prêt à se relever. Que ce fait résulte plutôt de la pression des circonstances que d'un acte libre de la conscience devenue plus soucieuse de ses devoirs et plus éclairée, c'est ce qu'affirmeront peut-être les pessimistes et ceux qui n'ont qu'une foi médiocre dans l'amendement momentané de la perversité humaine et la moralisation des masses. Quant à nous, messieurs, tout en regrettant qu'ils eussent raison, nous devons nous féliciter de l'influence salutaire qu'un pareil état de choses a exercée sur l'hygiène privée et sur l'hygiène publique.

XIII

Parmi les causes qui influent puissamment sur le nombre des maladies vénériennes d'une ville ou d'un pays, il en est une qui a été, depuis des siècles, scrutée, étudiée sur toutes ses faces et réglementée par les moralistes et les législateurs. Je veux parler de la prostitution. N'est-ce pas d'elle que dérivent directement et d'une façon à peu près exclusive tous les maux dont nous nous occupons? Il importe donc au plus haut degré de nous rendre un compte aussi exact que possible des phases qu'elle a traversées depuis la guerre. C'est une question ardue, scabreuse, hérissée de difficultés, du moins pour ceux qui n'en ont pas fait une étude spéciale, mais il est indispensable de l'aborder, sous peine d'être incomplet.

Je vous ai dit, messieurs, au commencement de cette leçon, que, dans les statistiques des malades qui sont venus à ma consultation de l'hôpital du Midi, pendant l'année 1869 et le premier semestre de 1870, j'avais noté, chaque fois que je l'avais pu, les principales circonstances relatives à la femme; les résultats auxquels je suis arrivé m'ont démontré de la manière la plus évidente que la source incomparablement la plus féconde de la contagion vénérienne, c'est la prostitution clandestine. En voulez-vous la preuve? La voici.

Les malades qui m'ont consulté pendant ces dix-huit mois ont été au nombre de 5,008. J'ai divisé en quatre catégories les femmes qui leur ont communiqué la syphilis, la blennorrhagie ou les chancres simples. Sous le nom de *coureuses*, j'ai compris les femmes non inscrites, rencontrées sur la voie publique et n'exerçant aucune profession suivie; sous la désignation de *varia*, j'ai rangé toutes les femmes exerçant une profession ou mariées, etc. Enfin j'ai laissé à la dénomination de *filles en carte* ou de *filles en maison* leur acception ordinaire que je n'ai pas besoin de vous expliquer.

Parmi ces quatre sources de contagion, les deux premières échappent au contrôle de la police et forment la classe des *insoumises*; les deux dernières sont placées sous la surveillance d'agents spéciaux et constituent la classe des *filles soumises*.

(1) Suite. — Voir les numéros des 27, 29 juillet et 10 août.

Eh bien, sur mes 5,008 malades, 4,012 ont été contaminés par des filles insoumises, et 733 seulement par les filles soumises. La contagion par les premières est donc cinq fois et demie plus considérable que par les secondes.

Parmi les filles insoumises, les coureuses fournissent le plus grand nombre de malades, car elles ont infecté 2,364 individus, tandis que les femmes comprises sous la dénomination de *varia* n'en ont infecté que 1648.

XIV

Parmi les filles soumises, celles qui sont en carte fournissent la plus forte somme de contagion. Elle est de 430. Enfin les filles en maison ne figurent sur mon tableau que pour le chiffre de 303.

En résumé, sur 5,008 malades qui ont contracté la blennorrhagie, la syphilis ou les chancres mous :

2,364 ont été contaminés par des coureuses non soumises.

1,648 par diverses espèces de femmes non soumises.

430 par des filles en carte soumises.

303 par des filles en maison.

Les filles en carte subissent l'inspection médicale tous les quinze jours et les filles en maison tous les huit jours.

Que nous enseignent ces chiffres, messieurs? Les dangers de la prostitution clandestine. Quels moyens pourrait-on prendre pour les amoindrir? Il ne m'appartient pas de le dire. C'est là une des questions les plus délicates de l'hygiène publique. Mais n'est-il pas évident que si l'on parvenait à réduire le nombre des filles insoumises, on atténuerait les chances de la contagion vénérienne? Puisque la prostitution est un mal nécessaire, n'est-on pas autorisé à l'assainir et à la réglementer, tout en respectant, autant qu'il est possible de le faire en pareille circonstance, les droits de la liberté individuelle?

XV

Je vous ai dit quelle était la situation au moment de la guerre. Qu'advint-il à la veille de l'investissement de Paris? Un des écrivains les plus compétents en matière de police sanitaire, M. Lecour, nous l'apprend, dans un remarquable ouvrage sur la *Prostitution* à Paris et à Londres de 1789 à 1871 (1). La deuxième édition publiée en 1872, contient un chapitre extrêmement intéressant sur la prostitution pendant le siége. Je lui emprunte les passages suivants :

« . . . Aussitôt que Paris fut menacé, on devait voir apparaître et l'on vit se produire, aussi bien dans le gouvernement militaire et l'administration civile que dans l'opinion publique, la préoccupation d'écarter de l'enceinte parisienne les repris de justice, les vagabonds et les filles de débauche.

« Ces exigences étaient d'autant plus fondées que, dans la prévision des difficultés, des privations et des périls d'un siége, on avait déjà cherché, en encourageant et en conseillant le départ des personnes que rien ne retenait à Paris, à diminuer, comme l'on disait alors, le nombre des *bouches inutiles*.

« Effectuées par voie d'invitation ou d'action comminatoire, avec assistance ou au moyen de réquisitions de chemins de fer, ces renvois de Paris furent à ce point considérables, qu'ils contribuèrent à créer pendant un certain temps un encombrement des gares de chemins de fer. Les convois ne pouvaient contenir tous les voyageurs qui se présentaient pour y prendre place, et, ceux-ci, craignant de manquer le départ du lendemain, passaient la nuit dans les salles d'attente.

(1) *La Prostitution à Paris et à Londres*, 1789-1871, par C. J. Lacour, chef de la première division à la préfecture de police, 2e édition, 1872, p. 293 et suivantes.

« On peut apprécier l'importance du déplacement de la population qui s'opérait alors, en jetant les yeux sur les chiffres suivants et en tenant compte de ce fait, qu'ils ne sont applicables qu'aux individus logés en garni.

« Le 1er juillet 1870, le nombre des personnes appartenant à cette catégorie s'élevait à :

Français.	160,126
Étrangers.	35,650
Total. . . .	195,776

« Le 2 septembre, il n'était plus que de 164,959, dont : 135,857 Français et 29,102 étrangers.

Au 1er octobre, c'est-à-dire treize jours après que l'investissement était devenu complet, les hôtels meublés ne renfermaient plus que 93,996 Français et 8,365 étrangers, soit, en totalité, 102,231, et, comme différence en moins, depuis le 15 juillet, 93,415.

« Les réquisitions de transports par chemins de fer délivrées jusqu'au jour de l'investissement, s'élevèrent à plus de 10,000. On évacuait en même temps sur les prisons et les dépôts de mendicité de province une notable partie de la population des prisons de la Seine (3,000 détenus environ).

« Dans ce chiffre figuraient 250 filles publiques inscrites ou prostituées insoumises, qu'on dirigea savoir :

« Les filles inscrites sur la maison centrale de Rennes ;

« Les insoumises, sur la maison de détention de Rouen.

« Des filles de débauche, au nombre d'un millier au moins, furent comprises dans la masse des départs qui s'effectuèrent alors, comme il est expliqué plus haut, par voie de réquisition ou autrement, et qui avaient en quelque sorte le caractère de départs forcés. . . . »

XVI

La surveillance de la prostitution, malgré les difficultés sans nombre que créaient les événements, fut active et efficace pendant le siége. Et ce qui le prouve, c'est le nombre des arrestations.

« Il importe de remarquer, dit M. Lecour, que le nombre des filles publiques arrêtées en 1870 s'est élevé à 3,970, et qu'il n'avait été que de 2,549 en 1869.

« La même augmentation s'est produite en ce qui touche les arrestations d'insoumises. Il en avait été fait, en 1869, 1,999. On en a arrêté 2,641 en 1870.

« Dans ces différents chiffres d'arrestations de 1870, les quatre derniers mois figurent pour 945 filles publiques, et 1,102 insoumises.

Sans entrer dans de plus longs détails sur ce sujet, je vais vous donner, messieurs, un tableau des filles inscrites à la préfecture de police chaque année depuis 1867, et des filles insoumises arrêtées pendant la même année.

	Filles inscrites.	Filles insoumises arrêtées (1).
1867.	3,861	2,018
1868.	3,769	2,077
1869.	3,731	1,999
1870.	3,756	2,641
1871.	3,359	2,935 (De juin 1871 au 1er janvier 1872.)
1872.	3,675	3,769
1873.	4,242	3,315
1874.	4,603	3,338

(1) Cette statistique est empruntée à une brochure de M. Lecour sur l'état actuel de la prostitution parisienne. Il l'a fait suivre des réflexions suivantes qu'on lira sans nul doute avec intérêt :

« Que ressort-il de ces chiffres?

Ainsi, vous le voyez, d'année en année, depuis 1867, le personnel de la prostitution inscrite s'est accru, et celui de la prostitution clandestine a été diminué ou assaini par des arrestations de plus en plus multipliées.

Eh bien, messieurs, je ne doute pas que cette active surveillance n'ait exercé l'influence la plus salutaire sur le décroissement des maladies vénériennes. La prostitution clandestine étant la plus dangereuse au point de vue de la contagion vénérienne, toutes les mesures qui en arrêteront le développement, auront pour conséquence une amélioration correspondante dans l'état sanitaire qui nous occupe.

Je crois donc qu'il est permis, en se fondant sur les chiffres que je viens de vous donner, de mettre la répression, la diminution et l'assainissement de la prostitution clandestine au nombre des causes les plus actives qui ont contribué à faire décroître depuis la guerre le chiffre des maladies vénériennes dans la ville de Paris.

Mais ce n'est pas aux seules mesures de rigueur qu'est dû l'arrêt dans le développement de la prostitution clandestine. Il faut faire entrer aussi en ligne de compte la force des circonstances qui a obligé beaucoup de filles insoumises à quitter un métier plus précaire et moins lucratif qu'avant la guerre, et qui ne leur permettait peut-être plus de trouver dans la débauche des ressources suffisantes pour vivre.

(*A suivre.*)

« Ce fait que, dans les conditions les plus difficiles, et alors qu'elle se trouvait aux prises avec les embarras et les épreuves de toutes sortes qu'ont entraînés pour elle les terribles événements de ces dernières années, la préfecture de police a fait preuve, sur le terrain de la surveillance et de la répression de la prostitution, d'activité et d'énergie.

« En 1868, les arrestations de filles inscrites et d'insoumises s'élèvent à 6,870. Sous l'influence des événements qui se préparaient, et par suite de l'affaiblissement du principe d'autorité résultant du régime des réunions publiques, le nombre de ces arrestations descend à 5,986. Il remonte à 6,611, en 1870, malgré les entraves de tout genre qu'apportent à l'action du service des mœurs les agitations des premiers mois de cette année, la révolution du 4 septembre, l'investissement et le siége. Au lendemain de la Commune, dans moins de sept mois, en 1871, du 3 juin au 1er janvier, le nombre des arrestations s'élève à 6,007. Il est, pour 1872, de 11,353, et de 12,395 pour 1873.

« Dans une période de dix ans, de 1859 à 1869, le nombre des inscriptions sur les contrôles de la prostitution publique a été, en moyenne, de 364. Il y a eu 517 inscriptions en 1870, 513 en 1871 (sept mois environ, du 3 juin au 31 décembre), 1,014 en 1872, 909 en 1873.

. . . .

« En 1855, il y avait à Paris et dans sa banlieue 204 maisons de tolérance; il n'y en avait plus que 172 en 1865 et 152 en 1869. On en comptait encore 142 au 1er janvier 1872. Il n'y en a plus que 136 aujourd'hui. De 1855 à 1869, le nombre de filles publiques, dites de maisons de tolérance, est descendu de 1,852 à 1,206. Il était de 1,092 en 1872 et de 1,031 en 1873.

« Quant aux filles isolées, elles étaient 2,407 en 1855, 2,525 en 1869, 2,583 en 1872, 3,116 en 1873. En présence de ces chiffres si concluants et de l'augmentation progressive et considérable de la prostitution clandestine, je persiste dans l'opinion que j'ai émise en 1870. Je disais alors et je redis aujourd'hui : Cet état de choses révèle l'existence d'une maladie sociale que des mesures de police ne peuvent seules atteindre et détruire.

« Le monde de la prostitution, établissements et personnel se transforme, d'une manière notable. Le nombre des maisons de tolérance diminue ; il ira toujours en décroissant. Au point de vue de la spéculation, ces maisons n'offrent plus guère d'avantages, et elles disparaîtraient si elles n'avaient leur clientèle de voyageurs, de soldats et de journaliers.

« Ce serait une grave erreur de croire qu'il y a lieu, pour la morale publique, de se réjouir de ce fait, car il ne tient qu'à un simple changement de forme.

. . . .

« Dans l'état actuel des choses, les inscriptions volontaires deviennent plus rares, et ce qui est grave, il se produit contre l'enregistrement des résistances opiniâtres, qui ne se voyaient pas autrefois. Les filles renvoyées des maisons de tolérance après fermeture, ou qui sont sorties volontairement de ces maisons, se rejettent dans la catégorie des filles isolées, lesquelles s'ingénient à leur tour pour trouver les moyens de se soustraire à l'action de la police et d'aller grossir la foule des *insoumises.* »

(*De l'état actuel de la prostitution parisienne*, par C. J. Lecour, chef de la première division à la préfecture de la Seine. — Paris, 1874, pages 16 et suivantes.)

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Géry.

Traitement du rhumatisme.

La rapidité avec laquelle disparaissent souvent les douleurs du rhumatisme semblerait devoir mettre en garde contre les médications qui agissent à bref délai et guérissent les symptômes rhumatismaux dans un laps de temps très-court. Nous voyons cependant depuis quelque temps les effets merveilleux d'une série de médicaments ou de médications qui ont, pour ainsi dire, jugulé le rhumatisme en quelques jours. Évidemment ces résultats sont superbes, mais, dans bien des cas, la maladie livrée à elle-même, évoluant naturellement, ne guérit-elle pas tout aussi vite, et n'attribue-t-on pas trop souvent à la puissance du médicament ce qui n'est que le fait de la marche physiologique de l'affection ? Croyez bien que je ne veux pas dire par là qu'il faille faire table rase des médicaments, et assister les bras croisés à la marche d'une maladie quelconque. Ne croyez pas davantage qu'il y ait la moindre intention de blesser la conduite de nos confrères qui cherchent sans cesse de nouveaux remèdes aux innombrables maux qui affligent notre pauvre humanité ; mais je voudrais mettre en garde contre la promptitude avec laquelle on préconise des remèdes nouveaux ou nouvellement appliqués à la maladie qui nous occupe, et voici quelques faits à l'appui de ce que j'avance.

Observation. — L'observation que j'ai l'honneur de vous résumer a été suivie avec la plus grande attention, je puis vous l'assurer, car c'est moi-même qui en suis le sujet. Je suis rentré chez moi le samedi soir 10 avril en parfait état de santé. Dans le courant de la nuit je sentais des élancements intolérables dans les articulations du métacarpe et du poignet droit, et le lendemain matin, lundi, lesdites articulations étaient tuméfiées, très-douloureuses et le siége d'une rougeur très-intense. En même temps élévation très-sensible de la chaleur sur les parties affectées qui sont tendues et luisantes. État général de souffrance et de malaise, mais très-peu d'élévation du pouls : 70 à 80 pulsations. Dans la journée le coude se prend, mais très-légèrement, et dans la soirée l'articulation scapulo-humérale est à son tour le siége de douleurs très-vives; il n'y a pas de gonflement ni de rougeur à la périphérie, mais le moindre attouchement, à plus forte raison la plus légère pression est excessivement douloureuse.

Dans la nuit du lundi au mardi, mêmes douleurs, même rougeur, gonflement encore augmenté à la main et au poignet; mêmes douleurs dans l'épaule; le membre supérieur droit, complétement immobilisé, semble de plomb, mais de plomb bien chaud et bien douloureux.

Même état le mardi.

Le mercredi dans la matinée un peu de détente dans le bras malade; quelques mouvements sont possibles; l'amélioration est sensible dans la journée et dans la soirée : quelques heures de sommeil.

Le jeudi matin les mouvements sont possibles; la rougeur, le gonflement et la douleur ont à peu près disparu. Mais l'articulation tibio-tarsienne gauche est prise à son tour : un peu de rougeur diffuse; gonflement assez sensible, mais douleur spontanée à peu près nulle. Dans la journée, il ne reste plus qu'un peu d'engourdissement dans le bras droit, mais on peut le faire mouvoir sans craintes.

Le vendredi le malade se lève, s'habille seul, et peut reprendre sa consultation.

En résumé cinq jours de maladie; je ne fais qu'indiquer l'état général : insomnie complète pendant les trois premiers jours; pas d'appétit, soif assez vive, sensation de malaise et de douleur très-intense.

Il est bien évident que voyant ce cortége de douleurs, mon entourage me pressait d'agir, et que je n'avais qu'à appeler, ce que j'aurais fait si la maladie eût duré plus longtemps. Mais instruit par ma propre expérience (j'avais déjà eu une première attaque presque semblable, quoique moins généralisé il y a six ou sept ans), et par plusieurs cas identiques traités et guéris par l'expectation, je ne me

pressai guère. Par respect médical je fis mettre de la ouate sur les articulations malades préalablement enduites d'un liniment avec extrait thébaïque et de belladone. Je bus de la tisane de chiendent — et ce fut tout.

Eh bien, je le demande : si l'on eût ordonné, soit la propylamine, soit le cyanure de zinc, soit les applications d'eau froide, n'aurait-on pas enregistré un succès de plus au bilan de la médication ?

Je ne fais qu'indiquer, ne voulant pas abuser de votre temps, deux autres cas ayant offert la même marche et la même terminaison. Dans l'un il s'agit d'un jeune homme de vingt-cinq ans pris pour la première fois et brusquement de douleurs très-vives dans le genou et le pied gauches avec rougeur et gonflement de l'articulation : les mouvements sont absolument impossibles. Le quatrième jour le malade qui avait fait une onction par jour avec le liniment calmant, pouvait se lever et marcher un peu, et il reprenait ses occupations deux ou trois jours après.

Même résultat avec le même traitement, chez un autre malade pris pour la seconde fois de violentes douleurs articulaires qui ont parcouru successivement et très-rapidement les articulations des deux bras.

J'en avais encore un autre exemple sous les yeux la semaine dernière : un jeune homme de vingt-quatre ans était pris le lundi de douleurs rhumatismales très-aiguës et occupant les articulations des deux genoux et des deux pieds; le samedi il pouvait se lever et marcher, et reprenait le lundi suivant ses fatigantes occupations.

Que conclure de ces faits? Que sans vouloir préconiser quand même une expectation qui pourrait devenir nuisible à la longue, il est bon, dans l'intérêt même de la médication ou du médicament qu'on veut expérimenter, d'attendre quelques jours avant de l'employer pour être bien sûr que la maladie s'est amendée grâce à son usage et non par sa marche naturelle.

HYGIÈNE

De l'action du vin de Saint-Raphaël

Par M. M. E. Bégin

De l'avis des plus sages hygiénistes, c'est le vin qui est le véritable et le plus sûr réconfortant, et c'est dans le choix du vin, dans l'usage opportun qui peut en être fait, que se trouvent les bonnes conditions de la santé, et le véritable moyen de prévenir les échecs auxquels elle peut être exposée.

Mais certains vins, dont la fermentation est incomplète, ont sur l'estomac une action notoirement nuisible; ces vins-là engendrent des acides, ces acides provoquent et entretiennent la goutte, le rhumatisme, la dyspepsie. Le porto, le malaga et le sherry sont de ce nombre, leur sucre à demi fermenté est notoirement contraire aux bonnes digestions.

Il faut, pour être salutaire, pour être réellement corroborant, suivant l'expression technique, qu'un vin ait entièrement terminé sa fermentation, c'est-à-dire que le sucre qu'il renferme ait dégagé tout ce qu'il peut produire d'alcool.

Il faut encore que l'examen chimique y ait surtout constaté, dans des proportions normales, ces deux éléments constitutifs d'un vrai vin : l'acide tartrique et le tanin.

Or, le tanin est l'élément corroborant par excellence; cette substance possède, sur notre sol, les qualités et les vertus qui font tant rechercher cet autre agent d'importation étrangère, le quinquina.

Comme élément de la constitution du vin, le tannin a sur le quinquina cet avantage, qu'il se trouve dans le vin en parfaite suspension, tandis que le quinquina n'y peut être introduit que par un travail de laboratoire, à l'aide de l'alcool comme véhicule, et que la fusion n'est jamais assez intime pour faire disparaître ce goût âpre et amer qui répugne à un grand nombre de consommateurs.

Ce sont là les conditions qui ont fait recommander presque généralement, nous ne dirons pas seulement dans nos hôpitaux, mais dans l'hygiène de la famille, l'usage du vin de Saint-Raphaël, duquel l'éminent docteur Bouchardat a dit qu'on l'appelait avec raison un vin de quinquina naturel, car il est le plus recommandable et le plus riche en tanin que l'on connaisse. Et c'est précisément parce qu'il peut et doit être pris à petite dose que le vin de Saint-Raphaël agit, en toutes circonstances, comme le plus salutaire et le plus généreux des cordiaux.

C'est dire que, comme vin essentiellement tannique et agréable au goût, il est sûrement le meilleur agent pour soutenir l'énergie vitale, pour prévenir dans la saison des chaleurs ces débauches de boissons si fréquemment fatales, et aussi, dans bien d'autres cas que nous n'avons pas à développer, pour donner l'énergie au tempérament, la vigueur aux fonctions digestives, l'activité à la circulation du sang.

Une dose, variant d'un verre à liqueur à un demi-verre à bordeaux de ce vin essentiellement tonique, n'est-elle pas, par exemple, le meilleur moyen de provoquer la réaction après le bain froid, après le bain de mer, après une séance d'hydrothérapie?

Les organes ne savent pas s'accoutumer aux moyens d'officine; il n'y a de tolérance possible et à longue durée qu'à l'égard des agents naturels, et c'est pour ce motif qu'il est peu d'agents, parmi ceux auxquels l'hygiène peut avoir recours, qui soient plus opportuns que le vin de Saint-Raphaël.

L'homme mûr, la jeune femme, l'enfant, aussi bien que le convalescent « trouveront réunis dans ce précieux aliment, sous la forme la plus convenable, tous les principes les plus propres à réparer les pertes de l'économie ». (Bouchardat.)

QUELQUES MOTS

SUR LES MANIFESTATIONS RHUMATOIDES DE LA BLENNORRHAGIE (1)

Par M. le docteur Quinquaud.

Obs. VI. — *Blennorrhagie. — Arthrite du genou gauche.*

Le nommé B..., graveur, âgé de vingt-trois ans, est entré, le 3 mai 1869, à la salle Saint-Augustin.

Pas d'antécédents rhumatismaux ni scrofuleux dans sa famille; n'a jamais eu de douleurs articulaires, ne s'est exposé ni au froid ni à l'humidité.

Il a toujours eu une bonne santé. A la suite d'un coït suspect, il eut un écoulement uréthral, qui persiste depuis deux mois; puis au bout de trois semaines sont survenues des végétations assez nombreuses.

Malgré cela il pouvait travailler et marcher.

Hier il a été pris de fièvre et d'une douleur vive dans le *genou gauche*, qui est devenu volumineux rapidement.

3 mai. Soir. — P. 100, T. R. 39. Son articulation *fémoro tibiale* gauche est douloureuse, un peu chaude; on y perçoit le choc rotulien; il y a un épanchement très-notable; à peine s'il existe une légère douleur à la main, du même côté, et à l'épaude droite.

4. — P. 84, T. 38°,8. La douleur de la jointure est moins vive. L'écoulement uréthral est à peine marqué. Copahu et cubèbe. Injection Ricord.

5. — P. 88, T. 38°,6. Même état.

6. — P. 80, T. 36°,4. Epistaxis. Sueurs légères.

Le 8 mai, le mouvement fébrile a complétement cessé; mais l'épanchement articulaire persiste; la douleur a presque cessé. Vésicatoire.

On applique des révulsifs, à plusieurs reprises; et malgré les vési-

(1) Suite. — Voir les numéros des 7 et 14 août.

catoires, les badigeonnages à la teinture d'iode, malgré les pointes de feu et les appareils inamovibles, cette arthrite ne diminua que dans le courant d'avril.

Il put alors quitter l'hôpital, mais en conservant des douleurs vagues dans cette jointure.

Il s'agirait donc ici, au dire de certains auteurs, d'un cas de rhumatisme avec localisation sur une seule jointure.

J'admets que ce soit un rhumatisme, puisqu'il est survenu à un moment où l'on en recevait beaucoup à l'hôpital; mais cette détermination sur un seul genou, qui reste malade pendant des mois, est-ce là un fait ordinaire dans le rhumatisme vulgaire? Certes non. Or, à chaque instant, la clinique nous offre de ces cas coïncidant avec des blennorrhagies. Je crois donc et j'admets ici qu'il y a eu comme cause productrice la blennorrhagie.

TROISIÈME FORME

Arthropathie blennorrhagique avec érythème noueux.

Ici encore, il faut un certain temps, après le début de la blennorrhagie, pour que l'arthropathie et l'érythème noueux se montrent.

Mais, au début de ces phénomènes qui se montrent, à peu de distance l'un de l'autre, il se produit un mouvement fébrile très-net. Ainsi dans l'observation. T..., au début, on avait pu penser un instant à une fièvre continue, supposition qui dut être abandonnée lors de l'apparition des douleurs. Nous voyons, en effet, le 8 février soir, la température rectale monter à 39°,5; le lendemain, elle était à 38°,8; le soir à 39°,7.

Le 10 février, 38°,6; *le soir*, 39°,6. Les jours suivants, la température reste toujours élevée. On remarquera les oscillations vespérines, qui sont très-accusées.

Le pouls est en désaccord avec la température; il accuse mal le mouvement fébrile.

Le 20 février soir, le pouls est à 54 et la température à 38°,9.

A la fin, la température tombe à 37°,5.

Ici, le pouls marque mieux les oscillations diurnes que la température. Aussi le 9 mars matin, la température est à 37°,4, tandis que le pouls est à 68, et le soir, la température à 37°,5, le pouls à 82. Il peut se faire plusieurs poussées d'érythème.

Les douleurs et l'érythème sont toujours d'une longue durée; elles peuvent persister pendant un mois et demi; c'est là un point capital pour le pronostic.

L'érythème noueux siége le plus souvent sur les membres inférieurs, quelquefois sur les régions fessières; tantôt il se montre avant les douleurs articulaires, tantôt en même temps, rarement après.

Dans certains cas, il n'existe que de la ténosite; qu'il ne faut point prendre pour de vraies douleurs des jointures.

Quelquefois aussi, l'érithème noueux coexiste avec des arthrites multiples.

Obs. VII. — *Blennorrhagie. — Arthropathies. Érythème noueux.*

Le nommé Benjamin H..., vingt-deux ans, est entré, le 11 octobre 1868, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Augustin, n° 7.

Ce jeune homme est natif de Bordeaux, il est à Paris depuis un mois et demi; n'a point de rhumatisme dans sa famille, n'a jamais eu d'autre maladie qu'une blennorrhagie il y a sept ou huit mois: l'écoulement durait encore lorsqu'il est arrivé à Paris, avait disparu il y a un mois, quand, dans ces derniers temps, il s'est aperçu de quelques gouttes s'échappant par le canal de l'urèthre. Dans ses cheveux on trouve du pityriasis, qu'il dit avoir habituellement. Il y a une dizaine de jours qu'il s'est senti un peu mal à l'aise, et six jours, sans être refroidi, qu'il souffre des articulations des mains et des poignets, et depuis trois jours, il lui est survenu, aux genoux et aux coudes, un érythème noueux très-franc, rouge, à grosses papules, élevées et saillantes. Avant de venir à l'hôpital, il prit du calomel, qui n'a pas été suivi de résultat, et un vomitif, qui lui a fait rendre de la bile. On ne lui donne ni copahu ni cubèbe.

11 octobre soir. — P. 76, T. R. 38°.

12. — P. 68, T. R. 37°,6. On remarque aussi sur les fesses de l'érythème. Il a vomi hier encore. Rien au cœur.

13. — P. matin 114, soir 88; T. R. matin 37°,7 soir 38°,1. Douleur dans les épaules. Celle des poignets a diminué; douleur abdominale, selles sanguignolentes; rien au cœur; urine difficilement. Le soir, la douleur du ventre a un peu diminué, et il raconte que, s'étant souvent exposé au froid et au chaud, il souffrait depuis un an des épaules quand le temps voulait changer.

14. — P. matin 84, P. soir 104; T. R. matin 37°,6, soir 38°; les douleurs articulaires paraissent moins vives, pas de gonflement; ventre un peu tendu, toujours douloureux, vomit tout ce qu'il prend; cinq à six garde-robes sanguinolentes; l'érythème existe toujours.

15. — P. matin 88, soir 100; T. R. 38°,5. L'érythème tend à disparaître aux fesses; souffre un peu moins du ventre, cependant cette douleur l'empêche de dormir la nuit; dix selles aujourd'hui, séreuses, aqueuses, fétides; ne sue point: transpire naturellement des pieds.

16. — P. matin 92, soir 112; T. R. 37°,8, soir 38°,6; légère épistaxis; douleurs abdominales, six à sept selles jaunâtres. Soir, transpire depuis qu'il a pris un bouillon; souffre toujours du ventre, davantage dans les épaules, les coudes et les genoux. Quatre à cinq selles depuis ce matin.

17. — P. 100, T. R. 37°,6. Souffre encore des épaules; l'érythème tend à disparaître.

Soir: P. 92, T. R. 38°,8. Souffre davantage aux épaules, aux coudes, aux poignets, aux genoux et aux chevilles. Les douleurs abdominales persistent.

18. — P. 90, T. R. 37°,5. Les douleurs ne sont pas très-vives.

Soir, P. 100, T. R. 38°,5. Souffre toujours autant.

19. — P. 84, T. R. 37°,6. L'apparence érythémateuse des jointures se dissipe. Toujours de la difficulté à remuer les bras, les sueurs persistent. Etat général meilleur.

Soir, P. 116, T. R. 38°,8. Epistaxis légère. Ne souffre pas davantage; le ventre est toujours douloureux.

20. — P. 82, T. 36°,9; souffre toujours du ventre, mais moins dans une jambe.

Soir, P. 108, T. 37°,6. Un peu de sueur.

31. — P. 76, T. 36°,6. Douleurs dans les articulations du bras gauche. Sueurs la nuit; l'érythème a presque complétement disparu.

Soir, P. 108, T. 38°.

22. — P. 82. T. 36°,9. Le premier temps du cœur est un peu soufflant.

Soir, P. 116, T. 37°,7.

Exeat le 3 décembre à Vincennes.

Enfin, nous signalerons comme une manifestation de l'écoulement spécifique de l'urèthre, la ténalgie avec ou sans érythème noueux.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 juin 1875.
Présidence de M. Gillebert-Dhercourt père.

En l'absence de M. Gallard, président, et de M. Richelot, vice-président, M. Gillebert-Dhercourt père occupe le fauteuil de la présidence.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend:

1° Trois numéros du *Progrès médical*;

2° Un numéro du journal la *Saison d'été aux thermes de Dax;*

3° Une brochure de M. le docteur Delmas, intitulée : *Des paraplégies hyperémiques et ischémiques traitées par l'hydrothérapie.*

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le docteur Horteloup, qui remercie la société de l'avoir nommé membre titulaire.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. ANTONIN MARTIN présente une malade atteinte d'hydro-pneumo-thorax, dont il lit l'observation.

Pneumo-thorax droit ayant offert des particularités dans son début et sa symptomatologie. — Mme K..., vingt-neuf ans (d'une constitution moyenne, tempérament lymphatico-sanguin, de parents bien portants) n'a pas eu d'autre maladie antérieure qu'une fièvre typhoïde grave, il y a deux ans, dont elle ne s'est plus ressentie, du reste; ne tousse jamais (n'a pas même eu un rhume de cerveau cet hiver, selon son expression) elle accuse, le 2 juin 1875, vers sept heures du matin, en quittant le lit, une sensation subite de pression, de pesanteur au creux épigastrique, qu'elle attribue à une fausse position prise pendant la nuit. Elle s'en va néanmoins une demi-heure plus tard, chargée d'environ 15 kilogrammes de linge, au lavoir situé très-près de son domicile; elle lave, savonne jusqu'à dix heures et demie; à ce moment, elle est prise subitement d'oppression, de défaillance, précédée d'une grande difficulté dans les mouvements du bras droit qu'elle ne peut diriger en bas, il lui est impossible de s'y appuyer ni de ramasser un objet. S'armant de courage, la malade veut étendre son linge, mais l'oppression est telle qu'elle est obligée de réclamer l'aide d'une voisine. Il lui semble « qu'elle ne respire plus que du haut de la gorge ». Il est à noter que ces symptômes ne s'accompagnent ni de toux ni de point de côté; rien que la douleur présernale et celle du bras droit irradiant l'épaule. Rentrée chez elle, la malade se couche, mais elle ne peut demeurer ni sur le côté droit, ni sur le dos.

Appelé à trois heures de l'après-midi, le même jour, je constate une violente orthopnée, un peu de cyanose des lèvres; les battements du cœur sont normaux, le pouls est à 90. La percussion des deux côtés donne un son un peu obscur, presque mat, pas de bruit de pôt fêlé. A l'auscultation, souffle et voix amphorique, s'étendant dans tout le côté droit; au sommet, quelques râles muqueux, mêlés de souffle simple. A gauche, la respiration est un peu puérile, exagérée.

Prescription : Julep gommeux. . .	150	grammes.
Kermès.	10	centigr.
Sirop d'éther. . .	10	—
Eau de laur. cerise.	10	—

Le soir, à huit heures, la dyspnée est encore plus intense; la malade se sent étrangler; elle pousse des cris, est en proie à une agitation et à une anxiété des plus grandes; il lui semble qu'elle va mourir.

Potion avec éther et teinture de musc, 3 grammes de chacun. Un grand vésicatoire sur tout le côté droit du dos.

3 juin. — La nuit a été bien mauvaise; l'orthopnée a peu diminué, néanmoins la malade est plus calme. Sinapismes promenés sur les extrémités inférieures. Potion avec :

Infusion de fleur d'oranger. .	120	grammes.
Sirop d'éther. . . . . }	àâ 15	—
Sirop de belladone. . . . . . }		
Poudre de Dower.	50	—

afin de produire un état nauséeux.

Pendant la nuit suivante, une crise épouvantable d'oppression mêlée de syncope, est suivie de trois vomissements, après lesquels survient une amélioration sensible.

4 juin. — Le matin, le pouls est à 88, la peau est moite, froide; la malade ne tousse toujours pas.

Terminer la potion précédente, malgré les nausées et les vomissements qu'elle occasionne. Un lavement purgatif.

Le soir, le lavement a produit quelques selles, la dyspnée a encore diminué, la malade est calme; on peut, pour la première fois, fermer la fenêtre, ouverte jusque-là jour et nuit. Elle n'a toujours pas d'appétit; la langue est peu chargée et présente le double sillon de salive (gastralgique de Chomel); je ne vois pas d'indication suffisante pour un vomitif, vu l'état de faiblesse de notre malade.

5 juin. — Moins bien que la veille; respiration amphorique plus prononcée encore.

40 grammes d'huile de ricin; quatre selles dans la journée. Cinq à six gouttes d'éther sulfurique de temps en temps dans un peu d'eau sucrée au moment des accès d'oppression.

6 juin. — La malade se plaint d'un point névralgique sous le sein gauche et à l'épaule droite; il cède à une embrocation de chloroforme et laudanum à parties égales. Le pouls est à 86; toujours pas d'appétit; rien de changé du côté de la respiration.

Sirop calmant : Sirop de tolu.	125	grammes.
— de belladone. . }	àâ 15	—
— de thébaïque. . }		
Bromure de potassium.	8	—

Deux cuillerées par jour. Badigeonnages iodés.

Soulagement notable; la malade peut se coucher sur les deux côtés.

8 juin. — Trois cuillerées par jour du même sirop; le vésicatoire a bien donné; plus de dyspnée; mais la malade, a pour la première fois, à partir du 9 juin, une toux sèche, quinteuse (cinq à six quintes par quatorze heures); langue un peu chargée; peu d'appétit; elle mange des potages, un œuf à la coque, un peu de veau dans la journée. L'amélioration se soutient les jours suivants; la malade est plus gaie; elle cause, rit, s'occupe un peu de ses affaires.

11 juin. — Pouls à 82; respiration facile; la toux, qui a commencé à se manifester le 9 juin, reste la même, quinteuse; rien de changé du côté droit; pas d'expectoration. Continuer le sirop ci-dessus; le bromure étant porté à 10 grammes au lieu de 8; suspendre les badigeonnages en raison de l'irritation produite à la peau (*Sera continuée.*)

DISCUSSION

M. ANTONIN MARTIN demande à M. Duroziez, qui vient d'examiner la malade, quel est son avis sur la conduite à tenir.

M. DUROZIEZ. Je crois que le plus simple et le plus urgent est de donner issue à l'air par une ponction de la poitrine, car la suffocation est à craindre. Si la communication pleurale n'existe plus, il n'y a pas autre chose à faire. Si, au contraire, elle existe, on pourra laisser une canule à demeure.

M. ANTONIN MARTIN. Il faudrait avoir des idées bien assises sur la genèse de cette affection. Si l'on donne issue à l'air, il est probable qu'il se reproduira.

M. DUROZIEZ. Tout le côté droit est envahi; le côté gauche est comprimé, le cœur fonctionne mal. En retirant l'air, vous permettez à tout un côté du poumon de reprendre ses fonctions.

M. MERCIER. En supposant la communication fermée, il est probable que l'air serait absorbé.

M. PERRIN. J'ai examiné la malade et je crois qu'il n'y a pas à hésiter à employer le moyen proposé par M. Duroziez. Toutefois, il existe un état général de débilitation qui me ferait redouter l'emploi de la canule à demeure, je préférerais des ponctions capillaires répétées suivant nécessité et le repos absolu.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. POLAILLON met sous les yeux de la société une pièce anatomique recueillie dans son service de la maternité de Cochin en 1873, et qui a trait à un cas d'*insertion vicieuse du placenta sur le col.*

Il s'agit d'un utérus desséché qui présente un type de cette insertion vicieuse du placenta, dans laquelle cet organe s'est développé exactement au-dessus du col.

Voici, en quelques mots, l'histoire de la femme qui a fourni cette pièce intéressante :

Elle avait trente-cinq ans environ, et était enceinte pour la sixième fois. Pendant les six dernières semaines de sa grossesse, elle avait été traitée chez elle pour des hémorrhagies qui s'étaient montrées sans cause traumatique, s'étaient renouvelées de temps en temps à intervalles irréguliers, et auraient progressivement augmenté d'abondance, jusqu'à devenir extrêmement dangereuses. A bout de ressources pour arrêter l'écoulement sanguin, on apporta cette femme

à la Maternité de Cochin dans un état d'anémie très-voisin de la mort. En effet, elle succomba, sans accoucher, environ deux heures après son entrée à l'hôpital. Comme on s'était assuré, par l'absence des bruits du cœur, que le fœtus était mort, on n'eut pas à pratiquer l'opération césarienne *post mortem*. Il ne restait qu'à faire l'autopsie pour bien reconnaître la cause de ces hémorrhagies.

En pratiquant le toucher vaginal sur le cadavre, je reconnus que le col était effacé et que l'orifice avait une dilatation d'environ 2 centimètres de diamètre. Dans le centre de cet orifice, et au-dessus de lui, je sentis une masse épaisse, molle qui était évidemment un placenta vicieusement inséré sur le segment inférieur de l'utérus. Ce placenta était décollé dans une petite étendue au-dessus de l'orifice.

Après avoir incisé la paroi de l'abdomen, sur la ligne médiane, depuis l'appendice xyphoïde jusqu'au pubis, je trouvai le globe utérin affectant les rapports classiques de la fin de la grossesse. Son axe était légèrement incliné à droite, son fond remontait presque jusqu'au diaphragme, sa face antérieure était directement en rapport avec la paroi abdominale; les intestins étaient refoulés sur les côtés, en haut et en arrière.

J'enlevai tout l'œuf en coupant les ligaments larges et le vagin. La poche des eaux n'était pas rompue. En incisant la paroi antérieure de l'utérus, je fis sortir le fœtus qui paraissait à terme et présentait un commencement de macération. La mort devait remonter à plusieurs jours. L'utérus était sain, soit au niveau de son corps, soit au niveau de son col. Mais le gâteau placentaire, au lieu d'occuper le fond de l'organe, s'était développé sur le col de l'utérus, et le cordon ombilical s'insérait, comme on peut encore le voir sur la pièce que je présente, directement au-dessus de l'orifice utérin.

La cause des hémorrhagies qui ont entraîné la mort de la femme en question réside dans cette disposition du placenta. On sait, en effet, que, dans les derniers temps de la grossesse, par suite de l'effacement du col utérin, le placenta vicieusement inséré se décolle spontanément au voisinage de l'orifice, et que les sinus utérins étant déchirés, peuvent donner lieu à ces hémorrhagies incessantes qui n'ont pour terme que l'accouchement ou la mort de la femme.

Les insertions *centrales,* analogues à celle que je présente, sont les plus rares. Je trouve dans un mémoire sur le *placenta prævia* (in *Archives de gynécologie*, t. VI, p. 432; 1874) qui, sur 74 cas d'insertion vicieuse du placenta, 24 fois seulement l'insertion était *centrale*; 50 fois elle était *marginale* ou *latérale*.

Lorsqu'on n'intervient pas, le pronostic est extrêmement grave, puisque la mère meurt presque toujours, et qu'un tiers au moins des enfants succombe. D'après le travail que je viens de citer, sur 10 femmes qui accouchèrent sans intervention, 10 moururent et 2 enfants succombèrent.

Mais en employant des moyens appropriés, et quand on est appelé à temps, on parvient à sauver la vie à un grand nombre de femmes. Tant que le col est incomplétement dilaté, le moyen par excellence est le *tamponnement méthodique* et *complet du vagin,* tamponnement que l'on doit maintenir ou renouveler selon les besoins, jusqu'à ce que le travail se soit déclaré. Bien souvent la femme expulse à la fois son tampon, le placenta et le fœtus; et pour hâter l'expulsion, l'administration d'une dose de seigle ergoté est souvent utile. Si l'on est appelé à intervenir plus tard, lorsque la femme étant en travail, le col est dilaté ou dilatable, la meilleure pratique, à mon avis, est de terminer rapidement l'accouchement, le plus souvent par une version, rarement par une application de forceps.

Chez notre malade, apportée inopinément à l'hôpital, nous n'avons été appelé à intervenir ni d'une manière ni d'une autre. Elle était d'ailleurs arrivée à un degré d'anémie tel que rien ne semblait devoir la sauver. Néanmoins j'aurais essayé la transfusion, si le temps ne m'avait pas manqué pour venir pratiquer cette opération.

DISCUSSION

M. POLAILLON. J'ajouterai en ce qui touche la transfusion, que cette opération pratiquée avant le travail présente moins de chances de succès qu'après. Malgré cela, je l'aurais tentée pour rendre à la malade quelque force. Dans des cas semblables on obtient parfois de bons effets en pratiquant, à l'aide de la main, l'avulsion du placenta, ainsi que l'indique Simpson. Mais il faut que cette manœuvre soit très-rapide, si non, l'enfant, privé de ses moyens de communications ne tarde pas à succomber. Mieux vaut encore, lorsque la main est introduite, saisir le fœtus et terminer l'accouchement aussi vite que possible.

M. CHARRIER. La communication de M. Polaillon est très-intéressante et le fait très-rare. M. Polaillon vient de nous dire des choses fort justes sur l'opération d'extraction placentaire, telle que la pratiquait Simpson, et qui est une mauvaise manœuvre. M. Dubois agissait ainsi : aussitôt que la main pouvait passer, il la poussait avec lenteur et précaution jusqu'au fond de l'utérus, et saisissant le fœtus, faisait la version. J'ai pu agir ainsi dans un cas semblable et extraire rapidement, un enfant vivant. Mais il arrive souvent que, chez ces malades, il y a eu, depuis le sixième mois, des hémorrhagies abondantes et répétées. Si bien que, le moment de l'accouchement venu, elles ne peuvent résister et succombent.

M. POLAILLON. C'est pourquoi, lorsque la transfusion doit réussir, c'est plutôt après, lorsque la malade n'a plus d'efforts à faire. Pour combattre l'hémorrhagie, on a conseillé de vider la poche des eaux, afin de désemplir l'utérus et de lui permettre des contractions pouvant fermer les sinus. Mais j'avoue que cette pratique ne me séduit pas dans les insertions centrales. En effet, dans ce cas particulier, en ponctionnant la poche des eaux à travers le placenta, on pouvait très-bien attendre et ouvrir les gros vaisseaux du cordon, puisque celui-ci était inséré précisément en face du centre de l'ouverture du col. La version est en tous points préférable, car, dans cette manœuvre, soit la main de l'opérateur, soit la tête de l'enfant fait tampon et arrête l'hémorrhagie.

M. CAMUSET lit un rapport sur la candidature de M. le docteur Cazaux (des Eaux-Bonnes) qui sollicite le titre de membre correspondant.

M. DUBRISAY lit, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, un travail sur : *La tuberculose généralisée, et les tubercules de la choroïde*. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Dubuc, Abadie et Camuset, rapporteur. (*A suivre.*)

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 97. — JEUDI 19 AOUT 1875. 48e ANNÉE. JEUDI 19 AOUT 1875. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Jules Guérin est encore revenu à la charge contre le rapport de M. Woillez. Ce qu'il avait prouvé au sujet de l'épidémie de Rouen, en rétablissant la véritable date du premier décès cholérique dans cette ville, il a voulu le prouver également pour l'épidémie de Paris en invoquant de nouveaux faits.

Il est donc aujourd'hui certain que l'importation du choléra du Havre à Rouen, et de ces deux villes à Paris, pendant l'année 1873 n'aurait pas dû être présentée comme évidente.

Mais à quoi bon tant insister sur la critique d'un document sans importance, quand la question a été traitée avec une supériorité incontestable dans un autre rapport, qui fait autorité, le grand rapport de M. Barth sur les épidémies de 1854, 1855 et 1865.

Nous venons de relire encore une fois ce rapport des plus remarquables. Rien n'a été dit depuis lors qui n'y ait été d'avance prévu et discuté; sauf en ce qui touche les questions encore douteuses, relatives à l'Inde et à l'Asie, aux foyers d'éclosion plus ou moins multiples du choléra, à son acclimatement possible, et, pour ainsi dire, sa *spontanéité secondaire*, dans telle ou telle contrée plus ou moins éloignée de ses lieux d'origine. Sur tous ces points d'étiologie, les documents sont encore aujourd'hui insuffisants, comme ils l'étaient il y a deux ans, lors du rapport de M. Barth.

Il était donc urgent de mettre fin à une discussion qui n'a rien appris après avoir si longtemps duré.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. PETER.

L'antagonisme entre les maladies du cœur et la tuberculisation pulmonaire n'a rien d'absolu.

Je vais vous entretenir aujourd'hui d'un malade couché au n° 29 de la salle Sainte-Antoine, et qui est intéressant à ce double point de vue qu'il s'est tuberculisé à une période avancée de la vie, et que, d'autre part, il présente associées deux maladies rarement réunies, je veux dire la tuberculisation pulmonaire et une affection du cœur.

La tuberculisation est, de préférence, une maladie de la jeunesse, d'abord parce que cette maladie générale est assez souvent héréditaire, ensuite parce que, comme elle est toujours l'expression d'une déchéance de l'organisme, il est évident que l'individu qui, de fondation, est moins robuste, se tuberculisera de bonne heure par le fait même de sa moindre résistance aux causes qui font qu'on se tuberculise.

Ainsi la jeunesse est l'âge où l'on se tuberculise et le plus vite et le plus facilement. Cela ne veut pas dire que les vieillards soient incapables de devenir tuberculeux. En général, parce qu'il a su vieillir, l'individu prouve que son organisme était assez vigoureux pour résister aux causes si nombreuses de tuberculisation; et il y a des chances pour qu'il continue d'y échapper. Mais, par cela même qu'il a vieilli, son organisme s'est affaibli, et cette faiblesse le rend de jour en jour moins apte à la résistance; aussi voit-on fréquemment la tuberculisation frapper les vieillards dans les asiles de la charité, les vieilles femmes de la Salpêtrière, surtout celles qui sont atteintes de rhumatisme noueux.

Comme eux, notre malade a résisté pendant soixante ans aux causes de tuberculisation, et c'est sous l'influence de la misère qu'il a subie que sa santé s'est affaiblie, que son organisme a fléchi et qu'ainsi s'est réalisée chez lui la tuberculisation.

D'un autre côté, il est pas seulement tuberculeux, il est, en outre, atteint d'une affection cardiaque, maladie qui met précisément le poumon dans des conditions telles que la tuberculisation y est moins facile, et cela par le fait du plus grand fonctionnement, devenu nécessaire, des lobes supérieurs de cet organe. Il y a là un antagonisme pathogénique et tout matériel, ainsi que nous l'allons voir, mais qui n'a cependant rien d'absolu, comme l'a d'ailleurs fort justement fait remarquer M. le professeur G. Sée.

Au point de vue général, on peut formuler cette loi que la tuberculation est l'expression actuelle, topique et matérielle d'une déchéance générale. Elle ne se développe localement que dans les tissus les moins vivants. En d'autres termes, moins vivant est l'organisme, plus il est apte à se tuberculiser, et moins vivant est l'organe, plus il a de chances localement pour se tuberculiser. En effet, la tuberculisation s'observe dans le tissu conjonctif, c'est-à-dire dans le tissu le plus rudimentaire de tous ceux dont est constitué l'organisme.

Pour que la tuberculisation se développe, il faut, d'une part, que le tissu soit peu vivant anatomiquement et physiologiquement, c'est-à-dire matériellement et fonctionnellement, et, d'autre part, que ce tissu soit suffisamment vasculaire. Quand

ces deux conditions se trouvent réalisées, la tuberculisation n'est plus qu'une affaire d'opportunité morbide.

De là cette loi, à savoir que la tuberculisation se développe exclusivement dans le tissu conjonctif, loi que vous verrez se vérifier constamment, pour peu que vous examiniez analytiquement les organes qui se tuberculisent. C'est en vain, par exemple, que vous chercherez la tuberculisation dans les muscles, dans le cœur, le plus important d'entre eux et *le plus fonctionnant*. Il en est de même du tissu nerveux; ainsi la pie-mère se tuberculise, elle qui n'est que du tissu conjonctif plein de vaisseaux; mais ni la cellule qui fait la volition, ni celle qui perçoit la sensation, ni le tube qui transmet l'une ou l'autre, ne se tuberculisent. Au contraire, si vous cherchez des organes dans lesquels se développent les tubercules, vous trouverez l'épididyme, et non par le testicule. Et dans le cas rare de tuberculisation du testicule, c'est dans les trabécules qui séparent les cônes vasculeux de cet organe et jamais indépendamment de la tuberculisation de l'épididyme que vous rencontrerez les tubercules. Et encore sont-ils, au maximum dans l'épididyme, au minimum dans le testicule.

On cite comme rareté les cas de tubercules de la mamelle; on ne compte plus ceux de cancer de cet organe. C'est, en effet, une autre loi, que les organes qui fonctionnent le moins se tuberculisent, et que ceux qui développent une plus grande activité se cancérisent.

Eh bien, on peut dire que le poumon n'est autre chose que du tissu conjonctif, fait démontré du reste par l'anatomie et la physiologie ou plutôt qu'un assemblage de trabecules de tissu conjonctif sur lesquelles s'épanouissent les vaisseaux de l'hématose. Quant au poumon, dans l'acte qui constitue la respiration, il ne fait rien, il est absolument passif. Son rôle consiste à se laisser traverser par l'air et, il n'intervient nullement dans cette fonction, dont il n'est que le lieu d'accomplissement.

Or, dans cet organe, si bassement organisé et au contraire si richement vasculaire, en quel point la tuberculisation se développe-t-elle d'abord et d'élection? Ce point est le sommet de l'organe. Puis, l'évolution se fait de haut en bas, c'est-à-dire que les lésions sont plus avancées dans le lobe supérieur et que les granulations sont plus récentes vers la base qu'au sommet.

Etant donc donné un mauvais état général de l'organisme, vous pouvez observer deux choses. Dans l'ordre des affections aiguës et sous l'influence d'une cause un peu pressante, un peu active, vous rencontrerez la pneumonie du sommet; tandis que sous l'influence d'une cause dépressive, lente et continue, vous observerez, dans l'ordre des affections chroniques, la tuberculisation de cette même partie du poumon. De sorte que la pneumonie du sommet ou la tuberculisation, sont chacun pour sa part, et suivant des circonstances toutes contingentes d'activité ou de lenteur de la cause morbifique, la manifestation d'un mauvais état général de l'organisme.

En voulez-vous un exemple? Nous avons en ce moment couchée au n° 9 de la salle Sainte-Adélaïde, une femme qui est entrée à l'hôpital avec une pneumonie latente du sommet. A son entrée, nous avons constaté un état typhoïde assez prononcé, avec fièvre, mais sans lésions matérielles apparentes.

Or, étant donnés la misère extrême dans laquelle vivait cette femme et son âge avancé, nous devions, la fièvre existant, chercher une phlegmasie, et surtout une pneumonie du sommet. Pendant trois jours, nous ne découvrîmes rien, malgré l'auscultation la plus attentive des sommets, en avant, en arrière et dans l'aisselle. L'état général persistait aussi mauvais, il y avait toujours de la fièvre et en outre, au cœur, un bruit de souffle d'endocardite ou d'insuffisance mitrale; ce n'est qu'après trois longs jours d'examen répété, que nous découvrîmes les signes d'une pneumonie du sommet droit. Sous l'influence du traitement, l'état général et local commençait à s'amender, quand, quatre jours plus tard, la fièvre reparut plus intense, et nous constatâmes une inflammation du lobe supérieur du poumon gauche. De sorte que, quoique se trouvant dans les conditions les plus satisfaisantes, bien chaudement dans son lit, elle avait néanmoins contracté une nouvelle pneumonie du sommet, laquelle n'était autre que l'expression du mauvais état général et de la déchéance de l'organisme, dans l'ordre des affections aiguës.

Eh bien! dans l'ordre des affections chroniques, sous cette même influence de débilité de l'état général, c'est la tuberculisation qui se fût manifestée.

Pourquoi, maintenant, le lobe supérieur se prend-il de préférence aux autres parties du poumon? Je vais vous le dire. Cela tient à ce qu'il se meut le moins; car, étant donné cet organe passif, bassement organisé, le poumon, la partie de l'organe qui se meut le moins, en est la moins vivante, — le mouvement étant la vie, — et la partie la moins vivante de cet organe rudimentaire sera celle qui devra se tuberculiser de préférence dans un organisme frappé de déchéance.

Vous allez comprendre maintenant comment, au cas de maladies du cœur, la tuberculisation du poumon est moins facilement réalisable. En effet, arrivées à une certaine période de leur évolution, celles-ci déterminent à la base du poumon une congestion passive qui fait que les lobes inférieurs ne pouvant fonctionner suffisamment pour l'hématose, le malade est obligé de faire fonctionner énergiquement tout ce qui lui reste de perméable dans son poumon, c'est-à-dire le lobe supérieur, qui dans l'état ordinaire des fonctions hématosantes, est réduit, sinon à l'état d'inertie, du moins à celui de repos relatif. Ainsi s'explique l'immunité habituelle du cardiopathes, quant à la tuberculisation.

Mais si, à l'affection cardiaque, viennent s'ajouter toutes les causes, la misère, la mauvaise hygiène, etc., qui font que l'on se tuberculise, suivant que ces causes seront plus puissantes et l'emporteront sur l'immunité toute matérielle créée par la suractivité fonctionnelle du lobe supérieur, la tuberculisation pourra se réaliser.

Eh bien, les maladies du cœur, en général, parce qu'elles apportent dans la circulation un obstacle qui fait que celle-ci devient stagnante dans les parties inférieures du poumon, ne pourront s'opposer au développement de la tuberculisation, que suivant la nature de l'affection, la période à laquelle celle-ci est arrivée et l'ensemble de l'état général.

Prenons, par exemple, l'insuffisance mitrale, au début, alors que l'obstacle apporté à la circulation n'est pas encore considérable, il est évident que, sous l'influence de conditions fâcheuses et des causes capables de la déterminer, la tuberculisation se manifestera, et que si l'affection cardiaque n'a pas créé, à la circulation un obstacle assez puissant pour déterminer la congestion passive, habituelle des lobes inférieurs, le lobe supérieur ne sera pas dans un état de fonctionnement tel que l'immunité soit probable, et pourra, par conséquent, se tuberculiser s'il se trouve placé dans les conditions où la tuberculisation se développe ordinairement.

Il est encore bien évident qu'un individu atteint de dégénérescence granulo-graisseuse du muscle cardiaque ou d'une atrophie consécutive à cette dégénérescence, peut également se tuberculiser. Dans ce cas, en effet, la circulation languit

d'une façon générale, et la nutrition en subit une atteinte plus ou moins profonde; de sorte qu'ici encore, la tuberculisation peut apparaître par cette raison que l'individu est tombé en déchéance organique.

Par conséquent, la tuberculisation pulmonaire peut s'observer chez des indidus atteints de rétrécissement ou d'insuffisance des orifices ou des valvules, alors que les lésions n'ont pas encore atteint cette période de leur évolution à laquelle se manifeste la congestion passive des bases.

Ainsi l'immunité des sommets pulmonaires pour les tubercules au cas de maladie du cœur n'a rien d'absolu; elle est subordonnée à la période de la maladie cardiaque, à la nature de celle-ci, et enfin à l'état général de l'organisme.

(*A suivre.*)

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Forget.

Plaie de l'anus et du rectum produite par l'introduction violente d'une tige en bois par l'intestin.

Les lésions traumatiques de l'anus et du rectum produites par la pénétration violente d'un corps vulnérant dans cet intestin sont assez rares pour qu'il soit utile, ce me semble, de faire connaître une lésion de ce genre que j'ai récemment observée. Voici le fait :

Observation. — Un jeune homme, âgé de dix-sept ans, fort et vigoureusement constitué, se livrait, avec ses camarades, élèves comme lui d'un pensionnat de Vaugirard, à des exercices gymnastiques au moyen de six échasses superposées les unes aux autres, trois à droite et trois à gauche. Notre jeune homme était monté sur les échasses les plus élevées, dont chacune avait pour point d'appui les deux échasses situées au-dessous d'elles et qui n'étaient maintenues verticalement que par les mains de ses condisciples.

Ce moyen de fixation très-peu stable, ayant tout à coup fait défaut, notre jeune acrobate fut entraîné dans un mouvement de bascule et tomba le siége sur l'extrémité hexagonale du bras d'une échasse qui pénétra violemment dans l'intérieur du rectum.

Le choc fut des plus énergiques; la douleur qui le suivit très-intense; le jeune homme cependant conserva assez sa présence d'esprit pour se hâter de saisir l'instrument vulnérant et d'en faire l'extraction. Relevé par ses camarades, il fut porté à l'infirmerie où l'un des professeur, l'ayant examiné, constata l'existence d'une tumeur rouge vif et sanguinolente qui occupait l'anus; pensant qu'elle était due à l'intestin entraîné par la tige de bois violemment extraite, il se hâta de la refouler et de la faire rentrer avec facilité. Le traumatisme, au moment où il se produisit, amena un écoulement de sang très-modéré; mais peu de temps après la réduction de l'intestin, un besoin de défécation provoqua l'issue d'une notable quantité de sang mêlé de matières stercorales peu abondantes, dans lesquelles on trouva un morceau de la chemise et du pantalon que le corps vulnérant avait entraîné avec lui à l'intérieur de l'intestin : la chemise et le pantalon du blessé présentaient, en effet, chacun un trou de forme carrée, à bords frangés, représentant exactement celle des lambeaux d'étoffes retrouvés dans les matières d'excrétion.

Le chirurgien de la maison d'éducation fut mandé, il se fit rendre compte des circonstances de l'accident et de ses suites, et il se borna à prescrire l'application sur la région ano-périnéale des compresses d'eau froide qui devaient être renouvelées fréquemment.

Les parents du jeune homme prévenus de l'accident arrivé à leur fils, l'emmenèrent chez eux, où je fus appelé à lui donner des soins à la fin du mois de mars dernier (1875).

Je trouvai ce jeune homme couché au lit sur le côté droit: il accusait une gène assez intense dans la région ano-périnéale, s'étendant jusqu'à l'intérieur du bas-ventre dont la compression, même un peu forte, ne détermina d'ailleurs aucune manifestation bien douloureuse. Le pouls petit, serré, avait une fréquence anormale; sans élévation de la température. Je m'enquis de l'état des voies urinaires dont les fonctions n'avaient pas été un seul instant troublées; la miction, depuis l'accident, avait continué de s'accomplir régulièrement et sans la moindre douleur; ce qui ne me laissa aucun doute sur l'intégrité de la prostate et de la vessie demeurées en dehors de l'action du corps vulnérant. L'examen, auquel je me livrai, des parties lésées me confirma dans mon opinion.

En écartant les fesses, je vis tout d'abord à gauche une plaie très-nette qui, de l'anus, se prolongeait dans une étendue de 6 centimètres dans la direction de la vessie correspondante. Cette plaie, dont la profondeur pouvait admettre la totalité du petit doigt, ressemblait exactement à celle qui se pratique dans l'opération de la fistule anale. L'exploration de l'intestin à l'aide du doigt indicateur me démontra que la plaie extérieure se prolongeait dans l'anus, qui était largement ouvert par suite de la section plus ou moins complète du sphincter externe. Pénétrant plus avant, et sans aucune résistance, malgré que le malade se plaignît de souffrir, je trouvai dans la direction de la plaie extérieure, se continuant avec elle, une lésion de la membrane muqueuse du rectum dont la surface, à la hauteur environ de 8 centimètres, était comme boursouflée, inégale, et présentait plusieurs lambeaux sous forme de franges dont l'extrémité était libre et détachée de la paroi de l'intestin. Le doigt explorateur ramena quelques petits caillots sanguins, sans que cet examen ait été suivi d'ailleurs de la moindre hémorrhagie.

De l'exposé très-exact que je viens de faire de la multiplicité des lésions traumatiques, il résulte, pour moi, que l'agent vulnérant a agi tout à la fois comme instrument tranchant et contondant : par un de ses bords en vive arête, il a fait une incision chirurgicale bornée à la fesse et au sphincter anal; et par son extrémité pénétrant à l'intérieur du rectum, à une hauteur de 8 centimètres, il a contusionné la paroi gauche de l'intestin et déchiré, en la refoulant, la membrane muqueuse.

Les indications thérapeutiques prescrites par cette lésion complexe étaient des plus simples, elles étaient celles qui résultent de l'opération de la fistule. Veiller à maintenir libre l'intestin, tout effort de défécation, outre la douleur qu'il produisait, pouvant retarder la cicatrisation, fut le premier soin à prendre; faire le pansement classique de la fistule anale opérée, au moyen d'une mèche de charpie posée sur la plaie et non introduite avec effort comme quelques chirurgiens ont encore la mauvaise habitude de le faire, c'est à cela que je bornai le traitement. Aidé de quelques cautérisations pratiquées opportunément et de quarts de lavement avec une décoction d'extrait de ratanhia, dont la vertu détersive et astringente hâta le retrait de la membrane muqueuse et la cicatrisation des surfaces dénudées, ce traitement amena dans l'espace d'un mois la guérison du blessé, que j'ai revu il y a quelques jours en parfait état; conservant, toutefois, de son accident, un souvenir assez présent pour qu'il ne lui prenne plus fantaisie de s'y exposer.

DE L'UTILITÉ DE L'INSUFFLATION

DANS L'INVAGINATION INTESTINALE

Par M. le docteur Gilée (de Nantes).

Le 17 février 1875, je fus demandé, dans la nuit, pour voir un jeune homme de vingt-sept ans, marié depuis trois ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sec et nerveux, et habituellement bien portant; lorsqu'à deux heures du matin, sans aucune cause appréciable, il fut réveillé tout à coup par de violentes coliques, accompagnées de douleurs très-vives dans l'abdomen. Ces douleurs, dont le siége principal était situé à droite de l'ombilic, redoublaient d'intensité, jusqu'au moment ou des nausées suivies de vomissements muqueux ou bilieux, survenant, paraissaient en diminuer la violence. Le malade se tordait dans son lit, poussait des gémissements incessants et changeait continuellement de position.

Le visage était pâle, anxieux. Les lèvres décolorées. Les traits contractés. Les yeux injectés et brillants semblaient exprimer une vive souffrance. La peau était normale. Le pouls à 96, assez bien développé. Langue blanche, décolorée. Respiration fréquente. Soif vive.

Le ventre, assez souple, n'offrait de sensibilité que du côté droit, où l'on sentait très-facilement à la pression, une tumeur de la grosseur du poing, paraissant occuper les parties inférieure et moyenne

du colon ascendant. Au-dessus de cette tumeur, très-sensible à la palpation, laquelle déterminait presque immédiatement des nausées ou des vomissements, existait de la tympanite.

Le malade, qui était allé à la selle la veille au soir, dans des conditions normales, était tourmenté par un peu de ténesme et par des besoins fréquents d'uriner, sans cependant pouvoir les satisfaire. Il n'avait eu ni frisson, ni refroidissement ; n'avait point fait de chute ni reçu de coup sur l'abdomen et n'avait eu aucune maladie antérieure de cette région. Pas de hernies.

En présence de ces faits, de l'absence de douleur aussi vive que celle qu'on rencontre ordinairement dans la péritonite aiguë, de la lenteur relative du pouls qui n'était ni petit, ni serré, ni tendu comme il l'est habituellement dans les inflammations abdominales; de l'absence de matité dans la tumeur, qui ne me permettait pas de m'arrêter à l'idée d'une occlusion intestinale par des matières accumulées, je crus devoir diagnostiquer un volvulus et prescrire la médication suivante, bien que, depuis longtemps, je n'aie convervé que fort peu de confiance dans l'efficacité de la médication purgative.

Huile de ricin. . . . . 13 grammes.
Eau distillée de menthe. . . } ââ 30 grammes.
Sirop d'orgeat . . . . }

m :

à prendre par cuillerée toutes les cinq minutes, cataplasmes laudanisés sur la tumeur. Glace, eau de Seltz pour boisson.

Le soir la potion a été vomie un quart d'heure après la dernière dose. Les vomissements persistent. La soif est un peu moins vive. Il y a moins d'agitation. Pouls à 92. Le ventre est un peu moins tendu et la tumeur, qui est aussi douloureuse au toucher, donne lieu presque immédiatement, à chaque fois qu'on l'explore, à des nausées, des vomissements ou à des éructations d'une odeur très-fétide. Pas de garde-robe, pas d'urine.

(Lavement avec :

Huile de ricin. . . . . 60 grammes.
Jeaune d'œuf . . . . N° 1.
Mélasse . . . . 60 grammes.
Décoction de graine de lin. . . . 400 —

f: s: a:

Continuer les cataplasmes laudanisés, la glace et l'eau de Seltz.)

Le 18, nuit très-mauvaise. Le lavement a été rendu, une demi heure après, sans aucune matière. Agitation extrême. Plaintes continues. Cris parfois. Face grippée. Peau sèche. Soif intense. Langue blanche. Pouls à 88. Vomissements bilieux. Hoquet. Une cuillerée d'urine trouble.

(Quinze sangsues sur la tumeur, qui est très-douloureuse. Cataplasmes après les sangsues. Toutes les heures un des paquets suivants :

Calomel à la vapeur 0g 50
Poudre de racine de belladone. 0g 20
Extrait de belladone 0g 10
Sucre en poudre 4g 00

m :

En 20 paquets :

Lait coupé d'eau pour boisson. Glace).

Le soir un peu de mieux. Les sangsues ont saigné cinq heures. La tumeur est moins douloureuse au toucher. La figure est meilleure. La peau est bonne. La soif moins vive. La langue moins sèche. Le pouls à 84. Pas de garde-robe. Deux cuillerées d'urine bourbeuse. Il y a près de deux heures que le malade n'a vomi.

(Eau et lait pour boisson. Glace. Continuer les paquets de calomel et de belladone, ainsi que les cataplasmes.)

Le 19. — Hier, vers dix heures du soir, les douleurs sont revenues plus violentes que jamais. Nuit très-mauvaise. La tumeur est très-douloureuse et sonore à la percussion. Le ventre est souple et insensible partout ailleurs. Vomissements de plus en plus rapprochés se composant de matières fécaloïdes d'une odeur infecte. Eructations fréquentes. Le hoquet continue. Face pâle, altérée, nez pincé et effilé, narines sèches, respiration précipitée, agitation extrême. Pouls à 80. Une cuillerée d'urine épaisse. Une selle légèrement teintée de sang.

(Bain général de deux heures. Étendre sur un morceau de flanelle une couche épaisse de la pommade suivante et l'appliquer après sur la tumeur :

Onguent napolitain. . . . . 125 grammes.
Extrait de belladone . . . . 25 —

m :

Eau et lait. Glace. Eau de Seltz.)

Le soir, après un mieux sensible qui s'est prolongé une heure après le bain; tous les phénomènes de la nuit précédente se sont montrés de nouveau avec la même intensité. Vomissements stercoraux qui fatiguent horriblement le malade. Hoquet dans l'intervalle. Selle sanguignolente d'une cuillerée. La face est pâle, couverte d'une sueur froide et visqueuse, soif extrême. Le malade est en proie au plus profond désespoir. Il sent sa fin prochaine et la désire même pour mettre un terme à ses souffrances. Pouls à 92.

Je propose l'insufflation, qui est acceptée avec empressement.

Après avoir adopté une sonde œsophagienne sur la douille d'un soufflet de cuisine de 25 centimètres de diamètre, je fais coucher le malade sur le côté, le siége tourné en avant sur le bord du lit, les cuisses fléchies le plus possible sur le bassin, et j'introduis alors dans l'anus, à une profondeur de 15 centimètres environ, l'extrémité libre de la sonde œsophagienne, préalablement enduite de saindoux. Je la confie à un aide intelligent, avec la recommandation expresse de prendre un point d'appui sur le siége du malade et de suivre tous ses mouvements, si, malgré lui, il venait à en faire, puis je commencé lentement à donner quelques coups de soufflet. Vers le dixième, le malade se sent soulagé. Au vingtième, il ne souffre presque plus. Au trentième, il se touche lui-même le ventre avec assez de force sans éprouver de douleur et me supplie de continuer. J'en donne quinze autres; mais non, toutes fois, sans avoir palpé avec soin le ventre, qui me paraît très-tendu et presque insensible. J'enlève promptement la sonde avec précaution, et aucun gaz ne s'échappe par l'anus.

Au moment de mon départ, dix minutes après l'insufflation, le malade qui n'avait pas fermé les yeux depuis le début de sa maladie, s'était endormi. La peau est bonne. La chaleur est revenue. La sueur a cessé. Le visage paraît calme. La respiration est longue et paisible. Le pouls tombe à 84.

(Continuer les applications d'onguent napolitain et de belladone. Glace, eau de Seltz et sirop de groseille.)

Le 20, la nuit a été bonne. Le malade a dormi quatre heures. Il a eu quelques nausées; mais sans vomissements. Pas de hoquet. Le ventre est un peu moins tendu. Bien que la sensibilité et les coliques soient revenues, elles sont cependant moins vives. Figure meilleure. Langue moins sèche. Soif moins interne. Peau bonne. Pouls à 84. Pendant que j'explore la tumeur le malade vomit des matières fécales. Pas de selle. Un peu d'urine.

Je procède à une nouvelle insufflation de quarante-cinq coups de soufflet suivie presque immédiatement d'un grand soulagement comme la veille, après la première insufflation. Le ventre est plus tendu cette fois; mais, en pressant la tumeur dans tous les sens, on ne fait éprouver que fort peu de douleur au malade. Pouls à 80 au départ.

(Glace. Bouillon froid. Eau vineuse. Continuer les applications d'onguent napolitain et de belladone sur la tumeur.)

Le soir, le malade a dormi trois heures et demie et n'a vomi qu'une seule fois en se réveillant. Le vomissement se composait de bouillon et de matières stercorales infectes. Le ventre est presque aussi tendu que le matin après l'insufflation. Les coliques reviennent. La soif est plus grande bien que la langue ne soit pas sèche. Rien du côté des gencives annonçant l'action des mercuriaux. Pouls à 76 assez bon. Pas d'urine. Pas de selle. Pas de gaz rendus par l'anus. Le malade réclame une nouvelle insufflation.

J'administre tout de suite cinquante-cinq coups de soufflet, non sans surveiller attentivement l'état du ventre de temps en temps, et je m'arrête, malgré les supplications les plus pressantes du malade, qui prétend que si l'on continuait encore, il serait guéri!

Le ventre est très-tendu et ne permet, à cause de cela, de sentir que très-difficilement la tumeur.

Pendant que je me lave les mains, un bruit sourd, mais très-fort cependant, semblable à celui que produirait un lit qu'on roulerait

sur le sol d'une chambre mal carrelée, se fait entendre. Nous nous demandions, les personnes présentes et moi, ce qu'on pouvait faire dans la chambre voisine lorsque tout à coup le malade s'écrie : « Je suis guéri !... Je suis guéri !... Je ne souffre plus ! Donnez-moi vite le vase de nuit !... Pendant près de cinq à dix minutes, il rendit avec bruit des gaz en très-grande abondance par l'anus et eut, au bout de ce temps une selle molle, de la consistance d'une purée noire, verdâtre et légèrement teintée de sang. Le ventre s'est détendu notablement. On ne trouve plus de tumeur; mais il existe encore un peu de sensibiilté à la pression. Pouls à 72 au départ.

Bouillon froid. Eau vineuse. Eau de Seltz avec sirop de groseille. Cesser l'application de la pommade et nettoyer le ventre avec un peu de saindoux.

Le 21, le malade ne s'est réveillé que deux fois dans la nuit pour aller à la selle et pour uriner. Il s'est rendormi tout de suite. Le ventre est encore un peu tendu ; mais, malgré un examen consciencieux, je ne trouve plus la tumeur. La sensibilité est presque nulle. Il n'y a eu de coliques qu'au moment des deux selles de la nuit, de la même nature, du reste, que celle de la veille au soir.

La convalescence s'est établie promptement, sans stomatite. Le 23, le malade se levait quatre heures et reprenaient ses occupations le 27.

(A suivre.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 août 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques observées pendant l'année 1874, dans le département du Nord et dans les arrondissements de Nantes, de Chateaubriand et de Saint-Nazaire. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. le docteur Monteils, de Florac (Isère), qui soumet au jugement de l'Académie un nouvel instrument d'inoculation et de vaccination fabriqué par M. Gallante et auquel il donne le nom d'inoculateur par scarification.

M. Henri Roger présente, au nom de M. le docteur Zenon Pupier, une brochure intitulée : *Action des eaux de Vichy sur la composition du sang.*

M. le Président déclare une vacance dans la section de pathologie médicale.

Sur l'invitation de M. le président, M. Chatain donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Desportes.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. Jules Guérin reprend la discussion sur le choléra par le discours suivant :

Lorsque l'Académie est appelée, par sa haute compétence et sa grande autorité, à connaître d'une question dont la solution peut entraîner une révolution dans les idées, et une grande réforme dans les mesures d'hygiène publique, ce n'est pas trop exiger d'elle que de lui demander de favoriser, contre des intérêts contraires, tout ce qui peut contribuer à assurer le triomphe de la vérité. Or je viens, au moment de clore la discussion sur le choléra, lui apporter un document nouveau et d'une source élevée, qui doit, si je ne me trompe, dissiper les dernières obscurités sur la génèse de l'épidémie de 1873, et en particulier sur l'explosion cholérique de Paris.

On sait aujourd'hui que les épidémies du Havre et de Rouen ont éclaté simultanément dès le commencement d'août. L'explosion de l'épidémie de Paris était considérée, jusqu'à ce moment, comme postérieure à celle de ces deux centres. Voici des documents qui m'ont été communiqués par notre éminent confrère M. Cazalas, inspecteur général et président du conseil de santé, et qui, par leur caractère précis me paraissent jeter un nouveau jour sur cette origine.

Voici ces documents :

Choléra de 1873. — 1° Saint-Germain.

La garnison de Saint-Germain était formée : 1° par le 6e régiment de chasseurs à cheval et le dépôt du 70e, logés dans la caserne de la ville ; 2° par les 90e et 91e de ligne logés au camp.

A part un certain nombre de diarrhées, l'état sanitaire était satisfaisant.

Le 23 juillet, jour de mon inspection, dit M. Cazalas, je trouvai à l'hôpital, au milieu des autres malades, un cavalier du 6e chasseurs, frappé la veille de choléra algide. Le cas était grave. Cependant la réaction s'opéra, et le malade guérit. C'est le seul cas observé à Saint-Germain jusqu'à la fin d'octobre.

2° *Camp de Villeneuve l'Étang, près Saint-Cloud.*

Composé des 64e, 65e, 115e, 116e, 117e, 118e, 124e, 125e de ligne, et 9e et 22e bataillons de chasseurs à pied.

L'état sanitaire général du camp était excellent, mais les 115e et 117e de ligne, et le 22e bataillon de chasseurs à pied faisaient exception à la règle. Ils offraient, depuis plusieurs jours, un nombre insolite de diarrhées et de dysentéries avec tendance au refroidissement.

Le 23 juillet, le jour où le cholérique du 6e régiment de chasseurs entrait à l'hôpital de Saint-Germain, deux hommes, l'un du 117e, l'autre du 124e de ligne, sont atteints du choléra et portés à l'ambulance de la Grande-Gerbe, dans le parc de Saint-Cloud. Le premier guérit, et l'autre succomba huit heures après son entrée.

Le 25, deux nouveaux cas légers au 112e sont portés à l'ambulance. Guérison.

Le 27, quatre nouveaux cas, deux au 115e, un au 125e, et le quatrième au 22e bataillon de chasseurs à pied, portés à l'ambulance. Deux guérisons, deux décès. L'un, presque en entrant, et l'autre quarante-huit heures après son entrée.

Les 28 et 29, quelques nouveaux cas sans gravité.

Le 29, par ordre du ministre, dont l'attention avait été éveillée par les rapports du commandant, j'ai visité le camp et l'ambulance ; il n'était pas possible de méconnaître sur les malades de la première division du camp, notamment sur ceux du 115e et 117e ; une influence cholérique notable.

L'état sanitaire du camp, soumis à une surveillance spéciale et aux meilleures prescriptions hygiéniques, s'est amélioré peu à peu, et, depuis le 30 juillet, il n'est entré aucun cholérique à l'ambulance.

Il n'y a eu, dit M. Cazalas, ni importation ni exportation ; mais les 115e et 117e de ligne et le 22e bataillon de chasseurs à pieds qui ont fourni plus particulièrement les malades étaient placés directement sous le vent d'un dépotoir : ce sont eux aussi qui ont fourni avant les cas de choléra des diarrhées et dysentéries avec tendance au refroidissement.

Ces faits qui, réunissent dans un cadre étroit et dans un espace de temps très-court, toutes les bornes et tous les degrés de l'évolution cholériques antérieurs de quatre à cinq jours aux cas de choléra authentiques du Havre et de Rouen, antérieurs de plus d'un mois à l'explosion caractérisée de Paris, aux portes duquel ils se sont manifestés, ne sont-ils pas tout à la fois la preuve incontestable de l'existence de la même constitution cholérique dans ces trois centres, de leur action simultanée sur chacun d'eux, et la preuve désormais indiscutable que les épidémies du Havre, de Rouen et de Paris se sont développées indépendamment l'une de l'autre et sans le secours d'aucune importation.

Quels que puissent être l'imprévu et la gravité des conclusions auxquelles ces faits conduisent fatalement, je n'ai aucune raison de les dissimuler : je les exprime, au contraire, sans la moindre réticence.

Scientifiquement, ils ouvrent à la pathologie une série de points de vue nouveaux sur le travail évolutionnaire du choléra ; sur les formes diverses et les degrés divers liés à cette évolution ; sur la nature spéciale des diarrhées dites saisonnières considérées comme travail initial et préparatoire de la constitution cholérique ; s'arrêtant dans certaines années à ses premières ébauches ; dans d'autres

évoluant graduellement sous la forme de diarrhée cholériforme, de choléra infantile, de choléra sporadique ou nostras, et arrivant, sous l'empire de circonstances étiologiques plus arrêtées, à sa forme la plus grave et la plus caractérisée au choléra épidémique. Je l'ai dit à l'origine, de cette discussion c'est l'embriogénie du choléra substituée au choléra tout fait.

Pratiquement, c'est la réforme générale de toutes les mesures sanitaires, la suppression de toutes les entraves au commerce; à l'industrie, aux relations internationales; entraves reconnues par l'expérience comme tout à fait stériles, et rendues illusoires, si ce n'est entièrement impossibles, par les communications constantes des chemins de fer.

C'est en outre l'institution à formuler d'un système nouveau de prophylaxie basé tout à la fois sur les phénomènes précurseurs des épidémies et sur les avertissements plus directs de la maladie individuelle : prophylaxie protectrice mais non vexatoire de la liberté.

M. BRIQUET demande à compléter la défense de la doctrine de l'importation et de combattre ce qui pourrait rester encore de la doctrine opposée. Il est évident que le choléra est une maladie commune à tous les pays et dépend des causes banales, vicissitudes atmosphériques, influences météorologiques, qui font que le choléra acquiert peu d'intensité dans les pays froids et dans les climats tempérés, tandis qu'il atteint une gravité graduellement croissante dans les pays chauds, où ces influences sont prépondérantes; les grandes épidémies apparaissent après les grandes perturbations météorologiques, après les grandes pluies, les grandes inondations.

M. Briquet adopte la doctrine de la contagion du choléra originaire de l'Inde et du Bengale et l'applique à la série des épidémies qui se sont succédé en 1817, 1828, 1844, 1854 et 1865.

M. Briquet termine en disant que le choléra ordinaire est une maladie météorologique ayant pour cause principale le refroidissement de la température, et pour cause secondaire une nourriture de mauvaise qualité. Le choléra épidémique est une maladie d'importation indienne; cette doctrine de l'importation, suivant M. Briquet, n'a été combattue par aucun argument sérieux, ni au point de vue de l'étiologie, ni au point de vue de la marche de la maladie.

M. CHAUFFARD demande à expliquer pourquoi il s'est abstenu de prendre part à la discussion. Suivant lui, les bases scientifiques de la question du choléra n'ont pas été touchées. M. Jules Guérin, en particulier, a complétement méconnu les différences fondamentales qui existent entre le choléra sporadique et le choléra épidémique. M. Chauffard ne croit pas devoir prendre la peine de refuter encore une fois des erreurs depuis longtemps mises à néant et que leurs auteurs reproduisent toujours avec la même opiniâtreté.

M. JULES GUÉRIN n'accepte pas le dédain avec lequel M. Chauffard vient de traiter ses doctrines; ses doctrines sont appuyées par des faits, dont l'Europe entière a reconnu l'exactitude. Il souhaite à M. Chauffard d'en rencontrer de semblables dans le cours de sa carrière.

M. BARTH demande la clôture de la discussion, parce que, suivant lui, ces débats ne peuvent pas aboutir, certaines personnes ne voulant pas être convaincues en fermant volontairement les yeux à la lumière. L'histoire des épidémies de choléra établit jusqu'à l'évidence la vérité de la doctrine de l'importation, ainsi que M. Briquet et M. Barth, lui-même, dans leurs rapports, en ont fait la démonstration, appuyée sur d'innombrables documents dont le dépouillement a coûté des années de travail aux rapporteurs de l'Académie. M. Jules Guérin se met à la remorque de Cazalas, dont les doctrines paraissent, à M. Barth, absolument erronées. Elles conduisent M. Jules Guérin à considérer comme vexatoires les mesures sanitaires prises contre la propagation du choléra, comme si la liberté du commerce pouvait être mise en parallèle avec la santé et la vie des peuples : *Salus populi suprema lex.*

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la clôture de la discussion, qui est prononcée.

A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Poggiale, sur les titres des candidats aux places de membres associés et correspondants nationaux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 juin 1875 (1).

Présidence de M. GILLEBERT-DHERCOURT père.

LECTURE

M. MERCIER lit le rapport suivant :

Messieurs, vous nous avez chargés, MM. Peter, Blondeau et moi, de vous faire un rapport sur un travail relatif à la goutte qui vous a été présenté par M. P. Bouloumié, médecin consultant à Vittel, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire de cette société.

Ce mémoire soulève et résout d'une manière assez originale un grand nombre de questions nouvelles, et comme l'auteur était en position de bien observer, et qu'un certain nombre de ses idées sont en concordance parfaite avec celles qu'une étude attentive nous a également suggérées, vous trouverez tout naturel que nous soyons disposés à attacher une grande importance à l'ensemble de son travail. Nous allons vous en présenter une analyse aussi succincte que possible.

La goutte est essentiellement une affection diathésique, se modifiant souvent par hérédité dans ses manifestations, sauf à revenir, à un moment donné, et toujours par hérédité, à sa forme première, sa forme typique.

Elle est donc essentiellement une maladie chronique, et la dénomination de *goutte aiguë* est le plus souvent impropre. La goutte aiguë, résultat d'un arrêt brusque et temporaire des matières extractives, de l'acide urique principalement, est exceptionnelle : elle peut se produire comme conséquence de la fièvre ou d'une inflammation d'un point quelconque des voies urinaires, qui subitement peut enrayer ou modifier l'excrétion rénale. C'est ce que votre rapporteur a lui-même signalé à propos de la néphrite comme cause de goutte dans les opérations de lithotritie (*Traitement préservatif et curatif des sédiments, de la gravelle, et de la pierre urinaire*, p. 367, 1872), et plus antérieurement encore à propos des blennorrhagies dites rhumatismales (*Union médicale*, 8 décembre 1868).

Les manifestations articulaires de la goutte sont celles qu'on reconnaît le plus souvent; mais elles ne sont pas pour cela les plus fréquentes; car elles ne sont, dans bien des cas, qu'une sorte de phénomène critique jugeant temporairement la maladie, qui, depuis longtemps, avait manifesté sa présence dans divers points.

L'excès permanent d'acide urique dans les humeurs de l'économie, excès que, depuis Garrod, on considère comme la cause unique de la goutte, n'est que le troisième anneau de la chaîne pathogénique qui relie les accidents goutteux aux phénomènes qui les engendrent. Il y a d'abord altération des fonctions de nutrition, consécutivement production en excès d'acide urique, et, seulement après un certain temps, accumulation par insuffisance d'épuration rénale.

Les reins alors ne sont pas malades dès la période initiale de la goutte; au contraire, ils fournissent un travail au-dessus de leurs forces, et ce n'est que plus tard, par cet excès même de travail dans un milieu vicié, qu'ils deviennent malades. Atteints d'abord de simple hyperémie, ils ne sont envahis qu'ultérieurement par les dépôts uratiques qui caractérisent le *rein goutteux* des auteurs anglais. Il y a chez les goutteux une première période pendant laquelle se forme et s'accumule l'excès d'acide urique dans l'économie, et cela malgré les efforts des reins encore sains pour l'éliminer en totalité; une seconde période pendant laquelle les dépôts uratiques s'accumulent dans les tissus fibreux, les surfaces articulaires, le tissu connectif qui entoure les tubes urinaires.

Nous ne saurions que donner notre approbation à de telles idées.

La goutte, ajoute l'auteur, et certaines formes de gravelle sont filles de la dyspepsie cellulaire, liée ou non à la dyspepsie gastro-intestinale.

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 août.

L'acide urique est normalement un produit de la désassimilation digestive de la cellule, et son excès témoigne le plus habituellement d'une digestion imparfaite, d'une dyspepsie des éléments cellulaires, liée soit à un défaut de qualité du sang, soit à un défaut de fonctionnement de la cellule.

Ici nous avouons ne pas trop comprendre ce que M. Bouloumié entend par cellule et par éléments cellulaires. Nous admettons aussi que l'acide urique peut se produire en excès de deux manières différentes, par dyspepsie gastro-intestinale et par transformation incomplète des produits de la décomposition de nos tissus, et nous faisons jouer un grand rôle à l'insuffisance de l'oxygénation dans les deux cas. C'est sans doute au dernier que l'auteur applique le mot de dyspepsie cellulaire, car, après ce qui précède, il ajoute que l'acide urique peut, comme les autres produits azotés excrémentitiels, provenir aussi, en proportion relativement considérable, de la désassimilation destructive de la cellule. Mais alors il nous semble que le mot dyspepsie se trouve ici bien éloigné de son sens habituel. Quoi qu'il en soit, il reconnaît que cette source n'est qu'exceptionnellement suffisante pour entraîner des accidents, d'autant plus quelle est le plus souvent passagère.

L'acide urique *en excès absolu* dans les urines des goutteux durant la première période des manifestations morbides n'est, continue M. Bouloumié, que l'un des facteurs de l'azoturie qui se montre en pareil cas, et résulte de la désassimilation digestive.

L'acide urique, qui se montre irrégulièrement *en excès relatif* dans les urines des goutteux arrivés à la deuxième période, accompagne l'halurge et témoigne de la désassimilation destructive aussi bien que de la désassimilation digestive.

Les substances azotés excrémentitielles ne peuvent servir à nouveau; les sels, au contraire, peuvent entrer dans de nouvelles combinaisons. C'est ainsi qu'on peut expliquer, en partie, les variations dans les proportions relatives de ces deux ordres de substances qu'on constate parfois dans les urines.

L'examen microscopique de ce liquide dans la goutte présente souvent et pendant un temps très-long, mais avec des intermittences, les caractères assignés communément à la première période de la maladie de Bright. Les cristaux d'acide urique, les granulations d'urate de soude s'y rencontrent aussi habituellement.

Un caractère chimique important à signaler à cause des erreurs auxquelles il peut donner lieu est le suivant : très-souvent, même dès la période initiale, les urines des goutteux produisent une décoloration très-manifeste de la liqueur cupro-potassique, sans dépôt de cuivre appréciable. Or ces urines-là précisément subissent pour la plupart la fermentation peut-être assez difficile à distinguer du ferment du sucre. De plus, la matière colorante, souvent abondante dans ces urines, peut, dans certains cas et consécutivement à la fermentation acide, donner naissance à une matière glycogène qui alors amène réellement une fermentation alcoolique sous l'influence de son ferment spécial sans qu'il y ait eu primitivement du sucre dans l'urine examinée.

(*A suivre.*)

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1875.

228. Casteignau. Des épanchements huileux dans les lésions traumatiques.
229. Delaroche. De la blépharoptose, de ses causes, de son traitement.
230. Dorange. Essai sur l'anesthésie dans les accouchements naturels.
231. Gangolphe. Du bruit de souffle mitral dans l'ictère.
232. Chenaud. De la réceptivité morbide de l'organisme à jeun.
233. Larregui. Étude sur un cas de méningite cérébro-spinale chez une femme en couche.
234. Boyer. Utilité comparée du bain froid et du lavement froid dans le traitement de la fièvre typhoïde.
235. Delamarre. Traitement du tétanos traumatique par le sulfate d'ésérine.
236. Alleau. Considérations sur l'élévation de la température dans certaines hémoptysies abondantes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Assistance publique. — MM. les étudiants qui, pendant les vacances, désireraient remplir les fonctions d'externe, sont invités à s'adresser à l'administration de l'Assistance publique (bureau du service de santé), de onze heures à trois heures.

— La souscription pour les inondés du Midi, ouverte au secrétariat de la faculté de médecine de Nancy, a produit une somme de 1,027 francs.

— Les examens de fin d'année à la faculté de médecine de Nancy ont eu lieu les 28, 29 et 30 juillet.

Les examens de fin d'études se sont terminés le 14 août.

— *Prix à décerner en* 1876. — La Société de médecine de Saint-Étienne et de la Loire met au concours la question suivante : *De l'anémie chez les mineurs.* »

La Société décernera un prix de la valeur de 800 francs, au mois de décembre 1876, à l'auteur du meilleur mémoire inédit sur ce sujet.

Les mémoires, écrits en français ou en latin, porteront une épigraphe reproduite dans un pli cacheté contenant le nom et l'adresse de leur auteur. Ils devront être parvenus avant le 30 septembre 1876, à M. le docteur Sautereau, secrétaire de la société, rue Traversière, 6, à Saint-Étienne (Loire).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Emploi du sulfate de quinine dans la maladie de Ménière.

La thérapeutique étant encore une science plus expérimentale, hélas! que doctrinale, il n'est pas rare que, partant de points de vue théoriques différents, on aboutisse, en définitive, à une même médication.

C'est ce qui est arrivé, paraît-il, pour le traitement de la maladie de Ménière par le sulfate de quinine.

M. le docteur Bacot, de Gençais (Vienne), nous adresse à ce sujet la lettre suivante :

« Il y a plus de deux ans que j'ai employé le sulfate de quinine chez un de mes malades affecté de la maladie de Ménière, débutant, comme on sait, par le bruit de sifflet, faisant suite à un bourdonnement continuel, insupportable et donnant lieu à des vertiges, nausées, vomissements, chutes, etc., si bien que l'on croyait à une congestion cérébrale, ou à toute autre affection du cerveau. On avait appliqué plusieurs fois nombre de sangsues aux apophyses mastoïdes, et tout cela sans aucun soulagement pour le malade. La famille était obligé de le faire suivre, car, voyageant souvent en voiture et voulant conduire lui-même, il serait certainement tombé quand ses hallucinations de l'ouïe seraient venues à se produire.

« Après l'avoir examiné à l'ophthalmoscope et avoir vu qu'il n'y avait rien du côté du cerveau et des méninges, j'eus l'idée, devant la persistance de ces sortes d'accidents, d'employer le sulfate de quinine, et de l'employer non comme méthode substitutive, mais seulement comme antipériodique. Le malade s'en trouva bien : quand il en avait pris 2 grammes en trente-six heures, il s'arrêtait, et l'affection de revenir quelques jours après, puis de céder de nouveau par le même traitement exclusif.

« Mais devant la méthode de M. Charcot, et comme, à son point de vue, il faut entretenir le bourdonnement quinique pour faire cesser l'autre, je vais en faire continuer l'usage, et je vous tiendrai au courant de cette médication. »

Ainsi un traitement interrompu, de trente-six heures seulement, par le sulfate de quinine, suffisait déjà dans ce cas pour produire une cessation momentanée du vertige. Chez les malades de M. Charcot, il y eut aussi des interruptions dans l'administration du sel quinique, mais ce ne fut jamais qu'après quelques jours ou quelques semaines d'emploi continu.

De l'hystéro-épilepsie.

Il est un grand nombre de maladies dont l'histoire a été tracée nettement d'après les symptômes, avant qu'on en connût les lésions organiques fondamentales, le clinicien ayant ainsi frayé la voie à l'anatomo-pathologiste.

Il en est d'autres, non moins nombreuses peut-être, que l'anatomo-pathologiste voit lui échapper jusqu'ici, malgré les plus patientes recherches, et qui semblent devoir rester indéfiniment du ressort du clinicien seul.

Quelques-unes de celles-ci, à l'occasion desquelles les recherches d'amphithéâtre et de laboratoire donnent des résultats constamment négatifs, n'en constituent pas moins des types parfaitement nets, dont la physionomie, l'évolution, le pronostic, etc., peuvent être considérés comme scientifiquement connus. Nous citerons pour exemple la paralysie agitante, dont nous parlions dernièrement.

Malheureusement il reste, en dehors de ces types bien déterminés, une infinité d'états anormaux et de désordres fonctionnels que l'on groupe, un peu au hasard, sous les noms d'affections nerveuses, de nervosisme, ou d'hystérie.

M. Charcot s'est efforcé dernièrement de mettre un commencement d'ordre dans ce dernier groupe, en distinguant parmi les hystériques un genre à part, cliniquement délimité, et qu'il serait possible de décrire comme on a décrit l'épilepsie, par exemple. Précisément ce genre serait celui qui se rapprocherait le plus de l'épilepsie par les symptômes.

On sait combien les opinions varient en ce qui touche ces attaques, mi-partie épileptiformes et mi-partie hystériformes que certaines femmes présentent.

Le début en est très-semblable à celui du grand mal épileptique; on y peut retrouver le cri, la chute, la perte de connaissance absolue, la période de convulsions toniques, le trismus, l'écume à la bouche, la morsure de la langue, la rotation de la tête vers un des côtés. Seulement ensuite on assiste à une période de convulsions cloniques infiniment plus prolongée que celle de l'attaque épileptique, infiniment plus analogue à celle de l'hystérie vulgaire par les grands gestes, les contorsions, les grimaces, les mots sans suite, les paroles incohérentes, les cris, les pleurs. La fin de la scène n'est pas, comme dans l'épilepsie, un état comateux, mais au contraire généralement un état d'excitation délirante et parfois une véritable folie momentanée.

Le *morbus sacer* est-il complétement étranger à cette maladie? M. Charcot en est convaincu.

Suivant lui, il s'agit bien là d'une hystérie proprement dite, mais d'une hystérie particulière, d'origine ovarienne. Le point de départ de l'attaque serait en effet dans l'ovaire. L'*aura*, ce phénomène prémonitoire commun à un grand nombre d'épileptiques et à un grand nombre d'hystériques, existant toujours en pareil cas, suivrait une marche déterminée. La sensation s'en ferait sentir, d'abord sous forme de douleur plus ou moins aiguë, à une des régions ovariennes, puis vers le creux épigastrique, et parfois vers le cœur, où elle pourrait causer des palpitations et de l'angoisse, puis, en remontant, vers le cou, sous la forme de boule, de constriction pénible, d'étouffement, puis vers la tête, occasionnnant dans l'oreille des sifflements, dans les tempes des battements que les malades comparent à des coups de marteau, dans l'œil un degré plus ou moins marqué d'obnubilation de la vue.

Ces dernières remarques appartiennent en propre à M. Charcot. Avant lui on n'avait pas suivi l'*aura* plus haut que le cou, Chez plusieurs malades d'autres services, nous nous sommes assuré que la sensation de coups de marteau dans la tête, immédiatement avant l'accès d'hystérie, était en effet aussi fréquente et aussi marquée que les sensations précédentes.

Quant au point de départ ovarien de l'*aura*, il avait déjà été indiqué par un certain nombre d'auteurs, dont M. Charcot reproduit l'expérience fondamentale. Nous avons vu MM. Piorry, Guéneau de Mussy à Paris, M. Schutzenberger à Strasbourg, provoquer l'*aura*, puis l'accès complet, en exerçant une pression énergique sur une des régions ovariennes. M. Charcot a obtenu, en outre, l'inverse. Il a pu suspendre ou faire cesser par cette même pression, chez certaines malades, de très-violentes attaques hystero-épileptiformes.

Et non-seulement les attaques, mais tous les autres phénomènes de l'hystéro-épilepsie, auraient, suivant M. Charcot, leur origine dans un ovaire.

Ainsi, en sachant lequel des ovaires devient douloureux lors de l'aura, on pourrait dire, par cela même, de quel côté pourrait siéger, soit l'anesthésie, soit la paralysie, ou la parésie musculaire, soit les contractures, etc. Si les deux ovaires étaient affectés en même temps, on pourrait observer l'anesthésie à peu près complète de toute la surface du corps et des muqueuses, telle que la présentait une malade de M. Worms, dont nous avons parlé dans une revue clinique. Dans le cas contraire, les troubles de la sensibilité ou du mouvement seraient unilatéraux : si l'ovaire gauche exerçait seul son influence, on ne pourrait avoir affaire qu'à une hémi-anesthésie du côté gauche ou à une hémiplégie du côté gauche, etc. Si l'ovaire droit était seul affecté, il s'agirait d'hémi-anesthésie ou d'hémiplégie droite.

Le transport subit de ces phénomènes d'une moitié du corps à l'autre, comme on en a vu des exemples, coïnciderait, suivant cette donnée, avec le transport de l'ovaralgie d'un ovaire à l'autre. En effet, la mobilité, commune à l'hystérie vulgaire et à l'hystéro-épilepsie, distinguerait cette dernière de l'épilepsie proprement dite.

M. Charcot ne croit pas à l'action des bromures dans l'hystéro-épilepsie ou dans l'hystérie ovarienne. Il fait peu de cas des agents que peut fournir la matière médicale; mais il a vu des cas de guérison subite, sous l'influence d'une émotion morale, d'une colère vive, après des années de paralysie ou de contractures, après les accidents les plus variés et les plus tenaces. Il a vu aussi la maladie cesser dans des établissements où les hystéro-épileptiques, isolés de leurs familles, étaient, pour ainsi dire, domptés par l'emploi de la douche plus ou moins flagellante, et par un traitement mental plus encore que physique.

Il faut ajouter que, dans l'hystéro-épilepsie, pas plus que dans l'hystérie simple, il n'existe de lésions dans les centres nerveux. M. Charcot avait trouvé, il y a quelques années déjà, une sclérose des cordons latéraux chez une hystérique. Mais ce fait, depuis lors, ne s'est pas reproduit, et c'était très-probablement une coïncidence purement accidentelle.

Bien qu'on ait trouvé des lésions diverses dans à peu près moitié des cas d'épilepsie examinés à ce point de vue, comme les centres nerveux étaient parfaitement sains chez les autres épileptiques, cette absence de lésions ne constituerait pas une nouvelle différence entre l'épilepsie et l'hystéro-épilepsie.

Pour accentuer la séparation entre ces deux genres de maladie absolument distincts, selon lui, M. Charcot, dans son nouvel ouvrage, insiste longuement sur certains caractères, dont il paraît s'être exagéré l'importance; celui-ci, par exemple (1) :

« Dans les attaques mixtes, dit M. Charcot, alors même que leur retour est très-fréquent, jamais — c'est là encore un fait reconnu par les auteurs — jamais, dis-je, l'obnubilation de l'intelligence et la démence ne sont l'aboutissant des attaques, contrairement à ce qui aurait lieu, d'une manière presque fatale, s'il s'agissait réellement de l'épilepsie. Je ne crois pouvoir mieux faire que de vous rappeler, à ce propos, le cas de la malade L..., qui, depuis près de quarante ans, est sujette à l'hystérie épileptiforme la plus violente. Cette femme est, sans doute, bizarre, singulière dans ses allures, mais son intelligence est demeurée ce qu'elle était à l'origine. Les renseignements que nous avons pris ne peuvent laisser subsister aucun doute à cet égard. »

Si donc on s'en tenait à ce texte, on devrait croire que toujours les épileptiques à accès fréquents deviennent rapidement déments ou abrutis; tandis que toujours, au contraire, les hystéro-épileptiques conserveraient tout ce qu'ils pourraient avoir eu de facultés intellectuelles.

Je crois que ce passage aurait dû disparaître de l'édition nouvelle, car M. Charcot m'a paru, sur ce dernier point en particulier, infiniment moins affirmatif, à propos des malades qui sont actuellement dans son service. Au sujet d'une, notamment, il m'a raconté certains faits qu'on ne pourrait pas qualifier de bizarreries natives, mais plutôt d'actes de folie, et occasionnellement il m'a semblé admettre que l'hystéro-épilepsie pouvait s'accompagner de certains troubles mentaux.

Ceci me met beaucoup plus à l'aise pour opposer aux deux affirmations du livre une double contradiction basée sur des faits observés par moi.

D'abord, j'ai connu des épileptiques qui, bien qu'ayant depuis leur première jeunesse des accès qui sont devenus de plus en plus fréquents, n'en conservaient pas moins leur intelligence presque indemne jusqu'à la vieillesse. Un homme riche, entre autres, malade depuis l'âge de quinze ans, qui s'était néanmoins marié et avait été admirablement soigné par sa femme, mais qui avait fini par avoir jusqu'à dix et douze accès par jour, était encore, dans l'intervalle, à l'âge de soixante-douze ans, un conteur des plus agréables.

L'obnubilation intellectuelle est donc parfois bien peu marquée dans l'épilepsie.

Quant à l'hystero-épilepsie, du moins en regardant comme

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière* par J. M. Charcot, recueillies et publiées par Bourneville. 2e édition, tome Ier, p. 375 et suivantes.

telle une maladie qui se caractérise par des attaques identiques à celle qu'a décrite M. Charcot (y compris même l'état du mal pouvant se prolonger plusieurs jours sans élévation excessive de la température et sans trouble grave), je lui ai vu produire un effet désastreux sur les facultés intellectuelles, fort remarquables auparavant, d'une jeune fille dont le père, des plus intelligents lui-même, se désole actuellement, surtout, de ces troubles mentaux, survenus peu à peu à partir du jour où débutèrent les grandes attaques.

Si les renseignements obtenus sur l'intelligence naturelle d'une malade admise à la Salpêtrière laissait des doutes légitimes, ici, le cas était tout autre. J'ai pu assister, par moi-même, à la décadence rapide de cet esprit vraiment supérieur: et j'avoue même que c'était là une des causes pour lesquelles j'aurais eu tendance à rattacher ces accès complexes à l'épilepsie, plutôt qu'à l'hystérie, comme maladie principale.

Pourtant cette jeune fille présentait bien un type du genre *hystéro-épilepsie ovarienne* de M. Charcot. L'*aura* suivait exactement la marche qu'il a indiquée. Dr Victor REVILLOUT.

QUELQUES MOTS

SUR LES MANIFESTATIONS RHUMATOÏDES DE LA BLENNORRHAGIE (1)

Par M. le docteur QUINQUAUD.

Ténalgie blennorrhagique.

L'époque où elle apparaît est variable; il semble néanmoins qu'il faille un certain temps pour que la maladie uréthrale arrive à l'état de maladie générale, de diathèse aiguë (Lorain).

Ce laps de temps n'est pas considérable; après quinze jours à trois semaines elle peut avoir son déterminisme, ses localisations multiples.

A cette époque, les malades éprouvent des sensations douloureuses vers les attaches de certains tendons, par exemple, du biceps brachial (insertion inférieure) ou du triceps sural (insertion inférieure), ou bien encore du tendon rotulien. Certaines douleurs du talon ne tiennent pas à une autre cause.

Dans le premier cas, il se produit une douleur à la partie antérieure de l'articulation huméro-cubitale, douleur qui s'exaspère par la pression, et dans les mouvements de l'avant-bras sur le bras.

Elles n'appartiennent pas à l'article; car, en quelque autre endroit articulaire que l'on presse, on ne produit point de sensations pénibles; il semble que le malade ne souffre qu'au point d'insertion de ces tendons. Il ne faut donc point confondre la ténalgie blennorrhagique avec la ténosité ordinaire.

En voici un exemple remarquable :

OBS. VIII. — *Blennorrhagie. — Ténalgies. — Érythème noueux.*

Le nommé Albert P..., âgé de dix-neuf ans, est entré, le 9 février 1869, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Augustin, n° 6.

Ce jeune homme raconte qu'il est atteint d'une blennorrhagie contractée il y a quinze jours. Aucun antécédent ni rhumatismal ni goutteux dans sa famille; n'a jamais eu d'éruptions cutanées.

Le 3 février, il a de l'insomnie avec un peu d'agitation, de la diarrhée; pas d'épistaxis; pas de douleurs articulaires; quand il est debout, il est faible; la langue est un peu rouge. Deux bains par semaine.

10. — Il tousse un peu. P. 60, T. R. 38°,6.

11. — P. 66, T. R. 38°,4; soir, P. 76, T. R. 39°,8. La diarrhée a cessé.

12. — P. 72, T. R. 38°,4; soir P. 84, T. R. 39°,4.

13. — P. 72, T. R. 38. L'écoulement est très-abondant.

Soir, P. 76, T. R. 39°.

14. — P. 80, T. R. 38°,4. Pas d'amélioration de la blennorrhagie; aux jambes, vers les ailes du nez, aux bras, on constate des plaques rouges, irrégulières, un peu saillantes, douloureuses à la pression; en promenant le doigt, on a la sensation d'une nodosité tégumentaire; elles sont très-variables dans leur forme et dans leur saillie. Ne prend pas de copahu.

Soir, P. 72, T. R. 39°,8. Pas d'épistaxis, pas de bourdonnement d'oreille.

13. — P. 70, T. 38°,7; légère douleur dans les muscles extenseurs de la jambe droite; douleur intense en urinant; insomnie; adénopathie inguinale; pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite; quelques soubresauts dans les tendons.

Soir, P. 64, T. 39°. On est frappé de la lenteur du pouls relativement à l'élévation de la température; rien à l'auscultation du cœur.

16. — P. 64, T. R. 38°,8; soir, P. 64; T. R. 39°.

17. — T. 60, T. R. 38°,4. Pour la première fois, on constate, sans que le malade se soit refroidi, une douleur vive à la pression, située à la partie interne et inférieure du tendon rotulien droit; là on voit une plaque d'*érythème noueux*; la partie externe est également douloureuse.

A la région inférieure du tibia droit, plaques multiples d'érythème avec saillies douloureuses; le malade est obligé de garder le lit.

Soir, P. 62, T. R. 39°. Adénopathie de la région inguinale.

18. — P. 62, T. R. 39°. Vers le tiers inférieur de la jambe gauche, apparaît une nodosité douloureuse, chaude; ganglions de l'aine douloureux.

Soir, P. 68, T. R. 39°,5.

19. — P. 68, T. R. 38. La partie inférieure de la jambe droite est le siége d'un nouveau gonflement; vers le genou gauche, douleur *vers les tendons* de la patte d'oie (pas d'érithème à ce niveau); douleur au niveau de l'attache inférieure du *biceps brachial* (ténalgie).

Soir, P. 72, T. R. 39°.

20. — P. 58, T. 38°,4. Douleur légère à *droite*, vers l'attache du tendon du biceps brachial; le malade a de la peine a étendre le bras gauche, à cause de la douleur du tendon du biceps; à droite, la gêne est plus considérable.

Soir, P. 54, T. R. 38°,9.

Il y a donc ici érythème noueux et ténalgie (deux manifestations blennorrhagiques à la fois). Du reste, cet érythème est peu étendu; on a cru, au début, à une éruption copahivique; mais la confusion n'est pas possible.

21. — P. 76, T. R. 38°,3. Les deux attaches des muscles biceps sont douloureuses; on peut difficilement étendre les avant-bras; il en est de même pour les attaches inférieures des brachiaux antérieurs. Persistance aux jambes des plaques d'érythème noueux; sueurs pendant la nuit.

Soir, P. 84, T. 38°,8.

22. — P. 88, T. 38°,4. Douleur vive en urinant; nouvelle poussée de plaques érythémateuses à la face externe des deux jambes et au niveau de la tubérosité externe du tibia droit.

Soir, P. 60, T. 38°,4. Peau moite.

23. — P. 66, T. 38°,8. Mêmes douleurs aux coudes.

Soir, P. 84, T. R. 39°. Sueurs.

24. — P. 78, T. R. 39°. Nouvelles plaques d'érythème au-dessus de l'articulation fémoro-tibiale; l'écoulement par l'urèthre est toujours abondant.

Soir, P. 70, T. R. 38°,5.

25. — P. 58, T. R. 38°. La douleur du coude droit est plus vive que d'ordinaire; celle du coude gauche est un peu moins intense.

Soir, P. 70, T. R. 38°,8.

26. — P. 62. T. 38°. Nouvelle éruption d'érythème noueux de la face externe des deux jambes, la ténalgie est moins vive, les pléiades ganglionnaires sont douloureuses.

Soir, P. 64, T. 38°.

27. — P. 76, T. R. 38°,2. Mêmes douleurs.

Soir, P. 64, T. R. 38°,4.

28. — P. 60, T. R. 37°,8. Moins de douleur aux coudes.

1er mars. — P. 64, T. 38°. L'écoulement persiste; le malade, qui est

(1) Suite. — Voir les numéros des 7, 14 et 17 août.

un jeune homme frêle, pâle, à cils noirs et longs, a saigné plusieurs fois du nez.

Soir, P. 92, T. R. 38°,2.

2. — P. 64, T. R. 38. Nouvelle poussée d'érythème à la région inférieure de la jambe gauche, avec des bosselures isolées et des rougeurs diffuses sur un espace de 6 centimètres de longueur.

3. — P. 70, T. R. 38°. A la partie interne de l'articulation tibio-tarsienne gauche, plaques douloureuses d'*erythema nodosum*; le malade ne peut marcher.

Soir, P. 72, T. 37°,7.

4. — P. 64, T. R. 37°,9.

Soir, P. 68, T. R. 38°,8. Il mange trois portions; descend au jardin pour la première fois.

5. — P. 64, T. 37. Épistaxis cette nuit; l'écoulement diminue; l'érythème persiste à la jambe gauche.

Soir, P. 84, T. R. 38°,1.

6. — P. 62, T. R. 38°. Nouvelles plaques d'érythème sur la cuisse gauche.

Soir, P. 120, T. 38°,9. Sueurs modérées. Va beaucoup mieux.

Le 7 et les jours suivants, l'écoulement diminue.

18. — La blennorrhagie a presque totalement disparu; l'état général est excellent; une nouvelle poussée se montre à la jambe et au genou gauche.

19. — L'érythème persiste; les ténalgies ont cessé; nouvelle plaque au-dessous de la rotule; diminution de l'écoulement sous l'influence des injections de bismuth.

20. — Plaques érythémateuses à la jambe gauche; à la place de plusieurs plaques anciennes, on voit une teinte jaune, qui rappelle celle des ecchymoses en voie de réparation.

26. — Le malade sort guéri; il ne reste plus qu'un léger suintement uréthral.

§ II.

DEUX MOTS D'HISTORIQUE AVEC DISCUSSION DES PRINCIPALES OPINIONS ÉMISES SUR CE SUJET.

Th. Selle et Swediaus pensent que les articulations deviennent souvent le siége du rhumatisme (1781).

Hunter parle de l'arthrite blennorrhagique; Velpeau, Vidal de Cassis, les auteurs du *Compendium*, la regardent comme une arthrite aiguë, avec influence probable de la blennorrhagie.

Ricord (1833) étudie le rhumatisme blennorrhagique chez l'homme et chez la femme, sous le titre de *Complication*.

Froucart, décrit en 1846, l'arthrite blennorrhagique comme produite sous l'impression du froid, de l'humidité.

Grisolle signale l'arthrite blennorrhagique, spécifique, comme n'ayant rien de commun avec le rhumatisme.

En 1854, Brandes (de Copenhague), en 1858 le docteur Hervieux regardèrent le rhumatisme blennorrhagique comme spécifique. Pour Rollet (1859), le rhumatisme blennorrhagique doit être séparé du rhumatisme ordinaire.

Bonnet ne conserve le nom de rhumatisme blennorrhagique qu'en cas où la suppression d'un écoulement est suivie de rhumatisme articulaire aigu.

M. Peter, en 1866, dans une savante discussion, résume son opinion comme il suit : « S'il est difficile de discerner la différence qui existe entre le rhumatisme ordinaire et le rhumatisme dit blennorrhagique ainsi généralisé, ne vaudrait-il pas mieux croire que la blennorrhagie est une affection spécifique, ainsi que le démontrent ses propriétés contagieuses, et qu'elle est susceptible de modifier l'organisme humain, au moins l'organisme de certains individus, suffisamment pour qu'apparaissent à sa suite et par son fait un ou plusieurs des accidents de la diathèse rhumatismale? Ainsi la blennorrhagie joue un rôle *étiologique ;* elle ne serait plus une diathèse, mais elle en éveille une latente jusque-là. »

Pour le même auteur il n'y a pas de rhumatisme blennorrhagique, mais une blennorrhagie, une arthrite, une ophthalmie rhumatismales, une blennorrhagie, une tumeur blanche scrofuleuse, une blennorrhagie herpétique. La blennorrhagie est la cause occasionnelle des accidents articulaires.

Pour M. Fournier, la blennorrhagie a comme manifestation : 1° un rhumatisme blennorrhagique avec ses formes variées : (fluxion articulaire, phlegmasie des gaînes, des tendons, des bourses muqueuses, sciatique, etc.); 2° l'ophthalmie dite métastatique ou rhumatismale.

Dans la thèse de M. Tixier, publiée en 1866 sous l'inspiration de M. Lorain, on trouve ce qui suit :

Avec l'écoulement uréthral coexistent soit des arthropathies, soit des ophthalmies, soit d'autres manifestations; elles ont toutes la même origine, et sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense généralement. C'est leur ensemble que nous avons désigné sous la dénomination de pseudo-rhumatisme.

Il ne faut pas les confondre avec les manifestations du rhumatisme légitime.

Pour M. Lorain, la blennorrhagie produit une diathèse aiguë, qui engendre divers phénomènes observés dans le cours de la blennorrhagie; d'ailleurs il examine la question à un point de vue plus général, et il crée le rhumatisme secondaire.

M. Chacot, dans ses leçons de la Salpêtrière, étudie également le rhumatisme secondaire dans différentes conditions de développement; il trouve qu'il y a une arthrite blennorrhagique ayant ses caractères particuliers et distincts de ceux qui appartiennent au rhumatisme spontané; mais il n'est pas moins vrai que le rhumatisme ordinaire peut se développer sous l'influence de la blennorrhagie.

Thiry et Yvaren pensent que l'arthrite blennorrhagique est une arthrite simple n'ayant aucun caractère spécifique.

M. Féréol admet que l'arthrite blennorrhagique est spécifique, elle est produite par la blennorrhagie et capable d'être modifiée par une diathèse strumeuse, herpétique ou autre.

M. Guéneau de Mussy croit que le rhumatisme blennorrhagique est une expression de la diathèse rhumatismale.

M. Pidoux parle ainsi :

« Les manifestations blennorrhagiques constitutionnelles et secondaires, les arthrites surtout, tiennent plus du lymphatisme et de la tumeur blanche que du rhumatisme.

(*A suivre.*)

DE L'UTILITÉ DE L'INSUFFLATION

DANS L'INVAGINATION INTESTINALE (1)

Par M. le docteur GILÉE (de Nantes).

Ce fait n'est pas le seul que j'aie à signaler. Je retrouve dans mes notes l'observation suivante :

Le 2 octobre 1845, à neuf heures du matin, je fus appelé en consultation avec le docteur Guénier pour voir un enfant de cinq ans auquel il donnait ses soins depuis quatre jours. Cet enfant, du sexe masculin, bien constitué, offrait dans le flanc gauche une tumeur assez volumineuse, très-douloureuse à la pression, et au-dessus de laquelle existait de la tympanite. Le reste de l'abdomen était insensible et se laissait facilement déprimer. Pas de garde-robe depuis le début de la maladie, qui avait été brusque, au milieu d'une santé parfaite. Coliques atroces, par accès, accompagnées de cris, d'agitation extrême et d'insomnie. Nausées, vomissements fréquents, bilieux les trois premiers jours, et fécaloïdes le quatrième. Hoquet, soif vive, langue décolorée, traits profondément altérés. Peau froide, recouverte d'une sueur visqueuse. Pouls à 76, n'ayant jamais dépassé 84

(1) Fin. — Voir le numéro du 19 août.

depuis le début de la maladie. Une selle sanguinolente le matin; à différentes fois, le petit malade a rendu un peu d'urine très-chargée.

Notre habile confrère n'avait point hésité à diagnostiquer un volvulus, opinion que je partageai entièrement. Le traitement suivi jusqu'alors avait consisté en purgatifs : manne, huile de ricin, calomel, lavements laxatifs, bains, cataplasmes, potion antivomitive de Rivière, glace, eau de Seltz.

La famille ayant été prévenue de la gravité de la maladie et du peu d'espoir que nous conservions de sauver les jours de l'enfant, je proposai l'insufflation, qui fut repoussée tout d'abord par la famille. Après avoir fait l'énumération des quelques cas de guérison qu'on citait à l'aide de ce moyen, je fis part aux parents, pour calmer leur crainte au sujet du danger de l'opération, d'une expérience que j'avais faite en 1842, en présence de M. le professeur Nélaton, et dans laquelle, après une insufflation d'une très-grande quantité d'air faite dans l'intestin d'un sujet qui avait succombé à une invagination, celle-ci se réduisit subitement et *presque sans bruit.* Dans le but d'essayer la résistance de l'intestin, nous continuâmes, pendant longtemps encore, l'insufflation, que nous abandonnâmes enfin sans avoir obtenu ce que nous cherchions, une rupture intestinale.

Après cette narration, je revins à ma proposition : l'insufflation. Appuyé, cette fois, chaleureusement par le docteur Guénier, elle fut acceptée.

A l'aide d'une canule en caoutchouc et d'un soufflet de salon, nous pratiquâmes une insufflation. A peine avions-nous donné quelques coups de soufflet, que le petit malade se sentit soulagé et cessa de se plaindre. L'insufflation terminée, la sueur disparut; la respiration devint plus libre, la figure meilleure. Le pouls tomba à 68, et l'enfant s'endormit avant notre départ.

A quatre heures et demie du soir, après un sommeil de trois heures et demie et une journée presque bonne relativement aux autres, il survint des coliques, des nausées et quelques vomissements stercoraux, ainsi qu'une selle sanguinolente. Nous procédons à une nouvelle insufflation.

Au moment où le docteur Guénier, chargé de surveiller le gonflement du ventre, allait mettre la main dessus pour s'assurer de son degré de tension, un roulement sourd, semblable à celui que produirait une petite voiture traînée rapidement sur un pont de bois, se fit entendre. Le petit malade était guéri... La tumeur avait disparu. La douleur et les coliques n'existaient plus, et le pauvre enfant, oubliant ses souffrances, couvrait son père et sa mère de baisers, en les assurant qu'il voulait se lever! Un quart d'heure après, il faisait une selle molle, légèrement teintée de sang et accompagnée d'une grande quantité de gaz. On lui donna un peu de bouillon et un peu de vin coupé, puis il s'endormit aussitôt.

Le lendemain, la nuit avait été excellente; l'enfant ne s'était réveillé que deux fois pour prendre du bouillon froid et un peu de vin coupé, et s'était rendormi de suite.

La convalescence s'est établie franchement, et la famille avait la satisfaction, quatre jours après, de voir le pauvre enfant se promener en jouant dans la chambre, sans souci du danger qu'il avait couru, ainsi que de la gravité de l'affreuse maladie à laquelle il venait si heureusement d'échapper.

Ce fait, au début de ma carrière médicale, m'avait laissé entrevoir l'espérance de nouveaux succès pour l'avenir dans des cas de ce genre; malheureusement je m'étais trompé! J'avais compté, dans mon ignorance des hommes et des choses, sans les difficultés de la profession.

J'ai eu l'occasion, dans ma carrière médicale déjà longue, de voir, depuis, plusieurs cas de volvulus. Tous se sont terminés par la mort. Je n'ai jamais pu faire accepter l'insufflation, soit par les confrères avec lesquels je me trouvais, soit par la famille.

Puissent ces deux observations appeler l'attention des médecins sur un moyen aussi simple, à la portée de tout le monde, toujours inoffensif, s'il est administré avec soin, et de la plus grande efficacité, selon les auteurs qui l'ont préconisé.

Le docteur Itood publie un cas remarquable de guérison à l'aide de ce moyen, dans les *Archives générales de médecine*, 2e série, tome XII, page 240. M. Mitchel a publié un cas semblable dans la *Gazette médicale de Paris*, 1838, page 918. L'insufflation fut encore préconisée contre l'invagination intestinale par MM. les docteurs Barthy et Rilliet en 1853, par M. le docteur David Greig, de Dundée (Écosse), qui a publié en 1864, dans le *Bulletin de thérapeutique*, tome LXVII, page 441, quatre observations heureuses à l'aide de ce moyen et une malheureuse, mais qui fut traitée sans l'insufflation, et enfin par un de nos confrères les plus distingués et les plus autorisés de Nantes, M. le docteur E. Trastour, professeur adjoint de clinique médicale, qui a publié, en 1873, dans le *Journal de médecine de l'Ouest*, deux observations fort intéressantes et dont la terminaison heureuse a été due à l'insufflation.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 juin 1875 (1).

Présidence de M. Gillebert-Dhercourt père.

M. Mercier termine la lecture de son rapport :

Après ces considérations chimiques, M. Bouloumié revient à d'autres faits de pure observation.

Il est aussi important, dit-il, de reconnaître l'existence d'une goutte floride et d'une goutte torpide ou atonique, qu'il l'a été, pour la connaissance du diabète, de constater l'existence d'un diabète gras et d'un diabète maigre. Les deux formes se substituent assez souvent l'une à l'autre, soit par suite des progrès de l'âge ou de la prolongation de la maladie, soit par suite de circonstances accidentelles, soit enfin par l'effet de l'hérédité.

L'hérédité par similitude semble être la règle générale d'individu à individu de même sexe, l'hérédité par transformation est fréquente, au contraire, d'individu à individu de sexe différent.

Il faut distinguer nettement, dans l'étude de la goutte, les phénomènes prémonitoires des phénomènes initiaux : les premiers très-divers, les secondes variés, multiples, mais caractéristiques de la maladie, véritables symptômes de début. L'auteur passe en revue les symptômes initiaux de la goutte, symptômes qu'on observe dans les deux formes, et dont la nature ne saurait être mise en doute, au moins dans la forme floride qui donne le plus souvent lieu aux manifestations articulaires caractéristiques.

Les principaux symptômes sont brièvement résumés, puis étudiés dans l'ordre suivant : manifestations cutanées, musculaires et aponévrotiques, articulaires, digestives (gastriques, intestinales, hépatiques), névropathiques. Les manifestations urinaires ont été étudiées plus haut. Cette partie du mémoire échappe à l'analyse : elle est à peu près exclusivement descriptive.

L'auteur insiste sur la fréquence des douleurs névralgiques et musculaires qui se manifestent, soit aux lombes et au bas-ventre, soit à la nuque. Il s'élève contre la dénomination de *rhumatisme goutteux :* rhumatisme et goutte peuvent d'autant mieux coexister qu'ils se favorisent mutuellement dans leurs évolutions, par cela qu'ils portent leurs ravages sur les mêmes tissus, sur les mêmes parties. Mais, en raison même de ce qu'ils peuvent coexister ainsi sans se confondre au point de vue pathogénétique, ils ne doivent pas être confondus dans une dénomination mixte ou commune. Le rhumatisme favoriserait l'apparition des accidents goutteux au même titre qu'une contusion, qu'un frottement, qu'une fatigue exagérée. C'est aussi l'opinion que nous avons soutenue.

La dyspepsie des goutteux serait spécialement de la dyspepsie intestinale, iléo-cœcale, et les maladies du foie seraient en connexion intime avec l'état goutteux.

(1) Fin. — Voir les numéros des 17 et 19 août.

Les hémorrhoïdes sont, pour ainsi dire, habituelles chez les goutteux.

L'arrière-gorge et la trachée sont très-fréquemment le siége d'inflammation chronique qui s'accompagne d'une expuition particulière, visqueuse et abondante.

Vous voyez, messieurs, par ce court exposé que le travail de M. Bouloumié renferme beaucoup de vues imparfaitement étudiées jusqu'à lui. Nous ne voudrions pas nous porter garant de la parfaite exactitude de toutes; mais la plupart concordent assez avec notre propre observation pour nous faire présumer que le reste mérite une sérieuse attention. Nous croyons en conséquence que l'admission de M. Bouloumié parmi nous sera une excellente acquisition, et nous avons l'honneur de vous la proposer.

LECTURE

M. GÉRY lit une communication sur le *Traitement du rhumatisme*. (Voir le numéro du 17 août.)

DISCUSSION

M. DUROSIEZ. M. Géry n'a certainement eu affaire qu'à des formes légères de véritables rhumatismes éphémères; il ne faudrait pas appliquer ces idées à des rhumatismes violents. Je suis aussi très-partisan de l'expectation, mais le rhumatisme varie d'intensité; s'il en est de légers qui respectent les viscères, il en est aussi d'intraitables. Sur quarante-deux observations qui nous appartiennent, nous trouvons treize cas durant de quinze à trente jours, quatorze cas de quarante à soixante-dix jours, trois cas de soixante-dix à cent jours, et jamais, sur les quarante-deux cas, le rhumatisme n'a duré moins de quinze jours. Je ne crois pas que l'expectation soit d'un heureux effet quand, par exemple, le pouls atteint 100.

M. ANTONIN MARTIN. Il est un vieil adage qu'il faut toujours avoir en vue, c'est le *Principiis obsta*. Le rhumatisme est insidieux, c'est pourquoi il faut agir au début. Je citerai l'exemple d'une jeune fille de quinze ans que je soigne en ce moment; elle a paru deux fois guérie. Maintenant elle présente une lésion du cœur qui serait certainement plus grave si l'on n'eût pas agi. Enfin, dans la médecine de ville, on ne peut faire de l'expectation.

M. GÉRY. J'ai voulu dire simplement que, dans une foule de cas, le rhumatisme guérissait spontanément. On vous offre une foule de médicaments nouveaux; ne les employez qu'au bout de trois ou quatre jours : à ce moment vous commencerez à être fixés sur la gravité du cas; d'ailleurs je ne précise pas ceux dans lesquels il faut agir.

M. DUROSIEZ demande que la discussion sur le traitement du rhumatisme soit mise à l'ordre du jour.

M. LUNIER fait un rapport sur une brochure intitulée : *De l'hémophilie*, par M. le docteur Simon, candidat au titre de membre correspondant étranger. Ses conclusions sont favorables.

La séance est levée à cinq heures quarante-cinq minutes.

Le secrétaire annuel : Dr G. DHERCOURT.

Séance du 26 juin. 1875. — Présidence de M. GALLARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le docteur Worms et une lettre de M. le docteur Le Sourd, rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux*.

ÉLECTIONS

M. BOULOUMIÉ est élu membre titulaire, à la majorité des suffrages.

M. SIMON est élu membre correspondant étranger, à l'unanimité.

M. CAZAUX (des Eaux-Bonnes) devant lire prochainement un travail à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, la société ne juge pas à propos de lui accorder celui de membre correspondant qu'il avait d'abord sollicité.

M. HORTELOUP, nouveau membre titulaire, assiste à la séance, ainsi que M. Gimbert (de Cannes), membre correspondant.

COMMUNICATION

M. ANTONIN MARTIN lit un mémoire intitulé *De l'influence des bains froids sur la grossesse.*

DISCUSSION

M. POLAILLON confirme entièrement les faits exposés par M. Antonin Martin. Il est, en effet, certain que les bains tièdes sont avantageux dans la grossesse; il n'en est pas de même des bains froids. Cependant l'habitude est pour beaucoup dans la tolérance qu'offrent certaines femmes à propos de ces derniers. On voit, au bord de la mer, les femmes de pêcheurs passer des journées dans l'eau, parfois jusqu'au ventre, sans que l'état de gravidité soit pour elle une cause d'empêchement. A côté de cela, un bain froid donné à une personne non habituée et pendant la grossesse peut provoquer l'avortement. D'autre part, les bains tièdes peuvent être très-utiles pendant les suites de couches; mais, pour les faire accepter, il faut vaincre un préjugé qui englobe dans la même réprobation tous bains en général donnés pendant cette période. Il n'en est pas moins vrai que les bains tièdes donnés auprès du lit de la malade, en s'entourant de toutes les précautions possibles pour éviter les refroidissements, sont d'un excellent effet. Je sais que c'est aussi l'opinion de M. Tarnier. On ne doit sans doute pas employer ce moyen quand tout va bien; mais les bains sont indiqués lorsque, sans accidents de péritonite, il existe cependant un certain degré de métrite avec pouls précipité et élévation de la température, et que les lochies ont pris de l'odeur sans aller jusqu'à la fétidité; dans ces cas, on prescrira avec succès des bains tièdes de trois quarts d'heure à une heure de durée, tous les deux jours seulement. L'expérience a démontré que cette pratique n'amenait pas d'hémorrhagie et ne causait pas d'affaiblissement : elle abaisse simplement la température.

Il arrive quelquefois que vers le dix ou douzième jour après l'accouchement, les lochies reparaissent et se continuent en un écoulement contre lequel le seigle n'a pas la moindre efficacité. Ces hémorrhagies sont la conséquence de petits épanchements qui dépendent eux-mêmes d'un état inflammatoire de la muqueuse utérine. Deux ou trois bains tièdes suffisent ordinairement pour faire cesser tout cela. Quelquefois aussi ces hémorrhagies du 10e au 15e jour correspondent à des troubles de la lactation. La mère a voulu nourrir, mais il est survenu des crevasses, les seins sont devenus douloureux et sont congestionnés, l'utérus participe à cette congestion. Ici encore efficacité remarquable des bains. Une personne que je soignais dernièrement présenta au douzième jour après son accouchement des hémorrhagies de ce genre, et constituées tantôt par des caillots, tantôt par du sang pur. Le seigle était sans effet. Je fis donner des bains tous les deux jours, et après quatre bains tout écoulement avait disparu. A l'hôpital Cochin, je donne très-souvent les bains en pareils cas, et, grâce aux précautions prises, je n'observe jamais d'accidents.

La communication de M. Ant. Martin présente tout à la fois de l'intérêt et de l'opportunité, car il serait nécessaire de faire cesser la crainte que ce moyen thérapeutique inspire aux familles.

M. GÉRY demande à quelle époque M. Antonin Martin fait commencer les bains.

M. ANTONIN MARTIN. Dès le début, pourvu qu'ils soient tièdes.

M. GÉRY. En 1852 j'ai observé un cas analogue à ceux que vient de citer M. Polaillon. Les bons effets se firent sentir au bout de quatre ou cinq bains. Quant aux bains de mer, je sais qu'ils sont repoussés par certains auteurs; mais je les crois excellents dans des conditions données : une dame enceinte de quatre mois et qui avait perdu trois enfants, se rendant au bord de la mer, demanda à en profiter pour prendre des bains; M. Marotte, consulté, autorisa les bains, et tout alla pour le mieux : la dame parvint sans accidents au terme de sa grossesse. J'ai vu des femmes enceintes, et ne s'en doutant pas, prendre des bains de mer sans en éprouver de préjudices. En somme, je les crois plus utiles que nuisibles.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 19 août 1875, une chaire d'anatomie générale a été créée au Collége de France, à partir du 1er janvier 1876.

Par le même décret, M. le docteur Ranvier (Louis-Antoine) a été nommé professeur titulaire de cette chaire.

— Par décret en date du 19 août 1875, M. Vaillant (Léon-Louis), docteur ès-sciences naturelles, chargé de la chaire de zoologie (reptiles et poissons) au Muséum d'histoire naturelle, a été nommé professeur titulaire de cette chaire en remplacement de M. Duméril, décédé.

— *Écoles de médecine navale.* — Un concours général sera ouvert le 9 septembre prochain, à Brest, et il se continuera successivement à Rochefort et à Toulon, à l'effet de pourvoir aux vacances qui existent dans le corps de la marine.

Emplois du service médical. — 50 places de médecin de 1re classe, dont 6 pour la colonie :

2 pour la Guyane ; 2 pour la Cochinchine ; 2 pour la Nouvelle-Calédonie.

40 places de médecin de 2e classe, dont 12 pour les colonies :

1 pour la Cochinchine ; 1 pour la Guyane ; 4 pour la Nouvelle-Calédonie ; 1 pour la Guadeloupe ; 1 pour Mayotte ou Nossi-Bé ; 4 pour le Sénégal.

30 places d'aide-médecin :

Emploi du service pharmaceutique. — 4 places de pharmacien de 1re classe. — 6 places de pharmacien de 2e classe. — 6 places d'aide-pharmacien.

N. B. En s'inscrivant pour le concours et en déposant les pièces réglementaires, chaque candidat y joindra une note indiquant, par ordre de préférence, les ports ou les colonies où il désire servir.

— Le congrès international des Américanistes s'est ouvert à Nancy le 19 juillet; il s'est terminé le 22.

Un grand nombre de savants étrangers y ont assisté : parmi les orateurs qui ont pris la parole dans ces savantes discussions, on doit citer : MM. Guerrier de Dumast, Adam, don José Maria Torrès Caïcedo, représentant des États-Unis de San-Salvador, Madier de Montjau, de Rosny, le missionnaire Petetot, de Hellwald, officier de lanciers autrichiens délégué par son gouvernement, le professeur Haynes, de Boston, le docteur Daa, de Norvége, etc.

Luxembourg a été désigné comme siége du prochain congrès en 1877.

— *Thèses de Nancy.* — PREMIÈRE SÉRIE. — No 16. Recherches sur l'asthme herpétique, par Albert Rietsch.

No 17. De la phtisie laryngée, par le docteur Paul Koch (de Luxembourg).

No 18. De l'onyxis latéral, par F. Pommageot, lauréat de l'école de médecine de Dijon.

No 19. Du cœur forcé ou de l'asystolie sans lésions valvulaires, par Émile Lévy (de Strasbourg).

Excellent travail sur l'influence de l'épuisement du surmènement du cœur qui se laisse forcer. Ce serait la cause unique, constante, à laquelle se rattacherait un groupe à part de maladies du cœur, hypertrophie primitive, dilatation spontanée, dégénérescence graisseuse primitive du cœur. De là une évolution clinique particulière, ayant pour point de départ le surmènement qui lui donne sa marche, ses symptômes, son cachet caractéristique, qui la met, aux yeux de l'auteur, au rang d'une *véritable entité morbide.*

No 20. Sur un état particulier des valvules auriculo-ventriculaires dans les maladies de l'enfance, par E. Fessy, interne des hôpitaux de Lyon.

Extrait des conclusions de l'auteur : chez les enfants morts d'une maladie fébrile quelconque, les nodosités que l'on trouve constamment sur le bord libre de la valvule mitrale, quelquefois de la tricuspide, ne sont pas dues à l'endocardite (théorie de M. Bouchut), ni à une hypertrophie non inflammatoire du tissu conjonctif de la valvule (hémato-nodule de M. Parrot) ; elles sont constituées par de l'*œdème* qui se forme dans les aréoles du tissu connectif au point où la valvule est le moins épaisse.

No 21. De l'apomorphine, histoire et critique, par Guido de Chabert, ancien aide de clinique de la faculté de médecine de Nancy.

No 22. Du bromure de lithium, par D. Fontan.

No 23. Contribution à l'étude de l'étiologie de la fièvre typhoïde, par L. Knopf. Dans une épidémie observée à Vallérysthal (Meurthe), l'auteur établit par des observations très-bien prises que :

1o Dans l'étiologie de la fièvre typhoïde, l'eau de boisson constitue l'élément le plus important, soit par sa fréquence, soit par l'extension qu'il peut avoir dans ses effets;

2o Le rôle joué par l'air, à ce point de vue, est infiniment plus restreint ;

3o La transmission, au moyen de l'air, des principes toxiques produits par le malade est un fait établi. Quoique observé rarement par rapport au grand nombre de cas où la maladie reconnaît une autre cause, ce mode d'étiologie de la fièvre typhoïde peut acquérir une importance sérieuse en présence de conditions hygiéniques défavorables, telles que l'encombrement, le manque de propreté et d'aération.

No 24. De la dégénérescence graisseuse du cœur, par Denys Payan.

No 25. Quelques considérations sur la fièvre jaune, par Edmond Maréchal, médecin de deuxième classe de la marine, chevalier de la Légion d'honneur. Consciencieuse étude de ce que l'auteur a vu : il expose avec simplicité et sans prétention les principaux phénomènes tirés des urines, du sang, des vomissements, de la température et du pouls ; d'où il donne quelques notions sur le traitement. C'est vrai, donc c'est bon.

Action des eaux de Vichy sur la composition du sang, par ZÉNON PUPIER. — In-8o de 168 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1875, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Peter.

L'antagonisme entre les maladies du cœur et la tuberculisation pulmonaire n'a rien d'absolu (1).

Ceci posé, quelques mots sur l'histoire de notre malade. C'est un homme de soixante-six ans, assez robuste, de haute stature et qui s'est toujours bien porté jusqu'à l'époque du siége de Paris. Il exerce la profession de fileur, et il avoue que, chaque matin, pour se donner de l'entrain, et avant de se rendre à son travail, il avait pour habitude de boire de l'eau-de-vie. C'est-à-dire qu'il absorbait des substances alcooliques dans les conditions les plus fâcheuses, dégradant ainsi, du même coup, son estomac, son foie, son cœur et ses vaisseaux.

A l'époque du siége, où il eut à supporter une assez grande misère, il commença à éprouver quelques symptômes de la maladie pour laquelle il est en ce moment à l'hôpital. Il n'avait plus la même vigueur qu'autrefois; il maigrissait; il ne pouvait plus monter un escalier sans être bientôt essoufflé, etc. D'ailleurs, jamais de battements de cœur, jamais de dyspnée réelle, jamais, *a fortiori*, d'œdème des membres inférieurs. De 1870 à 1875, les choses continuèrent à marcher de la sorte; il ne toussait guère, si ce n'est dans la saison froide. Mais, l'hiver dernier, les symptômes devinrent plus menaçants; il toussa beaucoup plus et cracha un peu de sang. L'hémoptysie était peu abondante, comme cela a lieu dans la tuberculisation des vieillards.

Il y a un mois, sous l'influence d'une diarrhée survenue sans cause connue, en se rendant fréquemment aux cabinets, il éprouva de nombreux refroidissements, à la suite desquels il contracta une bronchite, de la fièvre, qui le força à prendre le lit, qu'il n'a jamais quitté depuis.

A l'hôpital, il semble, eu égard à son âge, au développement récent des symptômes, qu'il soit atteint de bronchite. Tel n'est pas le cas.

Il éprouvait, en effet, au sommet gauche de la poitrine, non-seulement spontanément, mais à la pression, une douleur très-vive, s'étendant du premier au troisième espace intercostal. A la percussion, on constatait une matité notable qui tranchait avec la sonorité que donnait le côté opposé. A l'auscultation, dès qu'on appliquait l'oreille sur la région sous-clavière, on percevait une pluie de râles fins, qui n'étaient autre que des craquements humides s'étendant presque jusqu'au niveau du mamelon; de même, en arrière. Par conséquent, il y avait là une première lésion caractérisée par tous les signes de la tuberculisation pulmonaire. Sous l'influence du repos, de vésicatoires, la congestion périphérique a diminué, mais les craquements humides pathognomoniques persistent dans l'étendue des trois premiers espaces intercostaux. Ainsi donc s'explique l'état général du malade, l'amaigrissement, l'amoindrissement des forces qu'il a subis.

Outre cette première lésion, il est atteint d'une affection cardiaque, mais d'une certaine espèce, et qui ne dérive pas du rhumatisme, car cet homme nous déclare qu'il n'en a jamais éprouvé les atteintes. Pouvons-nous en dire autant de l'alcoolisme?

Voici, en effet, les raisons matérielles qui me portent à croire que l'alcoolisme greffé sur la sénilité est la cause de la maladie du cœur. A la pointe de l'organe, à 1 centimètre au-dessous et en dehors du mamelon et au premier temps, l'oreille perçoit un bruit de souffle doux et aspiratif, dû à l'insuffisance de l'orifice mitral. A la base, sous le sternum, dans le voisinage de la deuxième articulation chondro-costale droite, on entend un souffle rude, également au premier temps. Il présente une différence de timbre notable avec celui de la pointe et celui de l'anémie; il est rude, intense. Il est l'indice d'une lésion de l'orifice aortique. A ce bruit de souffle se joint un dédoublement du deuxième bruit, caractéristique du défaut d'isochronisme dans le claquement des valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Par conséquent, il n'y a pas de doute que l'orifice mitral, et spécialement la valvule qui l'obture, et que, de même, les valvules sigmoïdes de l'aorte, ne soient le siége d'une lésion qui s'accuse encore par le tracé sphygmographique de l'artère radiale : une ascension très-verticale, terminée par un crochet auquel succède un plateau, signe de l'athérome des artères, puis une pulsation régulière quant à celle qui précède et à celle qui suit. Il y a donc bien chez cet homme une double lésion valvulaire; lésion de la valvule mitrale, et insuffisance de celle-ci; lésion des valvules sigmoïdes de l'aorte (d'où le souffle systolique de la base) et imparfaite juxtaposition de celles-ci (d'où la légère insuffisance révélée par le crochet du tracé, et non dénoncée par un souffle au second temps).

Cette dernière lésion est évidemment due à une endartérite, car, transversalement, la matité des gros vaisseaux est de

(1) Fin. — Voir le numéro du 19 août.

6 centimètres au lieu de 5 et demi, qui est un maximum : l'aorte est donc dilatée. D'autre part, l'artère radiale est flexueuse, dure et présente au sphygmographe les signes d'une lésion athéromateuse, le plateau.

Ainsi notre malade du numéro 19 a bien une lésion de l'endocarde et de l'endartère aortique, seulement il n'a pas ces larges insuffisances mitrale ou aortique qu'engendre le rhumatisme, mais il présente ces lésions athéromateuses et calcaires du sinus mitro-sigmoïdien, des lames valvulaires et des points d'inflexion ou de bifurcation du système artériel, que produisent au même titre la sénilité et l'alcoolisme. Ce n'est donc pas un cardiopathe ordinaire, et telle est la raison pour laquelle il n'a pas eu l'immunité pour la tuberculisation pulmonaire que créent habituellement les puissants barrages à la circulation, formés par les lésions cardiaques rhumatismales.

Pour en revenir à la tuberculisation du lobe supérieur et au fonctionnement de cette partie du poumon, voici les arguments et les faits qui établissent que le lobe supérieur du poumon est celui qui fonctionne le moins dans les inspirations ordinaires.

Ce défaut d'activité tient d'avoir à la conformation de la cage thoracique et à la presque immobilité des côtes supérieures. Outre que la longueur des premières côtes est bien moindre que celle des côtes inférieures, leur articulation ne permet que des mouvements excessivement restreints et presque nuls, d'où la moindre ampliation du thorax et, par conséquent, des poumons aux parties supérieures.

Un autre argument, c'est que la locomotion de l'air se fait d'autant moins facilement en haut des poumons, que, en vertu de la conformation de la trachée-artère, l'air chemine plus directement vers les parties inférieures du poumon. En effet, s'il s'engouffre aisément dans les bronches, qui sont rectilignes et continuent la direction de la trachée; s'il pénètre sans difficulté dans la branche bronchique inférieure, qui se distribue au lobe inférieur de l'organe, il n'en est plus de même pour le lobe supérieur, où l'air arrive par des conduits qui s'abouchent à angle plus ou moins aigu avec le conduit principal, de telle sorte que ce gaz y suit une direction absolument inverse à celle qu'il suivait dans la trachée-artère. Un simple coup d'œil jeté sur le squelette de la trachée et des bronches vous convaincra de l'exactitude de ce que j'avance ici.

Ainsi tout est calculé pour la plus facile perméabilité des lobes inférieurs des poumons. Aussi faut-il de plus grands efforts inspiratoires pour faire fonctionner les lobes supérieurs en partie ou en totalité. C'est ce que vous démontre l'expérience suivante :

J'introduis dans la trachée-artère de ce lapin une sonde de caoutchouc; j'enlève rapidement le sternum et les cartilages costaux, et j'insuffle, à l'aide de la sonde trachéale, les poumons laissés dans ce qui reste de la cage thoracique. Dans les insufflations faibles, correspondant à de faibles inspirations, les parties inférieures des poumons se dilatent et se meuvent d'une façon très-évidente, tandis que les sommets restent immobiles et se dilatent à peine; ce qui se meut et se dilate du lobe supérieur est la base de ce lobe. Dans des insufflations fortes, les lobes inférieurs se dilatent et se meuvent énergiquement, puis la dilatation et le mouvement se propagent de bas en haut aux lobes supérieurs, et enfin au sommet de ces lobes, qui sont toujours la partie qui se dilate et se meut le moins. Vous voyez ainsi expérimentalement que les lobes supérieurs sont les parties les moins actives des poumons, et que le sommet en est spécialement la partie la moins fonctionnante.

J'insiste sur ces faits parce que, dans un livre d'anatomie justement classique, on regarde les lobules du sommet comme étant les plus perméables, et l'on suppose que la fréquence plus grande de la tuberculisation en ces points pourrait bien en être la conséquence; et parce qu'aussi, dans un livre de phthisiologie des plus remarquables, l'auteur, considérant que les sommets sont, embryogéniquement, la partie qui apparaît la première; que, dans tout organe, la partie la première formée en est la plus importante à la vie, en conclut que les sommets sont la partie la plus importante des poumons, et que, pour ces raisons, la phthisie y a son siége de préférence.

L'expérimentation ne me paraît pas d'accord avec ces doctrines, d'ailleurs si ingénieuses.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC

Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris depuis la guerre de 1870-1871 (1).

Leçon recueillie par M. HUGONNEAU, interne du service.

XVII

Il me reste, messieurs, à vous parler d'une autre cause de diminution des maladies vénériennes, dont le rôle a été fort important au double point de vue de la morale et de l'hygiène. Je veux parler de la fréquence des unions légitimes, qui a pris un accroissement remarquable depuis la guerre.

Voici, en effet, quel a été le nombre des mariages, par chaque année, depuis 1865 :

En 1865	16,540
En 1866	17,201
En 1867	17,730
En 1868	18,596
En 1869	18,948
En 1870	14,657
En 1871	12,298
En 1872	21,373
En 1873	19,520
En 1874	18,827

Laissant de côté les années 1870 et 1871, pendant lesquelles, pour des raisons faciles à comprendre, le chiffre des mariages est tombé bien au-dessous de la moyenne ordinaire, comparons les trois années qui ont précédé la guerre et les trois années qui l'ont suivie.

Durant les années 1867, 1868, 1869, il y a eu 55,274 mariages, ce qui donne la moyenne de 18,424 par année.

Durant les années 1872, 1873, 1874, il y a eu 59,720 mariages, soit 4,446 de plus que les trois années qui ont précédé la guerre. Ce chiffre donne pour la moyenne 19,906 par année.

Cette moyenne est donc supérieure de 1,482 à celle d'avant la guerre.

Ainsi, depuis le 1er janvier 1872, il y a eu chaque année à Paris 1,482 mariages de plus que pendant les trois années 1867, 1868, 1869.

Vous trouvez peut-être que cela est peu. Mais veuillez bien vous rappeler que la dépopulation de la ville, produite par la guerre, a été de 250,000 ou 300,000 habitants au moins. N'est-ce pas là une circonstance qui grandit le nombre 1,481 et lui donne une valeur relative infiniment plus grande que sa valeur intrinsèque?

La coïncidence de ces deux faits qui semblaient au premier

(1) Suite. — Voir les numéros des 27, 29 juillet, 10 et 17 août.

abord devoir s'exclure : d'une part, la diminution de la population; d'autre part, l'augmentation des mariages ; cette coïncidence, messieurs, ne pensez-vous pas, comme moi, qu'il en faut faire un des premiers facteurs dans la résultante générale de la salubrité au point de vue des maladies vénériennes ?

XVIII

Songez à tous les maux de cette espèce que peut empêcher un seul mariage, principalement dans les classes où se recrute le personnel de notre hôpital. Tel individu, par exemple, que je soigne à ma consultation ou dans mes salles a peut-être infecté cinq ou six femmes depuis qu'il est malade. Telle femme qui est à Lourcine a peut-être infecté quinze ou vingt hommes. Si ces deux individus avaient été mariés avant leur maladie ou même depuis, la contagion vénérienne, dont ils ont été des agents plus ou moins actifs, aurait été neutralisée ou du moins fort circonscrite, et, dans tous les cas, il y a cent à parier contre un qu'elle eût été réduite à son minimum de nocuité.

Je n'ai pas besoin de m'étendre plus longuement sur ce sujet. J'en ai dit assez pour vous faire comprendre l'importance que j'ajoute au chiffre de 1,482 et répondre aux objections que pourrait faire naître sa faiblesse, plus apparente que réelle. Nul doute que le mariage, même quand les devoirs de fidélité réciproque qu'il impose ne sont pas rigoureusement observés, ne contre-balance, de la façon la plus efficace, les dangers de la prostitution (1).

Comparez 1866 et 1872, les années des deux derniers recensements ; comparez-les au point de vue du nombre des mariages : vous trouverez une prédominance de 4,172 en faveur de la seconde. La population pourtant ne s'était accrue que de 26,418 habitants. Il est vrai que la guerre avait empêché ou retardé beaucoup d'unions légitimes qui furent contractées après la paix, et c'est sans doute ce qui explique pourquoi le nombre des mariages a atteint le chiffre de 21,370, qui est resté le chiffre maximum d'une longue suite d'années. Mais, en 1869, il n'y en a eu que 18,948, et pourtant jamais Paris n'avait contenu dans son enceinte une aussi nombreuse population.

XIX

La fréquence des mariages s'est répartie parmi toutes les classes de la société, mais pas tout à fait dans les mêmes proportions. Ainsi, quoique la population des neuf arrondissements du centre fût inférieure, en 1872, de 46,000, eu égard à ce qu'elle était en 1866, il y a eu cependant cette année là 9,502 mariages, tandis qu'on n'en comptait que 7,858 en 1866, pour ces mêmes neuf arrondissements ; soit une différence de 1,644.

Pour les onze arrondissements de la périphérie dont la population en 1872, comparée à celle de 1866, accusait une augmentation de 72,000 habitants, le nombre des mariages en 1872 a été de 11,872. En 1866 il avait été de 8,942 ; soit une différence de 2,928.

La proportion des mariages a donc été plus faible dans les arrondissements de la périphérie que dans ceux du centre, c'est-à-dire dans la classe ouvrière que dans la classe aisée ou riche.

Cette inégalité dans la répartition des mariages suivant les arrondissements diminue un peu l'importance que j'attache au mariage comme cause du décroissement des maladies vénériennes, puisque ce sont les arrondissements de la périphérie qui fournissent le principal contingent des malades traités à l'hôpital du Midi.

Mais les maladies vénériennes, messieurs, sévissent aussi dans les classes riches ou aisées. Nous ne les soignons pas à l'hôpital, et nous ne possédons pas, par conséquent, les éléments numériques qui permettent d'apprécier, à l'aide de la statistique, la fluctuation de leur fréquence dans les couches moyenne ou élevée de la société. La clientèle privée, se divisant à l'infini ne peut pas être soumise au calcul comme la clientèle hospitalière. Pourtant je ne crois pas me tromper en vous disant que, si vous interrogiez les spécialistes de Paris, ils vous répondraient tous, comme moi, que les maladies vénériennes ont considérablement diminué depuis la guerre dans toutes les classes de la société, et peut-être plus encore dans les classes moyenne et élevée que dans les classes pauvres. Aussi tout ce que je vous ai dit dans cette leçon me semble-t-il devoir s'appliquer à l'ensemble des habitants de Paris, quelle que soit la condition sociale de chacun d'eux pris individuellement.

Je pourrais, messieurs, pénétrer plus loin dans ce travail de statistique et comparer non-seulement les années, mais les arrondissements pendant chaque année, sous le rapport de la fréquence des mariages et de son influence sur la diminution des maladies vénériennes. C'est un travail qui m'entraînerait trop loin. J'ai déjà fatigué votre attention par trop de chiffres ; il est temps de m'arrêter. Mais, si vous étiez désireux de vous livrer à des investigations de cette nature, voici un tableau qui vous en donnera le moyen ; c'est celui des mariages par arrondissement depuis 1865. Une seule année manque, celle de 1871, l'année de la guerre et de la Commune.

Le nombre des mariages a été :

En 1866. — 1er arrondissement, 899 ; — 2e, 851 ; — 3e, 852 ; — 4e, 1,003 ; — 5e, 913 ; — 6e, 910 ; — 7e, 699 ; — 8e, 636 ; — 9e, 1,095 ; — 10e, 1,220 ; — 11e, 1,576 ; — 12e, 642 ; — 13e, 620 ; — 14e, 541 ; — 15e, 600 ; — 16e, 380 ; — 17e, 502 ; — 18e, 1,299 ; — 19e, 802 ; — 20e, 761. — Total : 16,891.

En 1867. — 1er arrondissement, 807 ; — 2e, 883 ; — 3e, 811 ; — 4e, 1,072 ; — 5e, 976 ; — 6e, 943 ; — 7e, 726 ; — 8e, 701 ; — 9e, 1,069 ; — 10e, 1,271 ; — 11e, 1,545 ; — 12e, 722 ; — 13e, 656 ; — 14e, 600 ; — 15e, 729 ; — 16, 374 ; — 17e, 892 ; — 18e, 1,325 ; — 19e, 861 ; — 20e, 769. — Total : 17,732.

En 1868. — 1er arrondissement, 840 ; — 2e, 895 ; — 3e, 954 ; — 4e, 1,106 ; — 5e, 921 ; — 6e, 836 ; — 7e, 789 ; — 8e, 751 ; — 9e, 1,134 ; — 10e, 1,363 ; — 11e, 1,672 ; — 12e, 730 ; — 13e, 621 ; — 14e, 648 ; — 15e, 766 ; — 16e, 437 ; — 17e, 954 ; — 18e, 1,392 ; — 19e, 960 ; — 20e, 829. — Total : 18,596.

En 1869. — 1er arrondissement, 911 ; — 2e, 826 ; — 3e, 1,011 ; — 4e, 1,122 ; — 5e, 910 ; — 6e, 942 ; — 7e, 737 ; 8e, 709 ; — 9e, 1,123 ; — 10e, 1,374 ; — 11e, 1,776 ; — 12e, 748 ; — 13e, 608 ; — 14e, 676 ; — 15e ; 740 ; — 16e, 389 ; — 17e, 958 ; — 18e, 1,448 ; — 19e, 974 ; — 20e, 966. — Total : 18,948.

En 1870. — 1er arrondissement, 646 ; — 2e, 610 ; —

(1) Il y a cependant des contrées où la syphilis a sévi sur des populations qui vivaient dans la chasteté du mariage. C'est que, quand elle est importée dans un milieu où l'on ne s'en défie pas, quand on méconnaît la nature de ses accidents, qui sont contagieux pendant plusieurs années, quel que soit leur siége, on peut la contracter de mille façons différentes, et, pour ainsi dire, *innocemment*.

Il n'en est pas de même de la blennorrhagie, et encore moins du chancre simple ; aussi un de nos syphiliographes les plus éminents, M. Rollet, a-t-il dit avec grande raison que ces deux dernières maladies étaient infiniment plus *vénériennes* que la syphilis.

3e, 673; — 4e, 773; — 5e, 784: — 6e, 616; — 7e, 585; — 8e, 543; — 9e, 843; — 10e, 1,060; — 11e, 1,473; — 12e 540; — 13e, 508; — 14e, 564; — 15e, 661; — 16e, 204; — 17e, 828; — 18e, 451; — 19e, 702; — 20e, 803. — TOTAL : 13,867.

En 1872. — 1er arrondissement, 970; — 2e, 1,006; — 3e, 1,152; — 4e, 1,122; — 5e, 1,046; — 6e, 1,084, — 7e, 859; — 8e, 938; — 9e, 1,325; — 10e, 1,601; — 11e, 2,090; — 12e, 890; — 13e, 713; — 14e, 749; — 15e, 781; — 16e, 432; 17e, 1,127; — 18e, 1,408; — 19e, 1,085; — 20e, 995. — TOTAL : 21,573.

En 1873. — 1er arrondissement, 882; — 2e, 889; — 3e, 960; — 4e, 1,053; — 5e, 916; — 6e, 984; — 7e, 781; — 8e, 849; — 9e, 1,301; — 10e, 1,489; — 11e, 1,884; — 12e, 841; — 13e, 593; — 14e, 702; — 15e, 724; — 16e, 399; — 17e, 840; — 18e, 1,419; — 19e, 904; — 20e, 910. — TOTAL ; 19,520.

En 1874. — 1er arrondissement, 821; — 2e, 811; — 3e, 931; — 4e, 948; — 5e, 932; — 6e, 823; — 7e, 781; — 8e, 850; — 9e, 1,262; — 10e 1,450; — 11e, 1,824; — 12e, 752; — 13e, 582; — 14e, 660; — 15e, 682; — 16e, 406; 17e, 1,121; — 18e, 1,393; — 19e, 949; — 20e, 919. — TOTAL : 18,827.

Avant d'aborder la seconde partie de ces études statistiques sur les maladies vénériennes, c'est-à-dire la question de la rareté actuelle du chancre simple que je vous ai annoncée en commençant, je résumerai ce que je viens de vous dire dans les conclusions suivantes :

A. Le nombre des maladies vénériennes dans la ville de Paris a considérablement diminué depuis la guerre de 1870-71. Après avoir atteint son minimum en 1871, il s'est relevé en 1872, pour suivre depuis cette époque une progression toujours décroissante.

B. Parmi les causes qui ont le plus puissamment contribué à produire cette diminution dans le nombre des maladies vénériennes, il faut citer, indépendamment de l'impression morale produite par les événements :

1° La dépopulation immédiate de la ville à la suite de la guerre et l'arrêt dans le développement numérique de ses habitants.

2° L'abaissement de la fortune individuelle qui s'est produit dans toutes les classes de la société et qui a été aggravé par l'augmentation des charges.

3° La surveillance plus rigoureuse de la prostitution en général, et, en particulier, de la prostitution clandestine.

4° L'augmentation dans le nombre des mariages depuis la guerre, supérieur, malgré la diminution des habitants de Paris, à ce qu'il était avant 1871. (*A suivre.*)

QUELQUES MOTS

SUR LES MANIFESTATIONS RHUMATOÏDES DE LA BLENNORRHAGIE (1)

Par M. le docteur QUINQUAUD.

Nous venons de voir rapidement quelle a été successivement, à travers les ans, la manière dont on a compris les manifestations articulaires de la blennorrhagie.

En voici le résumé :

1° L'arthrite blennorrhagique est une arthrite simple n'ayant aucun caractère spécifique ;

2° L'arthrite blennorrhagique est spécifique et capable d'être modifiée par une diathèse;

(1) Fin. — Voir les numéros des 7, 14, 17 et 21 août.

3° Le rhumatisme blennorrhagique est une complication : ce rhumatisme n'est point le rhumatisme ordinaire; c'est un pseudo-rhumatisme;

4° Il n'y a pas de rhumatisme blennorrhagique, mais une blennorrhagie, une arthrite, une ophthalmie rhumatismales;

5° Il existe une arthrite blennorrhagique, mais en même temps le rhumatisme ordinaire peut se développer sous l'influence de la blennorrhagie;

6° C'est un rhumatisme secondaire engendré par une diathèse aiguë.

Telles sont les principales opinions.

La première proposition a été trop bien discutée par M. Fournier, pour que j'y insiste. J'ajoute seulement qu'une arthrite, qui a toujours certains caractères spéciaux, qui se produit en dehors de toutes les causes connues de l'arthrite simple; que l'on prévoit, qu'on craint, qu'on annonce quand on est en présence d'un individu qui a la blennorrhagie, je dis qu'il ne s'agit plus là d'une arthrite simple, mais bien d'une lésion qui appartient à la maladie uréthrale.

Pour la deuxième, je crois comprendre qu'elle est spécifique, et cela d'après les caractères particuliers qu'elle présente; mais d'ailleurs le mot *spécifique* est un mauvais mot, parce qu'il prête à l'amphibologie, tous les auteurs n'ayant pas compris la spécificité de la même manière; d'ailleurs c'est là une doctrine qui doit être remplacée.

Oui, il y a une manifestation arthropathique de la blennorrhagie; mais elle n'est point spécifique dans tous ses éléments.

D'ailleurs le mot *arthrite* ne suffit pas; il indique une lésion, et rien de plus. Il est indispensable que le clinicien approfondisse la question au point de vue étiologique.

Au lit du malade que voyons-nous? Pendant le cours de la blennorrhagie, tout à coup, sans cause connue, se manifeste une douleur articulaire, sans gonflement, tandis qu'une ou plusieurs jointures sont le siége de sensations pénibles, alors qu'existent du malaise, un peu de fièvre, des sueurs, en un mot un ensemble phénoménal distinct; donc il y a là une certaine analogie avec les localisations rhumatismales, bien que la nature en soit distincte : le mot *arthrite spécifique* ne dit pas assez.

Aussi rejetons-nous cette expression, bien que se rapprochant de notre manière de voir, parce qu'elle n'est point suffisante au point de vue clinique.

Pour la troisième, voulez-vous admettre qu'il y ait rhumatisme? Oui, je le crois dans les *cas mixtes*, là où la blennorrhagie modifie le rhumatisme : là où le rhumatisme se localise en dernier lieu, sur une seule ou deux jointures.

Mais il peut se faire que le rhumatisme ne soit nullement modifié par la blennorrhagie, et alors vous aurez comme coexistant avec la blennorrhagie un rhumatisme qui n'est point blennorrhagique.

Le vrai rhumatisme articulaire, qui doit conserver son nom, et qui constitue une entité morbide bien définie, présente des variétés qu'il faut avant tout bien connaître, c'est indispensable.

Il y a des degrés dans la maladie arthritique.

1° La forme suraiguë : c'est le rhumatisme élevé à sa dernière puissance, possédant toutes ses attributions; c'est l'idéal de la maladie, c'est là que l'on voit les localisations se succéder avec une grande intensité. Ces cas ne sont pas très-communs.

Je veux parler de ces rhumatismes qui, dans l'espace de quelques jours, ont des manifestations cardiaques, méningitiques ou pleurétiques. Souvent la terminaison est fatale.

Quelquefois il y a coexistence de localisation sur deux ou trois séreuses.

Chez ces malades, au moment de l'apparition des lésions viscérales, la douleur est peu vive ou cesse, bien que l'épanchement ne disparaisse jamais complétement.

2° La forme *aiguë généralisée* s'accompagnant souvent de lésions cardiaques, de sueurs profuses, d'apparition, de succession rapide dans les phénomènes articulaires. Toute cette période correspond à des signes fébriles très-accusés, 39 degrés et au-dessus, et les arthrites sont assez intenses.

Cette période fait place à la phase arthropathique; les malades ne conservent plus que des douleurs sans aucun gonflement. Ici la température baisse et n'offre plus que des oscillations diurnes qui diminuent de plus en plus.

3° La forme subaiguë avec ses variétés symptomatologiques, qui peuvent tout aussi bien s'accompagner de lésions cardiaques que les formes aiguës.

4° Enfin la forme chronique, qui comprend plusieurs espèces sur lesquelles nous insisterons plus tard.

Voilà du vrai rhumatisme, du rhumatisme héréditaire engendrant l'arthritisme à apparitions multiples, avec fluxions phlegmasiques, *mobiles, irrégulières, variables*, surtout au début, disparaissant sous la forme arthropathique, et surtout s'accompagnant de phénomènes cardiaques, quelquefois cérébraux.

Eh bien, dans le cas actuel s'agit-il d'un rhumatisme? Nous venons de voir aux symptômes qu'il y avait des caractères trop différents; dans la variété mono-articulaire, on n'a pas constaté de lésions cardiaques; et cependant c'est là un point capital pour savoir si l'on a affaire à du rhumatisme. Les lésions articulaires autres que le rhumatisme ne s'accompagnent point le plus souvent d'altération de cet ordre.

On a beaucoup abusé du mot *rhumatisme* : il a un sens précis, net, dans le langage nosographique; il faut le lui conserver et ne point l'appliquer à des lésions qui sont d'une tout autre nature.

On a parlé beaucoup du rhumatisme scarlatineux; mais la scarlatine produit par elle-même des phlegmasies cardiaques; elle se localise sur le cœur (j'en publierai bientôt des cas probants, avec autopsie), sans qu'il y ait eu ledit rhumatisme.

Elle se localise sur les jointures, comme elle se localise sur le cœur : ce sont des manifestations des signes de la maladie, et non des affections proprement dites, des entités morbides.

Il serait singulier, d'ailleurs, de voir une intoxication engendrer d'une manière aiguë une entité pathologique.

S'il n'y avait que cette singularité, je passerais outre, mais tout s'oppose à ce qu'on puisse voir là un rhumatisme.

Dans la blemorrhagie, la tendance des altérations articulaires à l'ankylose est une règle (je parle toujours de la forme mono-articulaire), tandis que dans le vrai rhumatisme, c'est une exception.

La récidive est fréquente dans le vrai rhumatisme.

Dans le premier cas la récidive ne peut avoir lieu qu'avec un nouvel écoulement.

Poursuivons : dans l'infection purulente, dans le puerpérisme infectieux, les lésions articulaires sont des manifestations, des localisations de la maladie générale. Ce ne sont *point des rhumatismes*.

Dans tous ces cas il n'y a que des apparences de rhumatisme. Parfois même, comme dans les blennorrhagies, il existe dans leur mode d'apparition certaines analogies : c'est pourquoi je les désigne sous le nom de manifestations rhumatoïdes.

Y a-t-il complication? Je dis plus loin qu'on ne peut accepter cette fin de non recevoir. Le mot *complication* ne doit s'appliquer qu'aux lésions ou affections qui viennent s'ajouter accidentellement à la maladie principale, primitive.

Où est l'accident dans ces cas, puisqu'on le prévoit et qu'on le craint?

Ce n'est point, *dit-on*, du rhumatisme ordinaire; néanmoins il y a des observations nombreuses de rhumatismes ordinaires chez les blennorrhagiques, ceci est incontestable; mais on retrouve, pour expliquer ce rhumatisme, des antécédents, des attaques antérieures : une coïncidence qu'on ne saurait nier.

Peut-on croire à un pseudo-rhumatisme? Ici encore se présente la même objection; mais, d'après cette manière de voir, on considère encore ce pseudo-rhumatisme comme une entité morbide engendrée par une autre entité; or l'entité ne donne naissance qu'à des symptômes; s'il se produit à la suite d'une maladie, une autre maladie, on peut dire que la première *prédispose* à la seconde, et non que la première *engendre* la seconde.

4° Dire qu'il n'y a qu'une blennorrhagie, une arthrite, une ophthalmie rhumatismales, c'est écarter des manifestations blennorrhagiques le type de ces localisations : à savoir, la forme mono-articulaire; en effet, dans ce cas on ne retrouve aucun antécédent rhumatismal, du moins dans le plus grand nombre des observations : le froid même ne saurait être mis en cause, puisqu'à l'hôpital j'ai pu voir des blennorrhagiques qui restaient au lit toute la journée, et qui à un moment donné, sans cause appréciable, étaient pris d'une arthrite localisée à une ou deux jointures.

D'ailleurs j'ai démontré plus haut qu'il ne s'agissait pas là de lésions rhumatismales.

De plus, la question d'hérédité est réelle, fréquente dans le rhumatisme vrai; dans le cas d'arthrite blennorrhagique, rien de semblable n'a lieu : j'ai interrogé trente-cinq malades qui avaient eu des arthropathies uréthrales, sans avoir rencontré un seul cas de transmission chez les descendants, qui avaient au minimum trente ans.

5° Quant à l'opinion qui veut que le rhumatisme ordinaire puisse se développer sous l'influence de la blennorrhagie, je n'ai point de preuves suffisantes pour l'admettre; j'ai même des preuves contraires, puisque je vois naître du rhumatisme ordinaire chez des individus ayant la blennorrhagie et chez lesquels on trouve des antécédents arthritiques, ou une première attaque ou bien des *palpitations* bien avant la localisation articulaire. Ce dernier fait arrive souvent et a son importance chez les hommes surtout, alors qu'on ne constate aucune affection organique du cœur.

De plus, ces rhumatismes se produisent à une époque favorable au développement du rhumatisme ordinaire.

Donc je ne me trouve pas suffisamment autorisé, d'après ces observations, à admettre que la blennorrhagie puisse donner naissance à du rhumatisme ordinaire.

6° J'arrive au rhumatisme secondaire génital, de M. Lorain. C'est une conception des plus justes; il y a là une synthèse engendrée par des observations de haute clinique.

Cette manière de voir éclairait la question.

Ici encore je ne puis accepter le mot *rhumatisme*, qui entraîne toute une question de doctrine; mais l'*état génital* reste et peut donner naissance à des manifestations rhumatoïdes.

La vraie blennorrhagie est une intoxication tout aussi bien que la syphilis; pourquoi donc cette incubation dans l'une comme dans l'autre? pourquoi ces localisations diverses dans l'une et dans l'autre?

Mais que de degrés dans cette maladie! Tantôt elle possède tous ses attributs, elle s'élève à la dernière puissance, et, cha-

que fois qu'elle se présente chez un individu, elle s'accompagne, soit d'arthrites, soit d'arthalgies, soit de myosalgies, soit d'iritis, etc.; d'autrefois à peine existe-t-il un léger malaise.

Certes la constitution du sujet y est pour beaucoup : est-ce un scrofuleux, un goutteux, un rhumatisant? il y aura autant de modifications spéciales; mais l'arthrite, dans ces cas, porte toujours son cachet blennorrhagique.

CONCLUSIONS

La blennorrhagie détermine plusieurs formes de manifestations rhumatoïdes :

1° La forme arthralgique avec des douleurs articulaires plus ou moins intenses, mais sans aucune lésion appréciable par un simple examen clinique;

2° La forme *mono-articulaire* ou *polyarticulaire,* avec arthrite tenace, avec des lésions organiques plus ou moins considérables;

3° La forme arthropathique avec ou sans érythème noueux, s'accompagnant, dans des proportions variées, d'arthralgies, d'arthrites, de ténalgies.

Enfin la blennorrhagie produit des douleurs à l'insertion des tendons; je propose de les désigner sous le nom de *ténalgies.*

Tous ces phénomènes blennorrhagiques sont *rhumatoïdes* et non *rhumatismaux.*

Un rhumatisme ordinaire peut coexister avec une blennorrhagie, et alors :

1° Ou bien le rhumatisme, qui n'a rien à voir avec la blennorrhagie, suivra son cours normal ;

2° Ou bien il sera modifié : c'est le cas de ces rhumatismes mixtes qui finissent par se localiser sur une seule jointure.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 juin 1875 (1). — Présidence de M. GALLARD.

M. PETER. Il est certain que les bains tièdes sont d'un très-bon effet dans les suites de couches, mais il faut qu'ils soient bien donnés, autrement ils provoquent des accidents immédiats. Il faut que la malade soit prise dans son lit et déposée dans la baignoire sans, pour ainsi dire, changer de position. Mais, si elle se lève elle-même, enjambe la baignoire pour entrer et pour sortir, les accidents sont à craindre. J'ai été appelé en pareil cas, et toujours l'entourage faisait remarquer que le mal s'était produit précisément après le bain. *Inde iræ.*

M. ANT. MARTIN. Je ne sais pas si l'on peut affirmer que les bains n'entraînent pas un certain degré d'affaiblissement. Pour ce qui est du retour des lochies vers le dix ou douzième jour, on peut souvent l'attribuer aux premiers mouvements que fait la femme qui se lève vers cette époque. Le seigle, en effet, ne réussit pas, mais il est à remarquer que plus on est loin de l'accouchement, moins il réussit; l'ipéca, au contraire, m'a donné de bons résultats. Pour répondre à M. Géry, je ferai remarquer que la dame qui fait le sujet de son observation a pris des bains de mer à quatre mois de grossesse; mais peut-on les prendre auparavant? Les femmes de pêcheurs le peuvent par le fait de grande habitude. Mais cette habitude n'a pu être acquise par les femmes du monde, qui vont à la mer pendant un mois par an tout au plus. L'observation de M. Peter est très-fondée, et il est bien sûr que les bains peuvent devenir nuisibles si l'on sait mal s'en servir; mais ce n'est pas une contre-indication.

M. FORGET. Je puis citer à la Société le double fait de deux jeunes femmes mariées l'une depuis trois mois, l'autre depuis sept semaines, et qui prirent toutes deux des bains de mer. Quoique chez l'une d'elles les règles eussent manqué une fois, elles ne se croyaient enceintes ni l'une ni l'autre. A leur retour des bains de mer, elles firent chacune une fausse couche, et celle chez laquelle les règles avaient manqué eut une hémorrhagie d'une violence inquiétante. Ceci vient à l'appui de la contre-indication des bains de mer dans les premiers mois de la grossesse.

LECTURE

M. FORGET lit l'observation suivante :

Plaie de l'anus et du rectum produite par l'introduction violente d'une tige en bois dans l'intestin. (Voir le numéro du 19 août.)

DISCUSSION

M. GALLARD demande à M. Forget s'il a pu observer exactement jusqu'à quelle profondeur avait pénétré le fragment de l'échasse.

M. FORGET. Jusqu'à 5 ou 6 centimètres environ.

M. GILLETTE demande si la lésion portait sur la partie postérieure.

M. FORGET. Le coup avait porté sur la partie latérale.

M. GILLETTE C'est ce qui explique l'absence de lésion uréthrale. Une observation d'empalement a été publiée dernièrement dans « *the Lancet.* » Il s'agissait d'une enfant que son grand-père, assis et tenant sa canne entre ses jambes, faisait sauter dans ses bras. L'enfant retomba sur l'extrémité de la canne, qui s'enfonça dans le rectum. L'enfant mourut de péritonite suraiguë, et à l'autopsie on trouva que la canne avait pénétré jusqu'au cul-de-sac péritonéal, où l'on constata une perforation.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Dr GILLEBERT-DHERCOURT fils.

Séance du 10 juillet. — Présidence de M. GILLEBERT-DHERCOURT PÈRE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

1° Deux numéros du *Progrès médical;* 2° une brochure de M. le docteur Gimbert (de Cannes) *sur l'influence des plantations d'eucalyptus dans les pays fiévreux et sur le traitement des accidents intermittents par ce végétal;* 3° une lettre de M. Bouloumié, qui remercie la Société de l'avoir élu membre titulaire.

M. DE BEAUVAIS soumet à la Société un cas de tératologie (fesses et deux membres inférieurs surajoutés à la région pubio-génitale), et présente la petite fille de huit ans qui en fait le sujet, en posant à ses collègues la question de savoir si l'on doit songer à une séparation de la partie qu'il considère comme parasitaire.

DISCUSSION

M. GILLETTE. Je crois plutôt ici à un monstre parasitaire qu'à un cas de phocomélie ou d'ectromélie proprement dite. Il y a eu probablement comme résultat adjonction d'un germe à un autre, car il existe une fusion entre les organes génitaux et entre les bassins, dont on peut sentir un rudiment un peu mobile sur la partie parasitaire.

M. POLAILLON. Le monstre présenté est fort curieux; je l'avais déjà vu, d'ailleurs, à la Maternité il y a deux ans. Quel est ce mode de monstruosité? On ne sait. Certains auteurs prétendent qu'il n'y a pas là deux fœtus soudés, et qu'il s'agit toujours dans ce cas de l'exagération d'un germe.

A propos de Millie-Christine, M. Broca a avancé que c'était un seul individu, parce que les sensations communiquaient de l'un à l'autre, et qu'un seul ovule avait formé cet ensemble, grâce à un excès de développement. On peut appliquer, ici, la même interprétation. En effet, les sensations excitées sur la partie anormale sont perçues par l'enfant, et, s'il y avait deux individus, cette communication n'existerait pas. On a bien admis que les doigts surnuméraires étaient le résultat d'un excès de formation; pourquoi ne pas admet-

(1) Fin. — Voir le numéro du 21 août.

tre la même cause pour des membres, lorsque les sensations sont perçues par l'individu?

Cet appendice n'est pas doué de mouvements, donc il n'a pas de véritables muscles; s'il y en a eu, ils ont pu subir la dégénérescence graisseuse. La question d'ailleurs peut être élucidée par l'application de l'électricité. En somme, ce n'est pas là un cas de phocomélie, et, pour ce qui est de deux êtres, on doit rester sur la réserve, puisque l'opinion qui représente ces difformités comme résultant d'une exagération de formation étend son dire depuis les doigts supplémentaires jusqu'au cas de Millie-Christine.

En ce qui touche l'intervention chirurgicale, il faudrait savoir d'abord si les intéressés acceptent cette idée. S'il en est ainsi, je crois que l'on peut songer à la séparation, malgré la réunion qui existe entre le pubis et le bassin rudimentaire. En attaquant le pédicule par les caustiques, on éviterait les accidents, admettant même que l'on trouve une communication avec la cavité péritonéale.

M. GILLETTE. M. Polaillon vient d'admettre qu'un seul germe pouvait former deux individus incomplets; mais l'hypothèse inverse est admissible aussi. En supposant qu'il y ait eu greffe de deux êtres, la sensibilité peut aussi se transmettre de l'un à l'autre, absolument comme la circulation. Je crois également que l'opération est faisable; mais le simple fait de l'ablation d'une aussi grosse masse, dont on ne connaît pas dans tous ses détails le point d'implantation, doit donner à réfléchir.

M. DE SAINT-GERMAIN. Il me semble qu'avant de rien décider il faudrait un examen plus approfondi, revoir l'enfant et n'agir qu'après s'être fait une idée bien nette de la situation. Quant à la nature du monstre, les deux opinions peuvent être exactes, quoique celle de M. Broca touchant Millie-Christine me semble un peu paradoxale. C'étaient bien là deux êtres; mais je serais tenté de croire qu'il en est de même ici, et que cette monstruosité est le résultat de deux germes. Lorsque l'on plonge la main dans le bassin en refoulant la paroi abdominale, et que l'on sent l'arcade pubienne, on peut remarquer qu'il existe à deux ou trois pouces plus bas, sur l'appendice, une mobilité en tous points semblable à celle d'une articulation coxo-fémorale.

Une opération serait certainement dangereuse, mais elle est à tenter, en se préoccupant toutefois des inconvénients d'une séparation trop rapide. Il serait possible d'essayer une compression du genre de celle d'Esmarch et tendant à atrophier l'appendice, et, ce résultat obtenu, opérer la section au moyen des caustiques. Pour ceux-ci, il serait avantageux de les choisir rapides, car autrement on s'exposerait à ce dont j'ai été témoin à l'hôpital Lariboisière. On avait fait une tentative d'amputation de cuisse par le caustique de Vienne; après trois ou quatre applications, le malade refusa de continuer et resta plusieurs années à l'hôpital, ne voulant ni sortir ni subir de nouvelles cautérisations. Ce fait pourrait se reproduire dans le cas présent, c'est pourquoi le galvano-cautère me semblerait préférable aux autres caustiques.

M. BLONDEAU demande à ceux de ses collègues qui ont examiné l'enfant comment ils comprennent la communication nerveuse et circulatoire. Est-elle profonde ou superficielle?

M. GILLETTE. Nous avons constaté à la partie interne de la cuisse gauche de la masse supplémentaire une artère assez volumineuse que je n'ai pas pu suivre plus profondément, mais il est probable qu'elle communique avec la crurale du sujet. Quant aux nerfs de la partie parasitaire, ils émanent des troncs qui appartiennent au corps proprement dit.

(A suivre.)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

237. Langlais. De l'alimentation par les narines.
238. Moret. Des manifestations syphilitiques chez la femme enceinte et les nouvelles accouchées.
239. Bollard. Études sur les contusions et les plaies contuses de l'urèthre.
240. Rabot. Contribution à l'étude des lésions syphilitiques des artères cérébrales.
241. Nesty. Étude sur les fistules salivaires de la parotide et du canal de Sténon.
242. Blanluet. De la luxation des tendons des muscles péroniers latéraux.
243. Duriez. Du glaucome chez les jeunes sujets.
244. Blanchet. Quelques considérations sur la pathogénie et l'étiologie de la fièvre typhoïde.
245. Duany y Soler. Étude historique et critique des serre-nœuds artériels.
246. Loiseau. Étude sur l'urémie dyspnéique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Le concours pour deux places de chef de clinique s'est terminé par la nomination de MM. Renaut et Deboux. MM. Lacombe et Homolle ont été nommés chefs de clinique adjoints.

— Les examens du protectorat viennent d'être terminés par la nomination de MM. Bouilly et Campenon.

— Une commission spéciale va être nommée par l'Académie de médecine pour rédiger un programme de concours devant s'ouvrir, au plus tard, vers la fin de l'année prochaine.

Il s'agit d'une rente de 4,500 francs, léguée à l'Académie de médecine par M. Gerdy, pour subvenir à l'entretien de deux jeunes médecins qui se consacreront, chaque année, sous la direction de l'Académie, à l'étude des eaux minérales, au point de vue de la thérapeutique et de l'analyse chimique.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Veyne, décédé, samedi dernier, à Bellevue.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 100. — JEUDI 26 AOUT 1875. 48e ANNÉE. JEUDI 26 AOUT 1875. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Piorry, dont on admire la verve toujours juvénile et qui a occupé la tribune pendant la plus grande partie de la séance, M. Piorry ne doit pas être isolé dans l'histoire des théories contemporaines. Les doctrines qu'il représente sont, à un état d'évolution moins avancé, celles-là même qui dominaient naguère encore en Allemagne. Après Broussais, et peut-être non moins que lui, c'est un précurseur de Virchow. Le morcellement de l'unité morbide et le morcellement de l'unité humaine n'ont pas été complétées d'un seul coup. Avant d'en venir, en définitive, à la doctrine cellulaire, avant de voir uniquement dans l'homme un ensemble d'atomes, vivant à part, bien portants ou malades dans leur imperceptible individualité, il a fallu passer par l'école de Broussais, où l'on tonnait contre l'*ontologie*, contre ces *êtres de raison qu'on appelle des maladies*; et par l'enseignement de Piorry, où l'on s'appliquait ingénieusement à briser tous liens entre les diverses manifestations d'un même mal, les *divers états organopathiques*. Une fois l'autonomie complète de chaque organe étant proclamée, il n'était pas plus difficile de proclamer également l'autonomie de chaque atome.

L'Allemagne ne pouvait manquer de revêtir d'une forme excessive, à grand tapage et à grand succès, l'idée broussaisienne de l'irritation, en la renouvelant par l'idée de Piorry, par cette sorte de dilacération de l'individu en parties, qui devaient se résoudre elles-mêmes en parcelles.

Il ne faut donc pas s'étonner si Piorry est cité souvent avec éloges dans l'école de Virchow. Virchow lui doit beaucoup. Il lui doit notamment la première pensée de sa propre nomenclature. Le mot de *nécrobiose* et bien d'autres, non moins barbares, avec lesquels il a fallu se familiariser parce qu'ils venaient de l'Allemagne, ont été construits sur le grec avec un mépris de toutes les règles philologiques, inspiré sans doute par l'exemple de M. Piorry. Somme toute, les termes inventés par ce dernier exprimaient encore mieux ce qu'ils voulaient dire. On n'y voyait pas accoler sans moyen terme l'idée de vie à celle de mort, pour exprimer la nature intime d'un processus. Mais il fallait de tels excès, de telles audaces pour réussir au-delà du Rhin. On n'y a jamais eu les scrupules, le sentiment de la mesure, des proportions, l'instinct du vrai, cette sorte de conscience intellectuelle et scientifique, que ne perd pas entièrement l'esprit français dans ses plus grands écarts. Rien n'est donc au fond plus facile que de germaniser une théorie française : il faut l'insuffler, la gonfler, l'exagérer aux dernières limites, puis lui donner des contours grossiers, un aspect lourd, un air brutal et provocateur.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Peter.

De la rupture des valvules du cœur.

Vous avez presque tous observé une jeune femme actuellement couchée au n° 5 de la salle Sainte-Adélaïde, et qui primitivement avait fait un assez long séjour au n° 7 de la salle Sainte-Marguerite, où, arrivée au neuvième mois de sa grossesse, elle était entrée pour accoucher. Après sa délivrance, elle avait présenté des symptômes très-graves de métropéritonite, contre laquelle j'employai les ventouses scarifiées et les vésicatoires.

Elle guérit, et elle était convalescente de cette grave maladie, quand l'un de vous fut frappé d'un symptôme qui avait passé inaperçu au milieu des phénomènes puerpéraux et qu'il interpréta d'une façon erronée. A l'union des tiers supérieur et moyen du sternum, on percevait, en effet, comme un frottement très-intense, appréciable à la main, un phénomène vibratoire de va-et-vient, qu'un élève de service attribua à l'existence de fausses membranes tapissant les feuillets du péricarde. Ce symptôme, perceptible à la main, l'oreille le constatait également, c'est-à-dire qu'il était transmis sous forme d'onde sonore éclatante.

Quelle en était la cause? Avait-on affaire, comme votre camarade l'avait cru, à une affection du péricarde, c'est-à-dire à une péricardite sèche? Non, car il était facile, à l'aide d'une investigation plus rigoureuse, de constater que ce bruit était non pas extra-cardiaque, mais intra-cardiaque, autrement dit, que ce bruit de souffle à double courant se manifestait aux deux temps de la révolution du cœur, à la systole et à la diastole. Le premier bruit avait lieu à l'orifice de l'aorte et au premier temps; le deuxième bruit se manifestait au second temps, un peu au-dessous du précédent, c'est-à-dire vers le quatrième espace intercostal gauche, sous le sternum, où il avait son maximum d'intensité.

A quoi était dû le premier souffle? C'est ce que nous allons essayer de déterminer. Il se manifestait, comme nous l'avons vu, à l'orifice aortique, et, par le fait de l'ondée sanguine, se transmettait le long de l'aorte et des gros vaisseaux. Par con-

séquent il se produisait dans le canal artériel et non en dehors de lui; de l'orifice aortique, il se propageait à tout le système artériel qui émane de l'aorte. Ainsi, frémissement vibratoire et souffle intense au premier bruit du cœur, à la base, et souffle au second temps et au même lieu.

Ces points établis, voyons quels étaient les antécédents de notre malade.

Cette jeune femme était grosse de six mois et demi quand elle fit une chute dans son escalier, et descendit ainsi, rudement, un grand nombre de marches. Pour se retenir elle avait fait un effort assez violent, à la suite duquel elle fut prise de battements de cœur des plus pénibles. Au moment où elle avait fait cet effort énergique pour se rattacher à la rampe, elle avait ressenti une douleur très-vive, immédiate, brusque, dans la région cardiaque, sous le sternum; de l'angoisse, de l'anxiété, un certain sentiment de suffocation, tous signes que l'on pouvait également rattacher à toute autre cause que la vraie, étaient venus se joindre aux palpitations. Indépendamment des palpitations, qui étaient telles qu'elles empêchaient le sommeil, la jeune femme remarqua (fait des plus significatifs) que « ça lui battait dans le cou. »

En résumé, voilà une jeune femme qui tombe, qui fait un effort énergique pour se retenir ; qui, immédiatement après, est prise d'une douleur très-vive dans la région du cœur, et qui, à partir de ce moment, éprouve tous les symptômes de l'insuffisance aortique ordinaire, plus un, c'est-à-dire qu'elle remarque que ses artères sont le siége d'une pulsation tellement exagérée qu'elle a conscience de leurs battements, extrêmement intense surtout au cou, où vous savez que le bondissement, la danse des artères cervicales, est pathognomonique d'une insuffisance aortique ou du défaut de tension artérielle que provoque la destruction d'une ou de plusieurs valvules sigmoïdes. Nous avons donc là toute une série de symptômes que l'on doit rattacher uniquement à une insuffisance aortique, insuffisance qui ne peut être due, dans l'espèce, qu'à une rupture valvulaire.

Cette lésion n'est pas absolument rare. J'étais interne à la Charité quand j'eus occasion d'observer le fait d'un charretier qui, nouveau Diomède, avait failli être dévoré par son propre cheval. Au moment où il luttait et cherchait à se dérober à l'animal qui l'avait saisi par la nuque, il avait tout à coup ressenti une douleur extrêmement vive dans la région cardiaque, et, à partir de ce moment, il avait été pris de palpitations désordonnées et d'accès d'oppression. Depuis il n'avait jamais retrouvé ni la régularité de son cœur, ni celle de sa respiration.

Chez lui, à l'auscultation et à la palpation, les mêmes signes se produisaient que chez la malade dont je viens de vous raconter l'histoire, c'est-à-dire un double bruit de souffle, au premier et au second temps du cœur, au niveau de l'origine de l'aorte. En rattachant entre eux tous les fils du récit de cet homme, je n'hésitai pas à diagnostiquer une rupture des valvules sigmoïdes, et, malgré les doutes railleurs de mes camarades, je persistai dans mon diagnostic.

Faisant des recherches à ce sujet, je trouvai dans Corvisart deux faits de rupture des valvules mitrales, ou plutôt, pour mieux dire, d'un de leurs muscles tenseurs. Dans le premier, Corvisart raconte qu'un courrier âgé de trente ans, sous l'influence de la fatigue, après une longue course à cheval, fut pris d'une douleur excessive dans la région du cœur, à la suite de laquelle il présenta tous les signes des affections cardiaques. Aussi Corvisart avait-il diagnostiqué une lésion aiguë du cœur, et probablement quelque rupture. On ne connaissait pas encore l'auscultation. A l'autopsie, il trouva rompu le pilier qui tend la lame antérieure de la valvule mitrale, et un petit foyer purulent au niveau du point d'implantation du muscle sur la paroi ventriculaire.

Le second fait est relatif à un homme qui, en descendant dans une cave une pièce de vin, faillit être écrasé par celle-ci. A la suite de l'effort qu'il fit pour éviter le choc, il éprouva une douleur subite, des battements de cœur, de la dyspnée, et finalement succomba aux phénomènes consécutifs des affections chroniques du cœur. L'autopsie démontra la rupture d'un des muscles papillaires de l'organe.

Mon diagnostic d'interne n'était donc pas absolument dépourvu de précédents.

Enfin, tout récemment, un médecin anglais, le docteur Burney Yeo, a fait une leçon sur la rupture des valvules sigmoïdes de l'aorte. Il a trouvé, à l'appui de son enseignement, un certain nombre de faits non pas seulement induits cliniquement, mais démontrés anatomiquement, c'est-à-dire par des autopsies.

Chose remarquable, le premier malade de Burney Yeo avait, comme notre femme, fait une chute dans un escalier; depuis, il éprouvait tous les symptômes que vous connaissez, palpitations, dyspnées, etc. Mais l'unique raison pour laquelle il entrait à l'hôpital était la façon exagérée avec laquelle chantaient ses artères, dont les pulsations s'entendaient à un mètre de distance et empêchaient le sommeil du patient. Tandis qu'un de ses collègues croyait que ce bruit se produisait dans l'appareil respiratoire, Burney Yeo constata un souffle très-intense au premier temps du cœur, couvrant le second, et dû à la rupture d'une valvule sigmoïde, souffle qui, en se propageant dans les vaisseaux en même temps que les bondissements du cœur, était la cause de ce bruit intense dont se plaignait le malade.

Ainsi le premier signe de cette lésion, c'est une douleur vive, succédant immédiatement à un effort violent.

Un autre cas de rupture des valvules sigmoïdes, également signalé par Burney Yeo, est celui d'un homme qui faisait effort pour soulever un fardeau très-lourd.

J'appelle un instant votre attention sur ce détail étiologique, car il ne permet pas d'invoquer, dans le mécanisme pathogénique, les contusions, les meurtrissures possibles de l'artère dans le fait de la chute sur la poitrine.

Aussitôt après l'effort, douleur très-vive, à laquelle succédèrent les palpitations, le bondissement artériel, la dyspnée, l'angoisse, etc. Entré à l'hôpital, cet individu en sortait quelques jours plus tard dans un état d'amélioration.

Tels sont les deux faits observés par Burney Yeo, et à l'aide desquels il fit une leçon, dont celle-ci n'est qu'un écho affaibli; mais il a trouvé dans la science d'autres faits de rupture des valvules sigmoïdes, présentant tous les phénomènes caractéristiques de l'insuffisance aortique, c'est-à-dire alors qu'il y a rupture du plancher sigmoïdien.

Maintenant qu'est établie l'existence de la rupture des valvules sigmoïdes, constatée par l'autopsie, voyons quel est le mécanisme de cette rupture, à quoi sont dus les symptômes ultérieurs par lesquels elle se manifeste, et enfin quel en est le pronostic.

Pour expliquer le mécanisme de la rupture, on peut faire intervenir l'effort et même le traumatisme. C'est ce qu'a fait Burney Yeo. Or, dans le second cas qu'il rapporte, le traumatisme ne saurait être invoqué comme cause de la rupture, mais seulement l'effort. Il en est de même pour des observations analogues empruntées par lui aux auteurs, par exemple, pour le cas d'une lésion de cette nature chez un groom, après

des courses prolongées; chez un forgeron, qui frappait le fer de son lourd marteau, etc. Aussi n'insisterai-je pas plus longtemps sur ce point; il est évident qu'il est des cas dans lesquels l'effort seul détermine la rupture d'une ou plusieurs valvules sigmoïdes, et, par suite, tous les phénomènes de l'insuffisance aortique.

Mais, outre l'effort, Burney Yeo invoque le traumatisme. Une chute, par exemple, contusionne la poitrine, et, si le choc a lieu au moment où il y a une très-grande tension artérielle, le sang est refoulé sur le plancher formé par les valvules sigmoïdes, qui se rompent si la pression est considérable. On peut admettre que les choses se passent ainsi dans certains cas, mais j'aime mieux admettre seulement le mécanisme de l'effort.

Celui-ci, en effet, n'est autre qu'un mouvement d'expiration énergique entravé par l'occlusion de la glotte, c'est-à-dire que l'individu qui fait un effort contracte les muscles de la glotte au moment de l'expiration, et qu'alors le thorax est immobilisé et solidifié de façon à fournir aux muscles qui s'y insèrent une base d'insertion immobile et solide. Mais de l'expiration ainsi prolongée, il résulte une gêne de la circulation pulmonaire telle que bientôt les jugulaires se gonflent, et que les veines de la face deviennent tellement turgescentes que celle-ci prend une coloration violette. Il se fait donc, dans le système de la petite circulation, et par contre-coup dans celui de la grande, une entrave à la circulation veineuse, et il est évident qu'une telle gêne se poursuivant dans les capillaires du système aortique augmente la tension du sang dans l'aorte. Celle-ci, dès lors, ne peut plus se vider, et, si l'augmentation de tension continue dans l'artère, il faut que le plancher sigmoïdien résiste solidement pour ne pas se rompre sous la pression. C'est, en effet, sous l'influence d'un effort désespéré, ou d'une autre cause dont je vous entretiendrai plus tard, que cette lésion se produit.

Ainsi l'*effort*, seul, suffirait pour les raisons toutes physiques que je viens d'énumérer.

Mais à celui-ci peuvent se joindre des causes adjuvantes. Ce serait, par exemple, comme chez notre femme, l'*état de grossesse*, c'est-à-dire, comme je crois l'avoir démontré dans de précédentes leçons, une *augmentation de la masse du sang* en circulation. Si une chute a lieu dans ces conditions, et si l'individu fait un effort, il se produit sur le plancher des valvules sigmoïdes une tension d'autant plus considérable, que la masse du sang est elle-même augmentée davantage, c'est-à-dire proportionnellement à la date avancée de la grossesse, et notre malade était à la fin du septième mois de la sienne.

Si, à ces raisons, il se joint une cause prédisposante, la *scrofule*, par exemple, c'est-à-dire la mauvaise qualité de l'organisme et des tissus qui le constituent, le tissu se déchirera d'autant plus facilement qu'il sera moins solide. Il en est de même de l'*alcoolisme*. Les deux malades de Corvisart étaient des hommes du peuple, un courrier, un tonnelier, c'est-à-dire des buveurs ayant les lésions de l'alcoolisme.

Si nous pénétrons plus avant dans les détails, nous trouvons qu'un certain nombre des malades de Burney Yeo sont des matelots, des cuisinières, des charretiers, etc., c'est-à-dire des individus qui ne font habituellement pas partie des sociétés de tempérance.

Ainsi le mécanisme des ruptures valvulaires, c'est celui de l'effort violent ou désespéré : la cause prédisposante peut être et doit être, dans un grand nombre de cas, la mauvaise qualité des valvules sigmoïdes.

Maintenant, comment peut se produire le double bruit de souffle observé dans ces cas, au premier et au second temps, à la base du cœur? Pour tous les auteurs, celui-ci est pathognomonique de l'insuffisance aortique; quant au premier bruit, des discussions nombreuses ont été soulevées touchant son mode de production. L'opinion la plus générale est qu'il serait dû au rétrécissement de l'orifice aortique. Mais, si cette donnée est vraie dans un certain nombre de cas, elle est fausse dans un tout aussi grand nombre. Cela tient à ce que, dans les cas de cette nature, le premier bruit n'est pas dû au rétrécissement, mais bien à la présence d'obstacles sur le trajet du sang. Si, par exemple, il y a un ratatinement des valvules sigmoïdes, il en résulte que, devenues rigides, elles ne peuvent plus dès lors s'appliquer contre la paroi du vaisseau, et forment une saillie sur laquelle vient se briser l'ondée sanguine en bouillonnant. Le bruit ainsi produit est donc dû non pas à l'étranglement de l'orifice au niveau de l'origine de l'aorte, mais à ce fait que les molécules sanguines rencontrent un obstacle à leur cheminement régulier.

De sorte que, prenant comme type et comme moyens d'explication les faits que je viens de vous rapporter, l'analyse m'autorise à croire que, dans les cas de rupture des valvules sigmoïdes, le bruit se produit par la mise en vibration, d'une part, des lambeaux valvulaires détachés de la paroi aortique et secoués par le sang, et, d'autre part, par la collision de ce liquide contre ces mêmes lambeaux flottants; d'où, à l'auscultation, un bruit de souffle; à la palpation, un frémissement vibratoire, ayant leur maximum d'intensité l'un et l'autre à la partie interne du deuxième espace intercostal droit, c'est-à-dire au voisinage du point d'insertion des valvules sigmoïdes sur l'aorte.

Quant au bruit de souffle du second temps, il est dû à la rétrogression du sang de l'aorte dans le ventricule. Tandis que le précédent se propage le long de l'aorte, celui-ci se perçoit au niveau de la quatrième articulation chondro-sternale gauche, sous le sternum, c'est-à-dire dans le sens du mouvement rétrograde. Par conséquent, tout s'explique à l'aide de l'examen clinique, par des faits empruntés aux auteurs et à l'investigation anatomique. Ainsi donc, en général, cette insuffisance aortique diffère de l'insuffisance aortique ordinaire par le mode de production, qui est subite, et par la douleur qui l'accompagne, immédiate et très-vive; ultérieurement, l'insuffisance se traduit par de l'anxiété et de la dyspnée, des palpitations, etc.

Un autre point qui la différencie encore de l'insuffisance ordinaire, c'est sa marche. Les individus succombent dans un espace de temps assez rapide; mais il est évident que la gravité de l'insuffisance est subordonnée à l'étendue de la lésion. Parmi les faits rapportés par Burney Yeo, la durée de la maladie a été tantôt de vingt et un jours, tantôt de trois mois et demi, ailleurs de deux ans, vingt-sept mois, trois ans et demi, cinq ans et cinq mois. D'autres, au contraire, ne s'en portent pas beaucoup plus mal.

Le charretier dont je vous ai rapporté l'observation est sorti soulagé de l'hôpital, au bout de quelques semaines, sans présenter aucun des troubles généraux propres aux affections du cœur, mais seulement de la douleur dans la région rétro-sternale, de l'oppression. Il en fut ainsi des deux malades propres à Burney Yeo.

A priori, le pronostic est moins grave que dans l'insuffisance ordinaire. Cette lésion n'a pas de tendance à s'aggraver comme les lésions spontanées, par le fait du rhumatisme, de la goutte ou de l'alcoolisme. On peut donc espérer ici, sinon la cicatrisation, du moins le *statu quo* de la lésion.

Chez notre malade, les troubles ont diminué d'intensité. Cette femme, dont le bondissement des artères était tel qu'elle ne pouvait dormir, n'a plus aujourd'hui que des pulsations un peu désordonnées, mais qui ne ressemblent nullement à celles qu'elle éprouvait au début de l'insuffisance. Le tracé sphygmographique diffère, du reste, notablement de celui qu'il présentait alors que la lésion et les troubles fonctionnels étaient plus graves. Au moment de la lésion, nous avions, en effet, l'ascension verticale et le crochet type de l'insuffisance aortique; le diagnostic, par conséquent, n'était pas douteux.

Au bout de quinze jours, alors que le malade jouissait du bénéfice du repos au lit, la ligne d'ascension commençait à devenir plus oblique, et le crochet moins aigu. Nous avions, par conséquent, une insuffisance aortique en voie d'amélioration. De sorte que le pronostic est loin d'être aussi grave pour tous, et est proportionnel à l'étendue de la déchirure et de l'hiatus corrélatif.

FIÈVRE INTERMITTENTE

AMENANT UN ENGORGEMENT DU FOIE

Par M. le docteur Fisseux (de Cornus).

Il n'est peut-être pas très-rare de voir la fièvre intermittente simple amener l'engorgement du foie, mais c'est la première fois que je suis témoin de ce phénomène; et, à cause de l'erreur de diagnostic qui en a été la suite, je vous demande la permission de soumettre à vos lecteurs l'observation suivante :

M. Tr..., entrepreneur de travaux sur les voies ferrées, est âgé de trente-sept ans; il est d'excellente constitution et d'un tempérament lymphatico-sanguin. Il y a une quinzaine d'années, il fut atteint d'nue fièvre intermittente, qu'il garda près d'un mois. M. Tr... se livre à de copieuses libations : il avait passé la plus grande partie de l'été 1874 dans un village de l'Hérault (Villeveyrac) où la température est très-élevée; ses occupations l'avaient presque forcé à consommer de grandes quantités de boissons alcooliques de toute nature. Vers la fin d'août, retiré à Lunas (Hérault), il vit sa robuste santé s'affaiblir peu à peu; l'appétit se perdait. Un praticien d'un mérite éprouvé prescrit un purgatif. Le soir du jour où ce remède fut administré, M. Tr... éprouve un frisson violent, très-prolongé, suivi de chaleur et de sueur abondante. Le lendemain matin, le malade ressent une vive douleur à la région du foie; cette région devient proéminente. Chaque soir, à partir de ce moment, le frisson suivi de chaleur et de sueur se reproduit; la douleur est toujours plus intense à la région du foie pendant le redoublement, et chaque jour le volume du foie augmente. Pendant la journée, la douleur est supportable. Le même médecin reconnaît la fièvre intermittente et administre le sulfate de quinine. Je ne connais pas les doses prescrites. Les accès diminuent d'intensité ainsi que la douleur au foie; bientôt le malade se lève et commence à se promener. Mais presque aussitôt le malaise revient; l'accès du soir a repris toute son intensité; bientôt même un second accès se manifeste dans la matinée, chaque jour aussi; mais cet accès est léger. Le foie est devenu énorme et la douleur insupportable.

L'insuccès de la quinine et les symptômes nouveaux font alors penser au médecin traitant que la fièvre d'accès, au lieu d'être essentielle, est symptomatique d'une lésion du foie; il croit à une cirrhose. Il ordonne des sangsues à l'anus, à la région du foie, prescrit des purgatifs (aloès et calomel), permet l'usage des fruits (raisins et autres), défend l'usage du vin, etc. Le facies du malade avait pris une couleur jaunâtre; M. Tr... était devenu d'une maigreur squelettique; il ne pouvait qu'à peine se remuer dans son lit et souffrait beaucoup.

C'est dans ces circonstances que je fus mandé en consultation. Les raisons déduites par mon honoré confrère me frappèrent beaucoup; l'insuccès de l'antipériodique, la couleur du malade, les deux redoublements, un le soir (le plus violent), le second le matin, ébranlaient singulièrement la première idée qui s'était faite dans mon esprit, à savoir que tout était sous la dépendance d'une fièvre intermittente. Néanmoins, m'appuyant sur la succession des phénomènes, sur l'augmentation de la douleur et du volume du foie pendant les redoublements, je me retranchai dans mon opinion et considérai les changements produits dans le foie comme la conséquence de la fièvre intermittente; l'engorgement, au lieu de se produire sur la rate, s'était porté sur le foie.

J'expliquai l'insuccès de la quinine par la faiblesse des doses et peut-être par la cessation trop prompte du remède; la couleur de la peau, par l'anémie et par la longue persistance de la fièvre intermittente : il y avait alors deux mois et demi que M. Tr... était malade. Mon honorable confrère consentit à essayer le traitement antipériodique que je conseillai. Il me prévint seulement qu'il n'y attachait aucune confiance et qu'il considérait le malade comme voué à une mort certaine.

Nous supprimons les sangsues, les purgatifs, les raisins, etc. Je prescris un gramme vingt-cinq centigrammes de sulfate de quinine, chaque jour, en trois doses, et pendant une semaine. Après cela le malade doit prendre un électuaire préparé avec de la poudre de quinquina (trente grammes), poudre de valériane (huit grammes), sirop de pivoine q. s., le tout par cuillerées à café et en deux jours. Vin de Seguin.

Nourriture substantielle à proportion des forces digestives; vin de Bordeaux, une bouteille dans les vingt-quatre heures.

Dès le troisième jour de ce traitement, une véritable résurrection s'opéra chez le malade; les accès ne tardèrent pas à être enrayés complétement et l'engorgement et la douleur du foie diminuèrent d'autant. Un vésicatoire fut néanmoins appliqué sur la région. A mon second voyage, huit jours après le premier, j'eus la satisfaction de trouver mon malade levé; cinq jours après, M. Tr... déjeunait avec moi.

Trois semaines après l'institution du traitement, le malade était complétement guéri; la guérison ne s'est démentie aucunement.

DE L'HÉMATOME DE LA CUISSE

Par M. le docteur Pirotais.

Des quatre degrés de contusion établis par Dupuytren, le second, quoique bénin, présente souvent un ensemble particulier de symptômes cliniques. Chacun, en effet, connaît la disposition spéciale des collections hématiques sur les plans osseux résistants, simulant, à s'y méprendre, la fracture par enfoncement. Dans les départements musculaires, traversés par d'importants vaisseaux, se développent souvent des collections sanguines, vastes d'étendue, car elles peuvent fuser, et surtout difficiles de diagnostic. La crépitation classique de Bérard et Velpeau manque souvent, lorsqu'il y a ancienne induration; nous citons comme fait à l'appui le cas suivant :

M. X..., meunier, lymphatico-sanguin, cinquante-six ans, est très-affaibli. Depuis cent vingt jours il garde le lit pour un engorgement de toute la cuisse gauche, mais surtout dur, rouge et œdémateux à la partie interne. Il est même pierreux à l'anneau du troisième adducteur.

Il a été fait des ponctions exploratives multiples, mais infructueusement; donc incertitude de diagnostic.

Car, d'où provient cet engorgement si tenace, malgré le repos et les antiphlogistiques locaux? Serait-ce un phlegmon en voie de formation? Il y a, en effet, un peu de fièvre hectique, fréquence et faiblesse du pouls, inappétence et un peu de soif. Questionné, il répond qu'un cheval lui a marché sur la cuisse, qu'une grande tuméfaction en a été le résultat, qu'elle a passé par diverses phases et de diminution et d'augmentation, qu'enfin il y a plutôt progression que régression. En vertu de cet état, il est certes permis d'affirmer un kyste hématode. D'après Brunet, une membranule se forme pour limiter le kyste hématique; mais cette néomembrane elle-même peut devenir le siége d'hémorrhagies secondaires. Rappelons-nous

les hématomes de la dure-mère, si bien décrits par Charcot et Vulpian, Lancereaux, Schuberg et Wirchow. Que dit Foërster? Il se forme, nous relate-t-il, au niveau des caillots, des néomembranes très-riches en vaisseaux, qui s'épaississent, et souvent dans leur sein se développent de nouveaux foyers hémorrhagiques, tantôt petits, se révélant par un pointillé pigmentaire, et tantôt présentant la forme de gâteaux... plus épais au centre. Cet état hémorrhagique ne peut-il pas expliquer les alternatives d'augment et de diminution de notre hématome! mais, comme il y a un état fébrile, il peut y avoir purulence. Nous le pensions.

Nous pratiquâmes une ouverture de 12 centimètres en dehors de l'artère et suivant son trajet. Ces incisions ne sauraient être trop étendues. Nous pûmes enlever alors une collection de caillots sanguins de *diverses époques*, d'environ 400 à 500 grammes, mais de pus, pas de vestige. La densité des caillots expliquait l'insuffisance de la lancette. Le professeur Nélaton parle bien de petites incisions, mais il conseille aussi d'ouvrir largement, s'il y a purulence. Pour éviter la pyohémie, quatre injections par jour furent projetées dans le foyer, émollientes et détersives; et notre malade, après quinze jours de traitement, vit ses forces renaître et sa cuisse se dégorger; mais la dureté des parois était telle, que la suppuration a longtemps persisté.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 août 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Pidoux, inspecteur des Eaux-Bonnes, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1873 (commission des eaux minérales);

2° Le compte rendu des épidémies observées dans le département du Var pendant l'année 1874 (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Rougier, intitulé : *De la vaccine animale à Marseille*;

2° Une note sur le *charbon de l'homme ou pustule maligne*, par M. le docteur Declat;

3° Une lettre de M. le docteur Stanski, relative à la discussion sur le choléra;

4° Une lettre de M. le docteur Marchal, médecin-major en retraite, sur le traitement du choléra épidémique par les bains de vapeur;

5° Une lettre de M. le docteur Bucquoy, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de patholcgie médicale.

M. Alphonse Guérin, à propos de la présentation faite dans la dernière séance, par M. Bouley, de l'ouvrage de M. le docteur Burggræve (de Gand) sur les *Pansements ouatés*, dit qu'il a recherché avec soin si une part d'invention pouvait revenir à ce médecin.

Il pense que M. Burggræve, qui se donne comme l'inventeur de cette méthode, n'a aucun droit à la priorité. Jamais le médecin de Gand n'a pensé à se servir de l'ouate pour filtrer l'eau. Il a eu pour unique idée, en se servant de cette substance, de constituer pour les membres des moules, destinés à protéger les tissus contre la pression des boucles et des attelles, à favoriser l'immobilisation des articulations malades, ou, en cas de fracture, celle des fragments osseux.

M. Alphonse Guérin rappelle ensuite les principes sur lesquels repose la méthode, et qui ne sont que les conséquences des magnifiques découvertes de M. Pasteur sur les ferments et la fermentation. C'est donc dans l'application de la découverte de M. Pasteur au traitement des plaies en général et des plaies d'amputation en particulier, que réside tout le mérite de la méthode du pansement ouaté.

M. Bouley déclare qu'il regrette infiniment d'avoir accepté le parrainage du livre de M. le docteur Burggræve, surtout depuis qu'il a vu certaine dédicace de l'ouvrage intitulé : *Monument à Jenner*, où l'auteur de la *dosimétrie* ne craint pas de placer cette prétendue découverte au-dessus de celle de l'immortel auteur de la vaccination.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la quatrième section des correspondants nationaux.

La commission propose : en première ligne, M. Jacquemin (de Nancy; en deuxième ligne, M. Loir (de Lyon); en troisième ligne, M. Malapert (de Poitiers).

Le nombre des votants étant de 27, dont la majorité est 14. M. Jacquemin obtient 25 suffrages, M. Malapert 2; en conséquence M. Jacquemin est proclamé membre correspondant.

COMMUNICATION

M. Piorry lit un mémoire intitulé : *Diagnose et thérapisme de l'asphyxie par l'écume bronchique ou angiairaphrosie.*

L'angiairaphrosie ou asphyxie par l'écume bronchique n'est le plus souvent qu'un épiphénomène d'une multitude de lésions, mais il constitue par lui-même un état organopathique spécial. Cette maladie se diagnostique par l'auscultation à distance, qui consiste à approcher l'oreille de la bouche et de la narine du malade, afin de constater si dans l'angiaire il ne se manifeste pas un ronchus plus ou moins profond. On emploie aussi, pour la diagnose, l'auscultation médiate et le plessimétrisme, qui permettent de constater, soit par les diverses qualités des bruits perçus par l'auscultation, soit par les différences de sonorité de la poitrine, l'existence de mucosités, plus ou moins épaisses ou visqueuses, obstruant les bronches.

A mesure que les mucosités s'accumulent, la coloration des traits du malade s'altère de plus en plus; elle devient surtout plus foncée aux lèvres; plus tard les forces diminuent; le pouls, faible, devient irrégulier, le refroidissement survient, et l'*hypoxémie*, de plus en marquée, se déclare; l'expectoration est de plus en plus difficile, et il arrive enfin, plus ou moins promptement, que l'*anoxémie* a lieu et termine l'existence du malade.

Le thérapisme consiste avant tout à chercher à remédier aux états organopathiques qui ont amené la complication dont il s'agit; ensuite, pour traiter cette complication elle-même, il convient de recommander au malade de faire de très-grandes inspirations, suivies immédiatement d'une toux rendue plus énergique et dirigée de manière à provoquer l'expectoration; l'abaissement de la tête, penchée sur la poitrine, favorise singulièrement la sortie des crachats. C'est surtout lorsque le malade sent que les crachats provoquent le besoin de les rendre et qu'il réussit mal à les rejeter au dehors qu'il convient d'agir ainsi, pour obtenir la sortie de ces liquides. Le médecin doit imposer son autorité lorsque les forces et la volonté des malades sont défaillantes, et il parvient ainsi quelquefois à reculer de plusieurs jours la terminaison funeste.

Pour prévenir l'accumulation des liquides dans une partie des voies de l'air, il est urgent de faire coucher le malade sur le côté opposé de la poitrine; si les crachats sont très-visqueux et très-épais ou desséchés, il fait faire des inhalations de vapeurs aqueuses ou faire fumer des cigarettes de *datura stramonium*, ou autre narcotique; lorsque les crachats sont très-liquides, rien n'est plus utile que de faire respirer un air sec et chaud.

Dans les premiers temps les émétiques et les purgatifs peuvent être employés avec avantage, en vidant le tube digestif des matières gazeuses, liquides ou solides qu'il contient.

Il faut aussi recourir aux inhalations de gaz oxygène, à la titillation du pharynx et du haut de l'œsophage, ou même à l'introduction d'une sonde dans ce conduit; restent enfin les moyens demi-chirurgicaux dans les cas extrêmes : aspiration des liquides à l'aide d'une pompe introduite dans la trachée, trachéotomie, etc. On emploie ces moyens à l'imitation des vétérinaires qui combattent chirurgicalement par la ponction abdominale le météorisme chez les animaux, ce que la médecine humaine ne peut guère se permettre dans des cas analogues.

DISCUSSION

M. Bouley dit que la ponction abdominale peut parfaitement être employée chez l'homme dans les cas de météorisme. Il ne voit

pas pourquoi on n'essayerait pas ainsi de sauver la vie à des malades qui asphyxient, et pourquoi on ne ferait pas bénéficier la médecine humaine des avantages que la médecine vétérinaire retire tous les jours de cette opération.

M. HARDY fait observer qu'il existe une différence entre le météorisme essentiel des animaux et le météorisme chez l'homme. Ce dernier est le plus souvent consécutif à un arrêt des matières fécales, invagination, nœud de l'intestin, etc. La ponction ne réussit que dans les cas de météorisme essentiel; elle échoue fatalement lorsque la cause est une occlusion intestinale.

M. BOULEY répond que la ponction, même dans le cas de météorisme dû à l'occlusion, permet de gagner du temps et de remplir les autres indications.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

NÉCROLOGIE

Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Beaugrand, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine, savant consciencieux et modeste, d'une érudition très-étendue, d'un attachement scrupuleux au devoir sous toutes ses formes. Plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe. Nous en reproduisons deux, qui peuvent donner une idée de cette vie si bien remplie : celui de M. le docteur Dechambre, qui montre l'homme de travail, et celui de M. le docteur Labarraque père, qui dépeint l'homme de dévouement.

DISCOURS DE M. DECHAMBRE.

Messieurs,

C'est au nom des nombreux amis de Beaugrand et au nom des collaborateurs du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, que je viens dire un dernier et bien pénible adieu à notre éminent confrère. D'autres raconteront sa vie, et je ne puis rien souhaiter de mieux à sa mémoire que de rencontrer des biographes tels que lui, animés du même esprit de justice, du même amour de la vérité, du même courage, de toutes ces vertus enfin qui savent dominer l'opinion et rendre à la modestie méritante les hommages qu'usurpent quelquefois le savoir-faire et la vanité. Mais le sentiment que nous éprouvons tous en ce moment et en ce lieu a peu de souci des particularités biographiques; nous songeons moins au jour qui a vu naître Beaugrand qu'à celui qui l'a vu mourir, moins à sa ville natale qu'à cette demeure où il va disparaître; et la date des services qu'il a rendus à la science nous importe moins que ces services mêmes.

Je parle de justice, messieurs. C'est le rare honneur de Beaugrand que celle qui, plus ou moins tardivement, rabaisse bien des noms, doive infailliblement relever le sien. Et j'ose ajouter que la justice sera impuissante à faire pour lui autant qu'il mérite, parce qu'elle ne peut bien protéger que ce qui ne meurt pas avec la personne. Dans l'humble poste qu'il occupait à la Faculté de médecine, ne donnant à la pratique médicale que les heures réclamées par le service d'un bureau de bienfaisance, il avait, autant par inclination que dans l'intérêt de ses fonctions de bibliothécaire, amassé dans toutes les branches de la science une somme de connaissances dont il y a peu d'exemples aujourd'hui ; et comme la science, dans ses parties doctrinale et philosophique, touche de près aux lettres, il n'avait voulu rester étranger à aucun des monuments importants de la littérature ancienne et moderne. Tout ce qu'il savait en ce genre, il le savait pleinement, pertinemment, et les citations qu'il aimait à en faire frappaient par leur exactitude.

Le côté moral, chez Beaugrand, allait de pair avec le côté intellectuel. Comme il était ferme dans son savoir, méthodique dans sa composition, précis et clair dans son style, il était d'un scrupule à toute épreuve dans l'accomplissement de ses devoirs, même de ces devoirs journaliers dont la longue monotomie lasse parfois les plus résignés. Il y avait de l'esprit de méthode jusque dans son honnêteté. Il ne promettait rien qu'il ne tînt, et ne tînt au jour dit. Il se faisait pour toutes les circonstances de sa vie une règle de conduite dont rien au monde n'eût pu le faire départir. Voué à un labeur incessant, souvent ingrat; ignorant l'agitation, le bruit, les compétitions, les calculs ambitieux ; content seulement d'un peu de repos, le soir, au foyer domestique, il a passé ainsi plus de trente ans dans la simplicité et la sérénité du philosophe et de l'homme de bien.

Mais c'est quand sont venus, il y a environ dix-huit mois, les premiers avertissements d'un mal redoutable, qu'a mieux apparu encore cette énergie cachée, cette force tranquille qui était en lui. Un crachement de sang, l'affaiblissement et l'émaciation progressive qui le suivirent, n'amenèrent jusqu'à ces derniers jours aucun arrêt, aucun ralentissement dans les occupations diverses entre lesquelles son temps était partagé. Il fallut enfin garder la chambre; puis la marche devint impossible; la respiration était haletante, la voix s'éteignait, la main tremblait : Beaugrand écrivait toujours ! Il poussa même, à l'égard de ses obligations d'auteur, la conscience jusqu'à fixer, dans une lettre à peine lisible, le nombre d'articles qu'il terminerait avant de déposer la plume; et il a donné ce qu'il avait promis! Après quoi, il ne fit plus qu'attendre la mort. Il l'attendit comme il avait toujours attendu la fin de ses laborieuses journées : sans plainte et sans impatience. Je suis heureux de pouvoir dire que la mort, qui dans tous ses assauts l'eût trouvé impassible, nous l'a enlevé doucement et sans secousses.

Tel fut, messieurs, le confrère que nous venons de perdre. Heureux ceux qui, comme lui, arrivés aux confins de la vie et se retournant, pour ainsi dire, vers leur passé, peuvent se rendre ce témoignage de ne laisser derrière eux que paix, amitié, travail et bonnes actions !

Ces deux aspects de son savoir, il les avait surtout développés dans ses travaux sur les deux objets favoris de ses études : l'hygiène et l'histoire de la médecine. La première l'avait porté à se munir de toutes les notions de météorologie, de physique, de chimie, d'histoire naturelle, indispensables à ses progrès ; et, pour cultiver avec fruit la seconde, il s'était familiarisé avec les langues vivantes et savait mettre à profit non-seulement les œuvres modernes, françaises ou étrangères, mais la collection entière des auteurs grecs et des auteurs latins : aussi bien les savants proprement dits que les lettrés; aussi bien Diodore ou Plutarque qu'Aristote ou Dioscoride; Végèce ou Valère-Maxime que Celse ou Pline l'ancien. Or tout ce savoir était de l'homme, et ceux-là seuls pouvaient l'apprécier qui vivaient dans son intimité. Ce qui est sorti de l'homme pour se répandre dans les livres et les journaux peut faire soupçonner le reste, mais sans en donner la mesure. Néanmoins, le dirai-je ? j'éprouve quelque consolation à penser que peut-être la grande publication à laquelle notre ami était attaché, et qui fait en lui une perte si difficilement réparable, lui a fourni comme une occasion involontaire et forcée de mettre plus en relief les trésors de sa vaste instruction. Aux yeux des plus compétents, ses articles d'hygiène et de biographie, sagement disposés, strictement limités à leur objet, substantiels, judicieux, peuvent passer pour des modèles.

DISCOURS DE M. LABARRAQUE.

Messieurs,

Le docteur Beaugrand, à qui nous rendons aujourd'hui les derniers devoirs, était le doyen des médecins du bureau de bienfaisance du X[e] arrondissement.

Ayant eu l'honneur d'être son collègue pendant quinze ans, je viens, au nom des médecins ses collègues actuels, lui adresser un suprême adieu.

M. Beaugrand était le type du véritable médecin de charité. Exact et ponctuel, toujours dévoué, il aimait les pauvres; il les soignait, les soulageait, les consolait, sans jamais se laisser rebuter dans sa pénible tâche ; parfois même, et malgré sa situation de fortune bien modeste, il les secourait de sa bourse. Cette vie d'abnégation, il la menait depuis trente-quatre ans, sans abandonner pour cela ses nombreux et importants travaux scientifiques, qui ne laisseront pas périr son nom.

Malgré cette existence toute de travail et de dévouement, qui ne s'est jamais démentie; malgré la haute estime et l'affection générale dont il était entouré depuis si longtemps, M. Beaugrand n'avait pas la croix. Nul pourtant ne l'eût plus dignement portée, car il la méritait

assurément, puisque ses collègues, ses administrateurs et la mairie tout entière l'avaient demandée itérativement pour lui. Le jour de la justice n'a pas eu le temps d'arriver pour notre cher et regretté confrère; il est mort à la peine, épuisé par des labeurs au-dessus de ses forces. Il trouvera, n'en doutons pas, sa récompense dans un monde meilleur!

Adieu donc, honnête et désintéressé Beaugrand, adieu! et que cette terre, où tu as tant travaillé, te soit légère! Adieu encore! et au revoir!

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le choléra en Syrie.— Le dernier vapeur arrivé du Levant apporte de meilleures nouvelles de l'épidémie qui sévit dans ces contrées. La mortalité est en pleine décroissance à Antioche et à Damas. Dans cette dernière ville, il y a eu, du 20 au 26 juillet, 680 cas et 581 décès. A Antioche, il y a eu, du 19 au 26 juillet, 56 nouveaux cas et 114 décès. Le choléra s'est manifesté à Alep, mais sous forme sporadique; du 19 au 26 juillet, on n'y a enregistré que 39 cas et 20 décès. Néanmoins il régnait une grande panique à Alep. La maladie a paru également dans plusieurs localités entre cette dernière ville et Alexandrette.

Dans le district traversé par la route de Damas à Beyrouth et par celle de Damas à Saïda, on ne signale aucun cas. Il n'y a rien également dans les Échelles de Beyrouth, Tripoli et Saïda. Plusieurs médecins ont déjà été envoyés en Syrie par l'intendance sanitaire de Constantinople.

— D'après un article publié par le *Temps*, la moyenne du nombre d'enfants par mariage va de 4,37 à 3,07; la Russie tient la tête avec le chiffre de 4,73; la France a la dernière place avec celui de 3,07. L'échelle de la fécondité est la suivante : Russie, Espagne, Écosse, Irlande, Italie, Hongrie, Norvége, Wurtemberg, Prusse, Hollande, Autriche, Belgique, Angleterre, Saxe, Danemark, Bavière, France.

La raison de la faible augmentation de la population française ne doit être cherchée ni dans l'époque des mariages, ni dans leur nombre, ni dans la mortalité des enfants ou des adultes : elle n'est absolument que dans l'infécondité *volontaire* des mariages.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 28 août 1875, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

1° Communication de M. Gillebert-Dhercourt père sur un cas de *séparation complète du nez*, suivie de réunion par première intention. — 2° Vote sur la candidature de M. Dubrisay au titre de membre titulaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Code du médecin. Recueil complet de la législation et de la jurisprudence sur la profession, comprenant le service de santé de l'armée et de la marine, par A. PARROT-LARIVIÈRE, avocat. — 1 vol. in-32. Prix : 5 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De la mamelle et de l'allaitement, par Mme BRÈS, docteur en médecine. — In-8° avec 4 planches. Prix : 4 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Bains de mer des côtes de l'Océan, Biaritz, Arcachon et Royan; leurs avantages respectifs, par le docteur GUILLOU. — In-8° avec planches. Prix : 4 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Des manifestations syphilitiques chez la femme enceinte et les nouvelles accouchées, par le docteur J. MORET. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Des progrès que l'histologie a fait faire au diagnostic des tumeurs, par le docteur PÉNIÈRES. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Science et morale, ou la Stigmatisée belge, par le docteur BOURNEVILLE.— In-8° avec 1 planche. Prix : 2 fr. 50.— Paris, Adrien Delahaye.

De la phosphaturie à forme diabétique et de son influence sur le résultat de quelques opérations de cataracte, par Joseph TEISSIER, interne des hôpitaux de Lyon. — In-8° de 21 pages. — Lyon, 1875, impr. Riotor.

De la dengue (fièvre éruptive des pays chauds) et de sa distribution géographique, par le docteur MORICE. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

De la glycosurie dans les cas d'obstruction totale ou partielle de la veine porte (Glycosurie alimentaire de Cl. Bernard), par le docteur L. COUTURIER. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude critique sur les divers modes de traitement du rhumatisme noueux, par le docteur LUPUS. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hémiplégie avec hémianesthésie.

L'hémianesthésie accompagnée d'hémiplégie d'un même côté n'est point rare dans l'hystérie. Nous avons eu récemment l'occasion d'en faire mention dans une revue clinique. Mais, ainsi que l'a fait remarquer M. Charcot, il ne faut plus attribuer aujourd'hui l'importance d'un caractère pathognomonique à cette coïncidence de la paralysie de la sensibilité avec celle du mouvement dans une même moitié du corps. En effet, on la trouve aussi dans certaines affections cérébrales avec lésion portant sur des points déterminés de la base; c'est là un des sujets traités par M. Charcot dans les leçons qu'il a professées cette année à la Faculté de médecine *Sur les localisations cérébrales*, et de nombreux travaux modernes ont eu pour but d'élucider cette question physiologico-pathologique.

Il paraît maintenant démontré anatomiquement qu'une partie des fibres nerveuses des pédoncules, au lieu d'aller se perdre dans la substance grise des corps striés, s'infléchit en arrière dans la capsule interne, au niveau des couches optiques et va s'étaler dans les lobes occipitaux, où elle contribue à la formation de la couronne rayonnante.

Une lésion quelconque affectant ces fibres dans leur trajet, surtout vers le point où elles sont le plus rapprochées les unes des autres, c'est-à-dire dans la région lenticulo-optique de ce qu'on a nommé la capsule interne, aurait pour résultat de produire une hémianesthésie croisée, c'est-à-dire droite si la lésion siégeait à gauche, gauche si elle siégeait à droite.

Ces données, longuement développées par M. Charcot, permettent d'attribuer l'hémianesthésie, dans certains cas à une apoplexie cérébrale, dans d'autres à un ramollissement, dans d'autres enfin à une compression exercée par une tumeur intracrânienne.

Ce dernier cas est-il celui d'un malade actuellement couché dans le service de M. Hayem, à la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 17? Cela paraît assez probable. Voici, du reste, le résumé de l'histoire de ce malade.

Il servait déjà en Algérie comme soldat depuis quatre ans, et il y avait eu des accès tenaces de fièvre intermittente, lorsqu'il y fut pris de fièvre typhoïde, il y a environ deux ans et demi.

La fièvre typhoïde fut grave et longue; suivant le malade, il y eut trois rechutes, qui le maintinrent au lit environ six mois. Puis, lorsqu'il allait mieux, survinrent des douleurs articulaires avec rougeur et gonflement, occupant l'épaule, le coude, le poignet, le genou, le pied, du côté droit. Les os eux-mêmes gonflèrent, notamment à la clavicule, et à l'humérus un peu au-dessus du coude droit. En effet on sent encore à présent sur l'humérus une exostose assez étendue située vers l'union de la diaphyse une l'épiphyse inférieure. Il y aurait donc eu à la fois arthrite rhumatismale des articulations de cette moitié du corps, et vers le membre supérieur droit production d'exostoses. Suivant le récit du malade, le rhumatisme articulaire dura un mois environ, pendant lequel les mouvements étaient surtout gênés par la douleur qu'ils occasionnaient. Mais déjà alors il existait de l'affaiblissement du côté droit. Cet affaiblissement s'accentua de plus en plus, au point de constituer une hémiplégie à peu près complète. La sensibilité fut atteinte en même temps que le mouvement, et cela sous ses diverses formes : les impressions tactiles, celles du chaud et du froid, celles de la douleur, les sensibilités spéciales des muqueuses, étaient presque effacées dans la moitié droite du corps, y compris la face. Cet état persista longtemps; les membres immobilisés avaient, paraît-il, notablement diminué de volume lorsque le malade entra à la Charité.

Ici le diagnostic n'était pas sans difficulté. En effet, on pouvait songer à une de ces paralysies, suites de fièvre grave, que l'on connaît depuis une vingtaine d'années. Bien que la fièvre typhoïde en ait amené beaucoup moins que la diphthérie, par exemple, cependant les paralysies typhoïdes ne sont pas très-rares.

La marche de la paralysie était bien celle qu'affectent assez souvent les paralysies de convalescence. Elle n'était pas survenue d'emblée dans toute sa force : elle s'était accentuée et complétée graduellement dans l'espace de quelques semaines. J'ai plus d'une fois observé la même chose à la suite de l'angine couenneuse. En outre, les paralysies de convalescence, diphthéritique ou autres, se rapprochent également de celle-ci en ce qu'elles frappent d'ordinaire à la fois sur le sentiment et le mouvement des mêmes parties.

Mais que faire, dans cette hypothèse, de l'exostose constatée sur l'humérus et de celle qui avait paru sur la clavicule? Les exostoses, pas plus que les arthrites inflammatoires, qui, suivant les dires du malade, avaient existé au moment de leur apparition, ne pouvaient pas être considérées comme résultant de la fièvre typhoïde. Il fallait trouver une autre cause.

Bien que le malade affirmât n'avoir jamais eu aucune maladie vénérienne, ni écoulement, ni chancre, rien absolument, on n'hésita pas à supposer une syphilis constitutionnelle. Combien, en effet, n'est-il pas fréquent de guérir, par l'emploi de l'iode ou du mercure, des tumeurs diverses présentées par des malades chez lesquels il est impossible de découvrir la moindre trace de vérole? Quelquefois on hésite alors à appliquer l'adage : *Naturam morborum ostendunt curationes.* Mais il n'est pas douteux qu'il y ait dans le nombre bien des cas de syphilis restée inaperçue pour ceux qui en sont atteints, et qu'ils nient en conséquence, alors même qu'ils apportent la meilleure foi du monde dans leurs réponses.

Du moment où l'on admettait l'existence d'une syphilis qui se serait manifestée par des exostoses au moment où cédait la fièvre typhoïde, tout devenait des plus faciles à expliquer avec les doctrines actuelles.

Une exostose intracrânienne développée à gauche pourrait, en effet, exercer une compression sur la région de la base du cerveau déjà indiquée, sur la capsule interne dans son ensemble, et particulièrement sur sa région postérieure ; là une lésion faite sur les animaux, expérimentalement, a pour résultat l'hémianesthésie croisée. (Les lésions de la capsule dans sa région antérieure exclusivement, produisent, au contraire, l'hémiplégie croisée sans anesthésie.)

Au développement progressif de cette exostose aurait répondu l'affaiblissement progressif de la sensibilité et de la motricité. La paralysie aurait persisté par suite de la persistance de l'exostose.

S'il en était ainsi, le traitement était tout indiqué. On fit prendre au malade l'iodure de potassium à doses assez fortes : jusqu'à deux grammes par jour, et depuis qu'il suit ce traitement il va de mieux en mieux. Maintenant la jambe est assez bien remise pour que la marche soit facile; les muscles y ont presque repris leur volume normal. Le membre supérieur peut exécuter divers mouvements, mais sans force ; les divers genres de sensibilité, bien qu'encore émoussés, existent. L'exostose de l'humérus a aussi beaucoup diminué.

Il paraît donc bien qu'il s'agissait là d'un nouveau cas d'hémianesthésie cérébrale, à joindre à tous ceux qui ont été recueillis depuis quelques années.

La connaissance de ce genre d'anesthésie va singulièrement compliquer le diagnostic étiologique des troubles nerveux. En effet, ces troubles fonctionnels, sans lésion centrale, qui se produisent dans l'hystérie, dans la convalescence de plusieurs maladies, etc., ne sauraient plus être distingués par leur aspect seul des apoplexies, ramollissements par embolie, etc., qui peuvent se produire chez les mêmes sujets. On n'osera plus affirmer aussi facilement que le cerveau est indemne quand le mouvement, la sensibilité, les sens spéciaux sont abolis dans une moitié du corps. Dans ses leçons sur l'hystérie, M. Charcot insiste avec raison sur cette nouvelle difficulté.

La leucocythémie.

On peut observer en ce moment, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Laboulbène, salle Saint-André, n° 17, un bel exemple de véritable leucocytémie proprement dite.

Chez le malade dont il s'agit, le nombre des globules blancs est à celui des globules rouges dans la proportion d'un à sept, et la quantité absolue des globules rouges a diminué d'à peu près moitié.

La numération en a été faite suivant différentes méthodes avec des résultats parfaitement concordants.

La rate est énorme ; elle dépasse la ligne médiane, et descend jusque dans la fosse iliaque. C'est à elle surtout que cet homme doit le volume de son ventre ; car le foie est relativement peu développé. On ne trouve pas d'antécédent de fièvre intermittente, mais l'habitation prolongée dans un pays marécageux, malsain, rend assez problable un certain degré d'intoxication paludéenne.

Il y a deux ans, environ, que cet homme s'est aperçu du développement de son ventre. Il ne souffrait pas d'ailleurs, dit-il, mais cela le gênait pour travailler ; en même temps il se trouvait plus faible. La perte des forces fut rapide, comme dans toutes les cachexies. Cet homme entra à l'hôpital dans le service de M. Potain, et, lorsqu'on fit évacuer, pour cause de réparations, la salle dans laquelle il se trouvait, il passa dans le service de M. Laboulbène.

Il raconte avoir eu, à un certain moment, les ganglions du cou et ceux des aisselles très-volumineux ; puis cet engorgement se serait dissipé de lui-même, il y a quelques mois.

Le fait serait assez curieux, s'il était complétement prouvé. Le développement *momentané* des ganglions de certaines régions, cette sorte d'adénie *passagère* se produisant dans le cours d'une leucocythémie splénique, fournirait une ample matière à réflexions. En effet, on a vu souvent les ganglions être hypertrophiés en même temps que la rate ; mais ils le sont en général d'une manière permanente ; ils ne rétrocèdent pas, ne se résolvent pas, comme le malade soutient que cela eut lieu chez lui. Malheureusement il prétend aussi que la chose se serait passée pendant son séjour à l'hôpital, et ses dires ne concordent pas avec les souvenirs de M. Potain. Quoi qu'il en soit, on ne sent plus maintenant aucun ganglion d'un volume un peu notable. Symptomatiquement du moins, la leucocythémie splénique paraît ici pure de tout mélange.

Or, jusqu'à présent, il n'est pas de type qui rentre mieux que celui-là dans le cadre normal des leucocythémies. L'augmentation des globules blancs dans le sang y appelle l'idée de maladie spéciale de la rate, et *vice versa*. Le médecin sait à quoi s'en tenir, sur le pronostic, la marche probable et la nature de la lésion : l'examen du sang, la constatation du gonflement leucique lui suffisent.

Telles devraient être toujours les espèces nosologiques. Accoler, comme on le fait journellement aujourd'hui, les types les plus dissemblables sous un même nom, ce n'est pas faire œuvre utile, au contraire, car, loin de simplifier les choses pour le praticien, on les complique.

Nous avons déjà signalé dans une revue clinique l'étrange confusion dans laquelle sont tombés les auteurs de l'article *Leucocythémie* dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Ils ont décrit ensemble ce qu'ils ont appelé six *formes morbides* distinctes : 1° une forme ganglionnaire, correspondant à l'adénie de Trousseau et dans laquelle, lorsqu'elle est pure, on ne constate d'ordinaire aucune augmentation du nombre des *leucoccytes proprement dites* dans le sang ; 2° une forme *splénique;* c'est celle dont nous venons de parler ; 3° une forme intestinale ; 4° une forme osseuse ou myélogène ; 5° une forme cutanée : c'est le myrosis fongoïde, affection à marche très-lente, à manifestations passagères, qui ne s'accompagne jamais de leucocythémie ; 6° une forme amygdalienne ou laryngée, qui, elle aussi, a une marche tout à fait à part et un pronostic spécial. L'augmentation du nombre des leucocytes du sang y est exceptionnel.

Pour le médecin traitant, ce ne sont point là six formes d'une seule maladie, mais bien six maladies distinctes. Les théories histologiques qui règnent actuellement peuvent rapprocher sans doute les lésions constatées dans toutes ces mala-

dies, et signaler dans toutes la présence de ce qu'on appelle aujourd'hui tissu lymphoïde. Mais les théories histologiques sont essentiellement changeantes. Souvent on voit modifier d'une année à l'autre les descriptions qui paraissaient le plus essentiellement fondamentales. Il ne faut donc pas déplacer ces classifications spéciales de leurs milieux.

Nous sommes bien loin de blâmer MM. Ranvier et Cornil d'avoir, dans leur excellent petit *Manuel d'histologie*, réuni ce qui se confond dans le microscope (1), ni M. Lancereaux d'avoir suivi son exemple dans son *Traité d'anatomie pathologique*, en se basant également sur l'examen microscopique (2). Mais, quand il s'agit d'un dictionnaire de médecine destiné à des praticiens, vouloir entièrement oublier les symptômes et le malade pour suivre les errements de ces livres spéciaux, c'est s'exposer volontairement à un jugement sévère, jugement que, du reste, MM. Jaccoud et Labadie Lagrave semblent avoir prévu : « La tâche que nous allons entreprendre, disent-ils au début de l'article en question, sera sans doute taxée par les uns de hardiesse louable, mais, par le *plus grand nombre*, de présomptueuse témérité. »

Ajoutons que cette tâche, si elle était hardie ou témérairement présomptueuse, ne présentait du moins rien de trop difficile, puisqu'il s'agissait seulement de transporter sur un autre terrain, dans un autre genre de publication et sous un titre aussi inexact que possible, ce qui avait été indiqué et tracé depuis plusieurs années par les micrographes les plus célèbres, dans les manuels ou les recueils les plus connus.

Dr Victor REVILLOUT.

FRACTURE DU CRANE

PARALYSIE FACIALE A DROITE. — PTOSIS DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE GAUCHE. — STRABISME CONVERGENT. — ÉCOULEMENT PAR LE NEZ DE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN. — MORT.

Par M. le docteur BOURGUET (de Graissessac).

Le 2 mai, on a relevé vers cinq ou six heures du soir, sans connaissance, le sujet de l'observation, âgé de soixante-sept ans, au-dessous d'un chemin d'où il est tombé sur un rocher situé 3 mètres plus bas. Le blessé était couvert de sang et murmurait des paroles incompréhensibles.

Arrivé à huit heures auprès de lui, je trouve mon collègue M. Granier, qui, arrivé depuis peu, a fait appliquer un bandage de corps, le blessé se plaignant très-vivement des côtes droites. On perçoit de ce côté, sous la main, un peu de crépitation sanguine. L'oreille entend quelques râles muqueux; pas de signes de fracture.

Le blessé a repris connaissance; on lui fait montrer la langue à volonté; il s'exprime nettement, mais ne reconnaît personne.

Écoulement de sang peu abondant, mais continu, par l'oreille droite. Avant notre arrivée, on a retiré du conduit auditif deux ou trois caillots.

Plaie de 2 centimètres environ, à bords hachés, quoique assez régulière, partant de l'extrémité externe de la ligne courbe supérieure de l'occipital à droite, et se dirigeant en haut au-dessus de l'apophyse mastoïde. La plaie suinte peu. Le doigt, introduit entre ses lèvres, reconnaît un bord osseux, irrégulier, saillant et paraissant appartenir au temporal. Au-dessus de ce bord rugueux, écailleux, existe une dépression notable.

Le blessé manifeste une douleur assez forte quand le doigt appuie sur ce fragment, et porte vivement la main sur la plaie en se plaignant.

Pas de mobilité des fragments. Pas d'issue de matière cérébrale.

Ptosis de la paupière supérieure gauche. Paralysie faciale *droite*, rides effacées, chute de la moitié droite des lèvres, immobile pendant le parler, tandis que la moitié gauche entre en contraction. Même chose pour l'aile du nez, immobile à droite pendant l'acte respiratoire.

L'œil droit paraît plus terne (cornée) que le gauche. Pupille un peu rétrécie, moins enflammée que l'autre par la lumière. Gonflement léger de la face du côté droit. Sensibilité intacte.

Une petite plaie en forme d'étoile à trois rayons existe au sommet de la tête, un peu à gauche; elle est insignifiante.

Le pouls est à 72, régulier. La peau, surtout aux extrémités, est refroidie. Pendant la visite, deux vomissements ont lieu, le second exclusivement composé de sang demi-fluide et noirâtre, pareil à du raisiné.

Le blessé présente un peu d'agitation et dit quelques mots incohérents, mais il faut de l'attention pour saisir les nuances.

D'abord couché sur le côté blessé, il s'est retourné après l'examen sur l'autre, faisant des efforts infructueux pour s'élever dans le lit. Il faut dire qu'à la suite d'un accident de chasse, le bras gauche a été amputé il y a quelques années, et que le moignon est d'un mauvais secours pour changer la position du corps.

Les membres inférieurs paraissent sains. Le moignon de l'épaule gauche est douloureux. Un premier examen ne fait découvrir qu'une contusion. Mis sur son séant, le blessé s'y tient fort bien sans secours.

Pansement à plat de la plaie avec de la charpie imbibée d'eau alcoolisée. Sangsues appliquées successivement à l'apophyse mastoïde. Calomel à doses fractionnées; lavement purgatif. Sinapisme; tilleul, oranger.

3 mai. — Le blessé a été agité la nuit. Il a arraché deux ou trois fois son pansement. L'intelligence a reparu complète, il se rappelle d'où il venait, mais les circonstances qui ont précédé *immédiatement* son accident lui échappent tout à fait.

La chute de la paupière supérieure gauche n'est pas permanente, à volonté le blessé la relève, mais elle tremblote un peu, et finalement se ferme. La vue est très-distincte des deux côtés. Le blessé s'étonne qu'on mette en doute sa capacité visuelle.

Même état de la paralysie de la face. Sensibilité conservée partout. La déglutition se fait bien. Une selle volontaire. Urines copieuses, librement émises. Hier soir, un vomissement de sang qui sera le dernier. Douleur du moignon de l'épaule gauche plus accusée. Un examen plus complet démontre qu'il existe une fracture de l'acromion, sans déplacement vers son extrémité articulaire.

La plaie ne donne lieu à aucun écoulement. Une ecchymose considérable existe au-dessous. Douleur vive au moindre contact du doigt sur le siége de la fracture. L'écoulement sanguin de l'oreille a cessé.

Le blessé se plaint de douleurs contusives générales, en particulier de son épaule et de la tubérosité interne du tibia droit, où existe une écorchure insignifiante. Quant à la tête, il dit qu'il n'en souffre pas du tout.

Le pouls bat 72; il est très-régulier. Assoupissement léger. Même état de la pupille droite.

Émétique en lavage.

4 mai. — Hier soir, quelques bouffées de chaleur à la face. Nuit assez tranquille. Sommeil semi-comateux. Décubitus gauche. Paralysie faciale moins apparente. L'œil gauche s'ouvre mieux. Vision, sensibilité, intelligence normales.

Nausées légères par l'émétique; deux selles bilieuses; urines libres. Pouls, 76. Pas de céphalalgie.

On a maintenu l'écoulement de sang par les sangsues. Continuer l'émétique. Diète absolue. Repos complet.

5 mai.— Léger coma depuis hier. Pouls, 92. Pas de selles. Suppuration légère de la plaie. Mêmes symptômes que ceux de la veille.

Lavements purgatifs. Émétique en lavage.

6 mai. — Même état comateux, dont le blessé n'a pas conscience. Il se plaint sans cesse de ne pouvoir dormir. Un simple attouchement le réveille, et de suite son intelligence est entière.

Pouls à 80, petit, régulier. Assis sur son séant, le blessé dit avoir la tête lourde et éprouver des vertiges. Vue bonne, il distingue très-

(1) *Manuel d'histologie pathologique.* — Paris, — Germer-Baillère, première partie, 1860.

(2) *Traité d'anatomie pathologique*, par Lancereaux. — Paris, 1875. — A. Delahaye.

bien les trois aiguilles d'une montre à secondes après un léger effort d'accommodation. Interrogé s'il voit double, il répond : « Parfois ». Il se plaint de loucher, et insiste beaucoup sur ce fait.

Embarras gastrique. Pas de selles. Bruits intestinaux, dont il n'a pas conscience.

Plaie rosée, donnant un peu de pus. Douleur toujours très-vive si l'on appuie la pulpe du doigt sur la fracture.

Vésicatoire à la nuque. Le reste *ut suprà*.

7 mai. — Rêvasseries la nuit. Coma moins prononcé. La tête est toujours lourde. Si le blessé est mis sur son séant, il s'écoule goutte à goutte par la narine droite un liquide séreux, dont la quantité paraît assez notable, et que je recommande de recueillir, si c'est possible.

Pouls, 84. Pas de selles. Bon état de la plaie. Sulfate de soude, 30 grammes. Quelques cuillerées de bouillon.

8 mai. — L'écoulement de liquide par le nez a reparu. Le malade le compare à de l'huile ou du trois-six ; sa femme, à de la sérosité de vésicatoire. Parfois il s'en écoulerait sans interruption un quart de verre. La part de l'exagération étant faite, il reste une quantité assez considérable pour penser qu'il s'agit du liquide céphalo-rachidien.

Mon confrère M. Granier, se fondant sur l'écoulement sanguin par l'oreille, qui a eu lieu le premier jour, émet l'idée rationnelle que ce liquide peut, à la suite de fracture du rocher, pénétrer dans la caisse du tympan et suivre la trompe d'Eustache.

Pour être complet, il faut dire que, depuis aujourd'hui, le liquide s'écoule indifféremment par les deux narines (un peu moins à gauche, toutefois); que cet écoulement n'a lieu que dans la position assise, et disparaît totalement quand le blessé est étendu dans son lit (il assure qu'alors rien ne passe dans son gosier), ce qui rendrait vraisemblable aussi la fracture de la lame criblée de l'ethmoïde.

M. Tillaux rapporte un cas d'écoulement du liquide céphalo-rachidien par cette voie dans son *Traité d'anatomie topographique*, fascicule 1, page 56.

Le blessé insiste sur le soulagement qu'il éprouve après chaque écoulement.

Le pouls est à 88. La tête est pesante. Rêvasseries. Les rides reparaissent à la face, du côté paralysé. L'œil gauche s'ouvre mieux. La plaie a un fort bel aspect; l'épiderme soulevé par le vésicatoire recouvre une couche fibrineuse lardacée très-épaisse.

Pendant une courte absence de la femme du blessé, il s'est levé et a fait sans secours quelques pas dans la chambre pour uriner; il a même atteint la croisée pour regarder au dehors et s'est recouché ensuite. Aucune selle n'a été obtenue.

Donner de suite 30 grammes de sulfate de soude.

9 mai. — Pouls, 84. Nuit sans sommeil. Pas la moindre douleur. Trois selles bilieuses. La plaie est à peu près cicatrisée. L'écoulement du liquide par le nez a cessé.

Lavements purgatifs. Entretenir le vésicatoire.

10 mai. — Écoulement par la narine droite d'une petite quantité de liquide. Pouls, 92. La paralysie de la face paraît plus intense. Paralysie du moteur oculaire externe droit. Quelques crachats rouillés ont été expulsés et s'expliquent par une congestion des poumons à la base, très-sensible à l'auscultation. Le blessé, malgré cela, déclare être guéri ou à peu près ; il insinue même que les médecins prolongent à dessein sa maladie.

11 mars. — Les signes pulmonaires ont disparu. Le pouls est toujours à 92. Le blessé déclare qu'il n'a plus rien et qu'il veut rentrer à son domicile, situé à 1,200 mètres environ du lieu où il a été recueilli. Il m'est impossible d'empêcher son départ. Je l'installe sur un fauteuil auquel on a fixé deux brancards, et on l'emporte sans secousse aucune.

12 mai. — Le soir, le blessé a voulu assister au repas des siens. Il s'est occupé d'affaires d'intérêt, qui étaient une de ses préoccupations les plus vives; puis, sur les instances de la famille, il s'est couché vers huit heures. Après un peu de malaise, il s'est plaint de roideurs au cou, disant qu'il éprouvait d'atroces tiraillements dans cette région; tiraillements aboutissant au siége de la fracture. Mon confrère M. Granier l'a vu, à quatre heures du matin, dans un état désespéré, auquel le malade succombait quelques heures après.

Réflexions. — Le blessé a-t-il succombé aux suites naturelles de sa fracture, c'est-à-dire au développement d'une méningo-encéphalite, ou bien la mort résulte-t-elle plus directement de la formation d'un abcès et de sa rupture?

C'est à cette dernière hypothèse que je me rallie, en faisant remarquer la rapidité de la mort, et la présence de plusieurs signes, tels que le ptosis, le strabisme, etc., que les praticiens les plus autorisés ont considérés comme indiquant la présence d'une tumeur ou d'un abcès intracrânien.

DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'ÉLECTRICITÉ (1).

Par le docteur ALTHAUS (de Londres)
(traduction du docteur Darin).

Le zinc et le charbon se relient, au moyen de crampons, avec l'hélice primaire et l'interrupteur. Les hélices primaire et secondaire sont toutes les deux contenues dans l'intérieur de la boîte, et l'on peut, en tirant une tige graduée, faire glisser la dernière sur la première. Le marteau ou trembleur consiste en une pièce oblongue de fer qui est fixée à un ressort de façon à permettre un mouvement facile dans deux directions opposées. Aussitôt que le courant de la batterie traverse la bobine, le fer doux de celle-ci s'aimante et attire le marteau. Dans cette position des parties, le circuit est interrompu, car une vis à pointe de platine, située de l'autre côté et qui est en connexion avec la bobine, se sépare du marteau. L'électro-aimant perd donc son magnétisme et cesse d'attirer le marteau, qui vient alors de nouveau toucher la vis à pointe de platine et rétablit la communication entre le courant de la batterie et la bobine. Une nouvelle aimantation et une attraction nouvelle en sont le résultat; puis le passage du courant s'interrompt encore et amène la cessation du magnétisme. Ce jeu du marteau se répète à intervalles réguliers. Le degré de succession des courants instantanés, ainsi produits, se règle au moyen d'un ressort de laiton placé de l'autre côté du marteau et muni d'une vis qui permet de presser plus ou moins fortement le marteau contre la vis à pointe de platine, située du côté opposé. En forçant ce ressort, on retarde le jeu du marteau, tandis que les vibrations de ce dernier deviennent plus rapides quand le ressort est relâché ; enfin, lorsqu'on dévisse entièrement celui-ci, les intermittences sont au maximum. La hauteur du son musical et l'intensité de l'action physiologique sont directement proportionnelles à ces modifications.

Le marteau de Stöhrer est si bien fait que l'on peut se servir longtemps de cet instrument avant qu'il se soit produit la moindre oxydation du platine sous l'influence de l'étincelle électrique. Un degré notable d'oxydation nuirait au jeu du marteau ; aussi est-il nécessaire d'enlever de temps en temps l'oxyde qui aurait pu se former. La machine est cependant pourvue d'une autre disposition ingénieuse, en rapport avec l'interrupteur, pour prévenir les effets de l'oxydation. Elle consiste en une petite pièce de laiton, recouverte de platine et soudée à cette portion du fer doux qui est opposée à la vis à pointe de platine. La pièce de laiton est perforée au centre, pour pouvoir y insérer une broche ou tige de métal destinée à la faire tourner, de façon à amener une portion différente du disque en contact avec la vis à pointe de platine, ce qui donne à ces parties un usage presque permanent.

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 16, 23, 27 mars, 3 avril, 5 juin, 17 juillet, 5 et 14 août.

La tablette supérieure de l'instrument porte quatre boutons pour la réception des fils conducteurs. Les deux du côté droit sont marqués P et livrent le courant primaire ou celui généré dans le fil gros et court; et les deux de gauche, marqués S, donnent le courant secondaire, qui naît dans le fil long et fin. La graduation de la tension des deux courants s'effectue : 1° par l'immersion plus ou moins profonde des plaques de la batterie dans le liquide excitateur; 2° par le règlement des vibrations du marteau, tel que nous l'avons décrit; 3° par l'élévation ou l'abaissement de la tige reliée avec la bobine extérieure. On peut encore affaiblir le courant primaire en unissant les boutons secondaires avec une pièce de fer recourbé, qui permet d'élever la bobine externe. Un compartiment intérieur contient les électrodes et les rhéophores.

b. La machine volta-faradique, à double élément, de Stöhrer, est beaucoup plus grande que la précédente et très-soigneusement construite (fig. 19). La batterie est la même que dans les instruments plus petits, et peut s'employer, soit en unissant le zinc d'un couple avec le charbon de l'autre, soit en reliant les deux zincs et les deux charbons de l'un et de l'autre, de

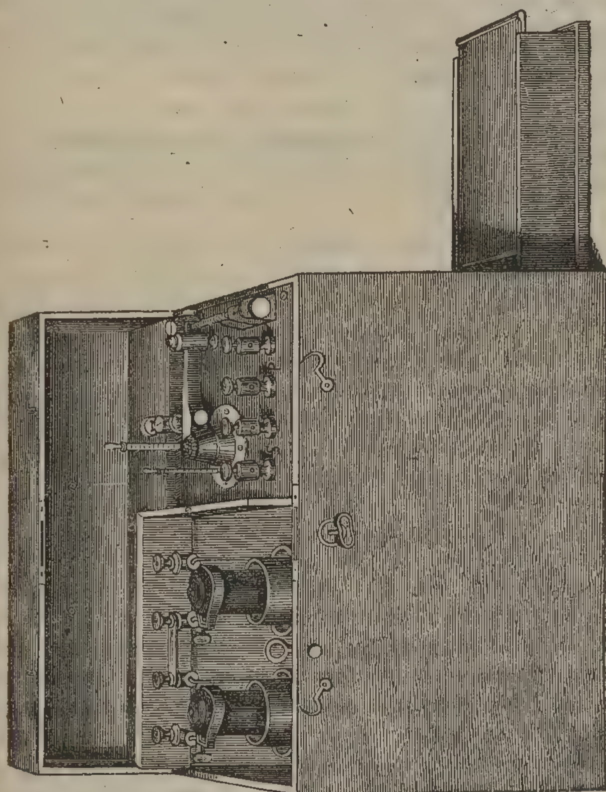


Fig. 19.

manière à obtenir un seul couple de grande surface. Le marteau diffère quelque peu, en ce sens que la vis à pointe de platine est située dans le marteau même, tandis que le disque de platine est fixé d'une manière mobile à un ressort dont l'action est réglée par une vis placée en arrière. Le jeu du marteau peut être modifié en changeant la position de l'une ou l'autre des vis. La solidité et la beauté de construction de ces parties sont au-dessus de tout éloge.

P et S sont les mêmes que dans les instruments plus petits. La graduation des deux courants s'effectue également de la même manière; mais, pour affaiblir le courant primaire, une disposition nouvelle est ajoutée, qui consiste en un tube de laiton, placé dans l'intérieur de la boîte et recouvrant la bobine inductrice. Ce tube peut s'élever ou s'abaisser au moyen d'une tige graduée qui se voit sur la gauche du faisceau de fils de fer doux. On l'utilise pour la faradisation de la face, de la langue et autres parties qui possèdent une sensibilité exquise et où l'on ne pourrait administrer un courant puissant. Le prix de l'appareil à un seul couple est de 505 francs, et celui de la machine à double élément, de 160 francs.

MM. Krüger et Hirchmann (de Berlin) ont construit une jolie machine d'induction portative qui est alimentée par une batterie de Leclanché, et est également toujours prête à fonctionner. Le jeu du marteau commence aussitôt que l'on a inséré un bouchon dans un bloc de laiton disposé pour le recevoir. Il n'y a qu'une paire de boutons ou bornes d'attache des rhéophores de la pile; mais, en insérant des fermoirs de différentes manières, ces boutons donneront alternativement le courant primaire et le secondaire. Le marteau est construit d'une manière quelque peu différente de celui de Stöhrer, mais il permet également des intermittences lentes et rapides. Les deux courants se graduent facilement, au point de vue de l'intensité. Les mêmes fabricants construisent un appareil plus petit, alimenté par un seul couple Leclanché. Le prix du grand est de 90 francs, et celui du petit, de 75 francs. Les électrodes et les conducteurs sont renfermés dans un compartiment intérieur.

La machine d'induction de MM. Mayer et Meltzer est contenue dans une boîte légère d'acajou, de 20 centimètres de hauteur sur 8 centimètres de profondeur et 15 centimètres de largeur. Aussi cet instrument ne prend-il que peu de place, tout en donnant toutes les différentes graduations de puissance dont on peut avoir besoin. La batterie se compose de zinc et de charbon, alimentée par une solution de 60 grammes de bichromate de potasse et 30 grammes d'acide sulfurique dans 580 grammes d'eau. On peut utiliser le courant primaire et le secondaire, sans changer la position des fils conducteurs, ce qui est une grande commodité. La force du courant est accrue ou diminuée par la rotation d'une aiguille à droite ou à gauche sur un cadran. Prix 105 francs.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

M. Paul Bergeron appelle l'attention sur un nouveau mode de traitement des fistules anales par la ligature élastique. Ce procédé, signalé pour la première fois par Dittel (de Vienne) en 1875, expérimenté avec succès à Londres par Allingham, et à Paris par les professeurs Dolbeau et Gosselin, est le plus souvent préférable à l'incision et à l'excision, généralement usitées.

En effet, outre qu'il ne laisse pas, comme la méthode par le bistouri, la porte ouverte à l'infection purulente, à la phlébite, à l'érysipèle, il a de plus cet avantage, que jamais l'hémorrhagie ne vient embarrasser le chirurgien et que l'on n'a pas à redouter de fièvre traumatique.

De plus, la suppuration qui accompagne constamment le travail de cicatrisation des plaies faites par l'instrument tranchant est ici à peine accusée.

Outre ces avantages primordiaux, ainsi que les appelle M. Bergeron, il en est d'autres qui, quoique d'une importance moindre, ne sont cependant pas encore à dédaigner.

L'emploi du fil en caoutchouc n'effraye pas les malades comme le bistouri; il ne nécessite pas après l'opération un long séjour au lit, comme le réclame l'incision, mais seulement quelques heures de repos; l'opération, étant peu douloureuse par elle-même, n'exige pas l'emploi des anesthésiques; enfin tout pansement est inutile.

M. Bergeron conseille, pour pratiquer l'opération, de se servir d'un fil de caoutchouc plein et carré, de 2 millimètres de diamètre, que l'on passe dans le chas d'un stylet-aiguille à l'aide duquel on parcourt le trajet fistuleux. On fait alors un premier nœud, que l'on

serre fortement et que l'on maintient par une ligature; puis un second nœud, également maintenu par une ligature, de peur que le caoutchouc ne se détache. Au bout de quatre à cinq jours, le fil tombe, et en un mois au plus la cicatrisation est obtenue.

(*France médicale.*)

M. Tarnier a employé avec succès l'iodoforme chez une femme atteinte de vaginisme. Quelques heures après en avoir été saupoudrés, l'orifice vulvaire et les petites lèvres étaient devenus insensibles. Les douleurs, il est vrai, reparurent deux jours après, mais moins intenses. Le même pansement fut appliqué et un tampon de ouate introduit dans l'orifice vulvaire.

Dès le second pansement, le coït était devenu pratiquable. M. Tarnier conseilla de le pratiquer après chaque pansement; il espère voir ainsi disparaître une infirmité assez commune chez les femmes.

— M. Tarnier pense que la plupart des tampons chargés de principes médicamenteux et introduits dans le vagin, sur le col de l'utérus, agissent plutôt par leur consistance, le volume et la pression qu'ils exercent et le soutien qu'ils fournissent à l'utérus. Dans tous les cas où l'utérus est volumineux, l'écoulement abondant, le col ulcéré, après avoir fait les cautérisations ou les attouchements nécessaires, M. Tarnier place dans le vagin un tampon de ouate sec, qu'il introduit suivant l'axe de l'organe, le retourne au-dessous du col et le place en travers. Il le renouvelle deux ou trois fois par semaine, suivant les cas.

A l'appui de cette pratique, M. Tarnier cite des cas dans lesquels une compression dans le fond du vagin, sur l'utérus, exerçait une influence favorable. Des femmes cessent de souffrir après l'application d'un pessaire. Dans l'accouchement, l'application du doigt, la pression du col, soulagent certaines femmes. Chez une femme enceinte, la pression du tampon a suffi pour arrêter des vomissements incoercibles. — (*Journal de médecine et de chirurgie.*)

M. Toulmouche préconise, dans la dysentérie épidémique, le traitement suivant, institué par les frères Monnard, chirurgiens militaires en Afrique :

Calomel.	30	centigrammes.
Ipécacuanha.	6	—
Extrait gommeux d'opium. .	10	—
Gomme arabique.	9	—

Pour 9 pilules.

On donne le premier jour quatre ou cinq pilules, le matin, d'heure en heure. De même le soir. Même dose le second jour.

Le troisième et le quatrième jour, on réduit à quatre pilules; à deux le cinquième; puis on continue jusqu'au sixième ou huitième jour. Les douleurs disparaissent, le nombre des selles diminue; elles ne renferment plus de sang.

Le troisième et le quatrième jour, il n'y a plus qu'une ou deux évacuations alvines. Le cinquième ou sixième elles manquent pour reparaître à l'état normal.

On donne le plus souvent, le soir, une potion calmante, avec 15 grammes de sirop diacode en quatre fois, à une demi-heure de distance. — (*Journal de médecine et de chirurgie.*)

La fièvre de lait, si rare dans les villes que la plupart des médecins rejettent son existence, serait au contraire, d'après M. le professeur Pajot, un fait fréquent dans les campagnes, où les femmes ont conservé l'habitude d'allaiter elles-mêmes leurs enfants. Chez elles, la glande mammaire est développée; ce n'est plus seulement, comme chez les femmes de la ville, du tissu adipeux, c'est de la glande. La fièvre de lait s'accuse alors par une tuméfaction douloureuse de la mamelle, par la tension des bras. Le pouls néanmoins ne s'élève guère au-delà de 80 à 90 pulsations. Si, chez une accouchée, celui-ci dépasse 100 pulsations, la fièvre doit être attribuée à toute autre cause qu'à la montée du lait, et l'on en recherchera l'origine vers l'utérus ou ses annexes.

C'est entre la quarante-huitième et la soixante-douzième heure que se fait ordinairement la montée du lait. Quelquefois, quand le travail a été gravement troublé, elle n'a lieu que le quatrième, cinquième ou sixième jour. L'éclampsie, la régression utérine, les maladies puerpérales, sont autant de causes qui l'entravent. — (*Gazette obstétricale.*)

M. Alibert, interne à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, service de M. le docteur Labéda, signale la desquammation épithéliale de la langue comme un symptôme assez constant de la syphilis, à la période secondaire. Tantôt cette lésion accompagne les autres manifestations de la syphilis, plaques muqueuses, syphilides, etc.; tantôt elle marque seule le début de cette période.

La desquammation de la langue se manifeste sous forme de plaques circulaires ou ovales, quelquefois très-irrégulières, variant en étendue depuis 1 ou 2 millimètres jusqu'à 1 et même plusieurs centimètres de diamètre. Elles sont superficielles, d'une coloration d'un rouge assez vif, et siégent le plus habituellement sur la moitié antérieure de la langue, les bords ou la pointe. Irrégulières en ce dernier point, elles sont assez souvent régulièrement circulaires à la partie médiane de l'organe. Sur la moitié postérieure de celui-ci, où elles sont plus rares, elles présentent, chez un malade actuellement en observation dans le service, une forme irrégulière très-étendue. Quelques-unes, vers la ligne médiane, ont l'aspect de dépressions circulaires à fond rouge, présentant dans leur centre une petite saillie grisâtre. L'affection paraît porter ici sur les papilles caliciformes.

Actuellement le malade qui fait le sujet de cette note est en pleine évolution secondaire (alopécie, roséole, etc.). — (*Gazette médico-chirurgicale de Toulouse.*)

Deux opérations d'extirpation complète du larynx viennent d'être pratiquées, l'une à Berlin, l'autre à Turin. Elles portent à six le nombre de ces tentatives audacieuses qui comptent maintenant quatre succès.

Celle dont nous donnons le résumé a été pratiquée par Langelbeck, sur un homme de cinquante-sept ans, atteint de cancer du larynx et sur lequel on avait déjà pratiqué la trachéotomie en novembre 1874. La respiration se faisait par la canule trachéale. La dégénérescence cancéreuse s'étant étendue à la langue et au pharynx, le 21 juillet, l'opération suivante fut pratiquée. Après avoir chloroformisé le malade par la fistule de la trachée, au moyen de la canule-tampon de Trendelenburg, de manière à empêcher toute introduction du sang dans les voies respiratoires, Langelbeck fit à la peau une incision transversale s'étendant du bord interne du sterno-mastoïdien droit au gauche, à 2 centimètres au-dessus de l'os hyoïde. Au milieu de cette incision, il en fit une seconde, verticale, passant au milieu du cou, sans intéresser la cicatrice trachéale. Les deux lambeaux latéraux de la peau furent séparés des parties sous-jacentes, laissant à nu le larynx. L'extension du cancer aux parties voisines ne permettant pas de séparer le larynx du pharynx, Langelbeck ouvrit ce dernier, qu'il attira en bas et en avant au moyen d'une érigne fixée au niveau de l'os hyoïde. La langue fut en même temps attirée près de la bouche par un fil passé dans sa pointe, et sectionnée à la base par la plaie du cou, à 2 centimètres environ au-dessus de l'os hyoïde. Les artères thyroïdiennes supérieures furent ensuite liées et la paroi du pharynx coupée des deux côtés, ainsi que l'arc du pharyngo-palatin. Puis les carotides externes furent liées et sectionnées entre deux ligatures. Les nerfs hypoglosse et lingual avaient été isolés et coupés au moment où l'on sectionnait la langue. Enfin le larynx fut détaché de la trachée au-dessous du cartilage cricoïde.

Durant toute la durée de l'opération, le malade resta dans l'anesthésie la plus parfaite.

Après l'opération, les lambeaux furent simplement appliqués sur la plaie, et l'on introduisit une grosse canule dans la trachée. La fièvre fut modérée; elle avait cessé le 28 juillet.

Le cancer avait envahi l'os hyoïde, l'épiglotte et la partie supérieure du larynx. La face interne des cartilages cricoïde et thyroïde était également atteinte, depuis la partie supérieure de l'espace compris entre le larynx et la base de la langue. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le samedi 9 octobre *à midi précis*, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, depuis le mardi 7 septembre jusqu'au vendredi 24 septembre inclusivement.

Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter au secrétariat général de l'administration, pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet, quinze jours au moins avant l'ouverture de ce concours. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches ne peut être accueillie.

Les élèves externes reçus au concours ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes. Ils ne doivent pas être âgés de plus de vingt-huit ans. Ils ne sont inscrits pour le concours de l'internat que sur le vu des pièces ci-après : 1° Un certificat constatant leur service en qualité d'externes, au moins depuis le 1er janvier précédent, sans interruption motivée; 2° Des certificats délivrés par les médecins ou chirurgiens et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualités d'externes, et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite.

La nomination aux places d'internes vacantes et les prix à décerner aux élèves externes en médecine et en chirurgie sont l'objet d'un seul et même concours.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'urine et de ses altérations pathologiques étudiées au point de vue de la chimie physiologique et de ses applications au diagnostic et au traitement des maladies générales et locales. Leçons professées à University College, à Londres, par le docteur Harley, traduites de l'anglais par le docteur Hahn. — 1 vol. in-12 de 473 pages et 35 figures intercalées dans le texte. Prix : 6 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'éléphantiasis du scrotum, par le docteur Broquère. — Paris, 1855, in-8° de 92 pages avec 2 planches lithographiées. Prix : 4 francs. — O. Doin.

Dans quels cas est-il permis de provoquer l'avortement, par le docteur De Soyre. — In-8°. Prix : 4 francs. — Adrien Delahaye.

Aperçu clinique sur les eaux d'Aix et de Marliez (Savoie) et sur leurs adjuvants, eau de Challes, eau de Saint-Simon, etc., etc., par le docteur L. Brachet, médecin aux bains d'Aix et de Marliez, etc., etc. — Paris, 1875, 1 vol. in-8° de 162 pages. Prix : 3 fr. 50. — J. B. Baillière et fils.

Des lésions traumatiques du foie, par le docteur Roustan. — In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Nouveau forceps asymétrique, par le docteur Roger (du Havre). — In-8° de 50 pages. Prix : 2 francs. — O. Doin.

Recherches expérimentales sur le protoxyde d'azote, par le docteur Tony Blanche. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Tableau synoptique des mouvements des yeux et de leurs anomalies, par le docteur Landolt. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Opération et guérison d'un kyste hydatique suppuré du foie, par le docteur Lajoux. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 102. — MARDI 31 AOUT 1875. 48e ANNÉE. MARDI 31 AOUT 1875. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC

Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris depuis la guerre de 1870-1871 (1).

Leçon recueillie par M. HUGONNEAU, interne du service.

XXI

Je ne vous ai parlé jusqu'ici de la diminution des maladies vénériennes qu'au point de vue de leur nombre. Mais, parallèlement à ce fait, ne s'en est-il pas produit un analogue dans l'ensemble de leurs manifestations? Ne serait-il pas intéressant de savoir si elles ont subi dans leurs symptômes, dans leurs complications, dans leur marche, dans leur durée, dans leur facilité à guérir spontanément ou sous l'influence des remèdes et de l'hygiène, enfin dans toute leur manière d'être, des changements favorables qui les rendent moins graves, plus courtes qu'autrefois, et atténuent d'autant leur puissance de diffusion contagieuse ?

Je ne vous dirai pas : Rappelez-vous ce qu'on voyait autrefois dans les salles de cet hôpital, il y a six ou sept ans, par exemple, parce que la plupart d'entre vous étaient encore sur les bancs du collége. Mais interrogez ceux des générations qui vous ont précédés, et ils vous feront un tableau plus effrayant que la réalité dont vous êtes aujourd'hui les témoins.

Quant à moi, je puis vous affirmer qu'à une époque encore peu éloignée de nous, on observait quelquefois des syphilis graves, et même des syphilides malignes, des accidents profonds, du côté du système osseux et des principaux viscères, des chancres gangréneux, des chancres phagédéniques, etc.; et que la pathologie vénérienne, sans présenter la richesse exubérante du seizième siècle, laissait voir de temps en temps, au milieu de sa décadence, quelques traces de son ancienne grandeur.

Ici, à côté, dans la salle 8, j'ai soigné pendant plusieurs mois, en 1869 et 1870, un malade qui, peu de temps après l'apparition d'un chancre infectant, a eu la peau littéralement rongée et détruite dans presque toute son étendue par la syphilide la plus maligne que j'aie vue. Son corps ne faisait qu'une plaie qui suppurait et saignait incessamment. Ce malheureux, malgré tous nos efforts pour le guérir, a fini par succomber après des souffrances atroces, par le seul fait de sa syphilis. J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs fois à cette époque d'autres syphilides malignes moins graves, il est vrai, et qui ne se sont point terminées par la mort, du moins dans mon service, mais dont la guérison a toujours été très-longue, précaire et suivie de récidives. Je voyais aussi un assez grand nombre de syphilis à manifestations ulcéreuses communes, c'est-à-dire circonscrites, peu profondes, à tendances réparatrices, ou rapidement modifiées par le traitement spécifique interne et externe, en un mot sans les caractères qui constituent la malignité. Mais elles n'en étaient pas moins toujours fort sérieuses, et accusaient une gravité moyenne qu'on ne retrouve même plus aujourd'hui.

XXII

Que voyons-nous en effet, messieurs, soit à la consultation, soit dans nos salles? Ce que nous voyons, ce sont les formes sèches, les plus atténuées et les plus superficielles des manifestations de la syphilis, soit sur la peau, soit sur les muqueuses. Sans doute cette bénignité des premières poussées n'est pas une garantie absolue que les accidents ultérieurs seront tous de la même nature; le pronostic actuel n'implique pas forcément le pronostic de l'avenir. Il est possible que plusieurs malades de cette génération que la syphilis maltraite si peu pour le moment soient atteints plus tard de syphilose viscérale ou tombent dans les accidents toujours redoutables de la syphilis tertiaire; mais cette éventualité n'est-elle pas moins à craindre avec les syphilis faibles qu'avec les syphilis fortes ?

Oui, messieurs, elle est moins à craindre en ce qui concerne la possibilité du syphilisme gommeux ou tertiaire; mais il serait téméraire d'être trop affirmatif sur la question de la syphilose viscérale. J'ai vu en effet souvent les déterminations syphilitiques les plus graves se produire chez des malades qui n'avaient eu qu'une érosion chancreuse presque insignifiante, et des accidents cutanés et muqueux très-superficiels.

Ainsi donc, on ne saurait être trop réservé sur le pronostic de toutes les syphilis, quelque faibles que soient leurs premières manifestations. Mais les conséquences extrêmes de la maladie sont heureusement des exceptions assez rares, et, s'il ne faut jamais les perdre de vue dans les prévisions que suggère l'état de chaque individu, il est peut-être permis de s'en préoccuper un peu moins quand on envisage dans son ensemble et au point de vue de l'hygiène publique la syphilis d'une génération.

(1) Suite. — Voir les numéros des 27, 29 juillet, 10, 17 et 24 août.

Supposons, en effet, ce qui est loin d'être prouvé, que la syphilose viscérale soit aussi commune et même plus commune, à la suite des syphilis bénignes qu'à la suite des syphilis graves. Elle n'en restera pas moins un fait relativement très-rare, si on la compare au nombre immense d'individus syphilitiques. Or ne vaut-il pas mieux que la masse soit légèrement atteinte, même au prix de quelques syphiloses viscérales, que si tous étaient frappés de ces syphilis longues, tenaces, à tendance destructive, à récidives incessantes? Faudrait-il les préférer même dans l'hypothèse où elles confèreraient à chacun une immunité certaine contre les possibilités de la syphilose viscérale?... Je ne le pense pas. Aussi, messieurs, à quelque point de vue que je me place, je ne puis que vous répéter ceci : *La syphilis, depuis plusieurs années, diminue d'intensité.*

Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'à mesure qu'elle diminue d'intensité, *elle augmente de fréquence.* On dirait qu'elle gagne en diffusion ce qu'elle perd comme force. C'est un point intéressant que je me réserve de traiter quand je vous parlerai de la rareté actuelle du chancre simple. Il semble que c'est aux dépens de ce dernier que la syphilis a étendu son domaine. Toujours est-il que cette maladie *se multiplie en même temps qu'elle devient bénigne.* A côté de son importance pathologique incontestée, qui l'a toujours fait mettre au premier rang des maladies vénériennes, s'élève graduellement sa prépondérance comme nombre. C'est donc moins sur elle que sur les deux autres espèces que porte la diminution des maladies vénériennes, prises dans leur ensemble.

XXIII

Ceux qui observent toujours dans le même milieu s'accoutument insensiblement aux modifications qui s'y accomplissent, surtout lorsqu'aucun changement brusque, imprévu, ne vient interrompre le cours continu et progressif des événements. Mais ceux qui revoient aujourd'hui ce même milieu qu'ils avaient quitté il y a vingt-cinq ou trente ans sont frappés par les différences que présentent, sous tous leurs aspects, le grand nombre de choses fatalement soumises aux vicissitudes du temps.

Un des chirurgiens les plus distingués de l'Amérique du Nord, mon honorable ami, M. le docteur Fifield (de Boston), me faisait, il y a quelques semaines, l'honneur d'assister souvent à mes visites. Nous passions ensemble la revue des malades du service, et nous ne trouvions jamais, après chaque consultation, que des cas de syphilis très-bénigne. M. Fifield, qui avait été élève dans cet hôpital il y a plus de vingt ans, me racontait qu'à cette époque les salles contenaient en grand nombre les formes les plus graves, les plus compliquées de cette maladie. Il ne revenait pas de la différence profonde qu'il constatait entre ce qu'est la vérole aujourd'hui à Paris et ce qu'elle y était autrefois vers 1845-1850. Il en était d'autant plus étonné que ce fait est loin d'être général, paraît-il, sur la surface du globe. Ainsi M. Fifield nous disait qu'à New-York et à Boston, par exemple, la syphilis se traduisait, de nos jours, comme il y a vingt ans, par des lésions très-sérieuses du côté de tous les systèmes, et qu'elle y est incomparablement plus grave actuellement que celle qu'on observe à Paris, dans les trois hôpitaux où on la soigne surtout, c'est-à-dire à l'hôpital du Midi, à Lourcine et à Saint-Louis.

XXIV

Ce que je viens de vous dire de la syphilis peut-il s'appliquer aux deux autres espèces de maladies vénériennes?

La blennorrhagie a-t-elle diminué, a-t-elle augmenté comme intensité? Eh bien, messieurs, je n'ai constaté, pour ma part, aucun changement ni dans les formes simples, ni dans les formes compliquées de cette affection. Je crois qu'elle est à peu près aujourd'hui ce qu'elle était à son origine. Les variations qu'elle subit portent plutôt sur sa fréquence que sur le mode et le plus ou moins de gravité de ses manifestations. Sans doute, depuis qu'elle fit son apparition sur cette terre en même temps que l'homme, elle a passé par des phases diverses.

Peut-être la blennorrhagie de l'habitant de Paris, en 1875, n'est-elle pas absolument semblable à celle des êtres plus ou moins humains qui, dans les mêmes lieux où nous sommes, se livraient au *sport* des grandes chasses antédiluviennes, il y a de cela un nombre effroyable d'années, avant les dernières révolutions du globe. Mais nos premiers ancêtres, les hommes des grottes et des habitations lacustres, avaient-ils la blennorrhagie? Il serait peut-être téméraire de l'affirmer...

Toujours est-il, messieurs, que la blennorrhagie est une affection beaucoup plus identique à elle-même, dans tous les temps et dans tous les lieux, que la syphilis. Aussi est-ce sans doute pour cela qu'elle a une généalogie si ancienne et si authentique, et qu'on peut la suivre presque de siècle en siècle jusqu'à l'aurore des temps historiques.

XXV

Quant à la troisième espèce des maladies vénériennes, le chancre mou ou simple, quels sont les changements qu'il a subis? Je ne vous parlerai pas de sa diminution numérique. Elle est devenue si considérable dans ces derniers temps, que je considère ce fait comme une des particularités les plus intéressantes de l'histoire des maladies vénériennes à notre époque. Je vous en entretiendrai longuement plus tard.

Mais ce n'est pas la seule circonstance qui soit à noter dans l'histoire moderne du chancre simple. Il y a eu des complications de cet ulcère que je n'observe plus et dont je n'ai même vu, depuis six ou sept ans, que de rares exemples ; je veux parler du *phagédénisme.*

Voilà un mot qui ne vous est pas inconnu. On l'entend toujours prononcer avec un certain effroi. Ces chancres qui rongent quelquefois pendant plusieurs années des étendues énormes de la surface cutanée, que rien ne peut arrêter, qui brisent toutes les digues, se jouent des caustiques, bravent même le fer rouge, sont bien faits pour frapper l'imagination de ceux à qui on veut inspirer une terreur salutaire des maladies vénériennes.

Eh bien, messieurs, le phagédénisme, qui entravait si souvent autrefois la guérison des chancres simples, qui en faisait des affections très-sérieuses, redoutables même, le phagédénisme est devenu un phénomène tout à fait exceptionnel. C'est à peine si nous en recevons dans le service deux ou trois cas par an, et encore est-ce un phagédénisme bénin et dont il n'est pas difficile de triompher (1).

A quoi pensez-vous qu'il faille attribuer un pareil résultat? A l'affaiblissement progressif du virus chancreux? Non, messieurs. Sans doute on ne peut pas nier d'une manière absolue l'intervention des qualités du virus dans la production du

(1) J'avais écrit ces lignes depuis quelques jours, lorsque j'ai eu le plaisir de recevoir, à l'hôpital du Midi, la visite d'un des syphiliographes les plus autorisés, M. le docteur Victor de Méric. Ce savant médecin exerce à Londres depuis vingt-six ans, et est attaché à *Royal free Hospital*, où il y a une nombreuse consultation des maladies vénériennes. Je suis heureux de voir que, sur le sujet qui nous occupe, les impressions de M. de Méric sont les mêmes que les miennes. Il a remarqué que le phagédénisme et les cas graves de syphilis avaient considérablement diminué d'intensité et de nombre depuis plusieurs années, dans la capitale de l'Angleterre.

phagédénisme. Mais sa cause principale, je dirais presque unique, réside dans la manière d'être des individus; elle dépend de leur constitution. Ce sont eux qui le créent; et cela est si vrai que, dans les inoculations du chancre phagédénique, c'est le chancre seul, sans sa complication, que l'on reproduit. Le phagédénisme ne s'inocule pas.

S'il en est ainsi, il faut admettre, pour expliquer la rareté actuelle de cette complication, qu'un changement salutaire s'est opéré dans la santé générale des habitants de Paris, et que ce changement qui reste pour nous dans le vague, et que nous devinons par ses effets, sans pouvoir le définir, leur confère une sorte d'immunité qui les préserve du phagédénisme.

Que les gens bien portants, d'une vie sobre et régulière, obéissant aux règles d'une hygiène bien entendue, vivant dans un milieu sain, échappent, par le fait seul de ces conditions favorables, aux chances du phagédénisme, c'est là quelque chose de fort naturel et de facile à comprendre.

Mais, pendant les deux siéges de Paris, combien d'individus se trouvèrent sans ressources alimentaires suffisantes et furent brusquement jetés, en dehors de leurs habitudes et presque forcément, dans les écarts et dans les excès qui sont inséparables d'un pareil état de choses? A cette époque, les chancres simples se multiplièrent avec une rapidité et dans des proportions étonnantes. Ce fut une véritable épidémie. Eh bien, quoique toutes les circonstances les plus favorables à l'opportunité du phagédénisme fussent concentrées dans un temps et dans un espace limités, il ne sévit que modérément et toujours à l'état de phénomène isolé et exceptionnel. Sur le nombre immense de chancres simples que je soignai pendant la durée des deux siéges, je n'en vis que très-peu de serpigineux et de dangereusement phagédéniques.

(A suivre.)

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

De l'aérothérapie dans le traitement de la chlorose.

(Leçon recueillie par M. Esmieu, lauréat de l'École de médecine.)

C'est à grand'peine et grâce à un traitement fort actif que nous améliorons peu à peu la situation de la jeune chlorotique qui est couchée au n° 1 de la salle Sainte-Élisabeth.

Quand cette jeune fille est entrée dans le service, il y a un mois environ, elle avait la figure pâle et un peu bouffie, les conjonctives et les gencives décolorées, les jambes œdématiées; un léger bruit de souffle se faisait entendre à la région précordiale, au premier temps et à la base; de magnifiques bruits dans les gros vaisseaux au cou, au pli de l'aine et jusque dans le creux poplité. Cette malade avait eu, à la dernière époque menstruelle, des règles retardées, pâles et peu abondantes; elle était essouflée au moindre mouvement, elle avait perdu presque complétement l'appétit.

Nous devions évidemment lui donner du fer et la nourrir; mais encore fallait-il que le fer fût toléré et que la nourriture fût digérée. Or il arrivait à notre malade précisément ce qui arrive à beaucoup de chlorotiques : l'estomac ne sécrétait pas de suc gastrique, d'où l'inappétence et la dyspepsie. Nous avons associé le fer à la rhubarbe, à la noix vomique, à la pepsine; nous sommes ainsi parvenus à réveiller l'activité gastrique et à remédier à son insuffisance. Le fer est toléré, les aliments sont absorbés; nous avons obtenu quelques résultats, puisque les souffles vasculaires ont diminué et que l'œdème des membres inférieurs se dissipe la nuit par le repos au lit, mais nous marchons bien lentement.

Il y aurait cependant un moyen de rendre promptement à cette fille la santé qu'elle a perdue. Ce moyen, je puis en parler par expérience, parce que je l'ai employé maintes et maintes fois dans des conditions analogues. Notre malade est de la montagne; elle arrivait de l'Ardèche, forte et vigoureuse, il y a quelques mois : renvoyons-la dans sa montagne, et bientôt elle aura recouvré sa force et ses couleurs. Par les aliments, par le fer, nous avons obtenu des résultats faibles et lents; nous parviendrons à une guérison rapide et radicale par l'aérothérapie. Je l'ai déclaré ici, pour la première fois, en 1867, et maintenant je le répète avec plus d'énergie : *Le point capital, dans le traitement hygiénique de la chlorose, ce n'est pas la nourriture, c'est l'habitat; ce n'est pas l'aliment, c'est l'air.*

L'observation clinique, tel est le guide qui m'a conduit à formuler cette proposition. J'ai constaté que nos demoiselles, qui sont ici foncièrement chlorotiques, revenaient avec une provision de santé quand elles avaient quitté Marseille pendant un certain temps, surtout pour aller dans un pays de montagnes. J'ai été ainsi naturellement amené à leur prescrire un voyage, et surtout un voyage en Suisse, quand leur chlorose était rebelle ou redoublait d'intensité. Il y a, entre autres, une jeune dame, chlorotique au plus haut degré, dont l'affection ne s'est laissé entamer par aucun remède, et à qui je suis obligé d'ordonner ainsi, tous les cinq ou six mois, un petit changement d'air; quand elle a épuisé sa provision de santé, elle repart pour en faire une provision nouvelle. Une de mes malade était parvenue à un tel état de faiblesse, qu'il fallait la porter de son lit à son canapé; au moindre mouvement, elle était saisie de palpitations affreuses, et elle se refusait à prendre de la nourriture. J'eus le courage de la faire partir pour la Haute-Savoie, et trois mois après elle retournait plus grasse et plus fraîche qu'elle n'avait jamais été.

La réciproque est vraie, pouvons-nous dire comme les mathématiciens, puisqu'il s'agit d'une loi qui a presque l'exactitude mathématique. Quand une jeune fille nous arrive de la montagne, et c'est le cas de beaucoup de nos domestiques, au bout de peu de temps ses règles diminuent et se suppriment; elle a des palpitations, de l'essoufflement, de la faiblesse; elle a perdu ses joues rubicondes, elle a les pâles couleurs. Le plus grand nombre finissent par s'acclimater; un traitement ferrugineux leur rend une santé passable; mais il en est beaucoup qui ont besoin d'aller de temps en temps respirer l'air du pays, et il y en a encore beaucoup qui ne retrouvent la santé qu'à la condition de nous quitter.

Ce fait clinique m'a d'abord beaucoup étonné. J'en ai demandé l'explication à la physiologie. La lésion de la chlorose étant dans la diminution et peut-être dans l'altération des globules sanguins, il est permis d'espérer que le procédé de Hayem ou celui de Malassez, qui donne à un petit million près le chiffre des globules contenus dans 1 millimètre cube, nous indiquera, par l'examen comparatif du sang des divers vaisseaux, sur quels points et de quelle manière se forment ou se transforment les hématies. Nous le saurons plus tard; en attendant, ce qui paraît probable et ce que tendent à démontrer surtout les expériences de Lothar Meyer et de Ludwig, c'est le rôle actif de l'oxygène dans la transformation des globules blancs en globules rouges. Ce qui est encore plus incontestable, c'est que l'air vivifie le sang et lui imprime des qualités nouvelles. Je vois un appareil important, l'appareil pulmonaire, aidé par le système cutané, et une fonction de premier ordre, la respiration, entièrement consacrés à cette grande métamorphose. Cela me suffit pour comprendre que l'air puisse occuper

la première place dans le traitement d'une maladie dont la lésion est une altération du sang.

Le fait clinique trouvant ainsi dans la physiologie un commencement d'explication, nous sommes entraînés à faire un peu de physiologie pathologique et, nous nous demandons comment il se fait que Marseille soit, pour ainsi dire, une vaste fabrique de chloroses.

J'en trouve tout d'abord deux raisons : Marseille est une grande ville ; Marseille est au niveau de la mer, et par conséquent tout à fait dépourvue d'altitude.

La première raison est bonne, mais ne me paraît pas suffisante, comme à M. Raoul Leroy, qui, dans son livre sur l'anémie des grandes villes, m'a fait l'honneur, non pas de citer mais de reproduire mes leçons sur la chlorose publiées par M. Jusini. Il y a, vous le savez, dans l'air un élément utile, l'oxygène, et un élément nuisible, l'acide carbonique. Dans les grandes villes, par le fait de l'agglomération, l'oxygène, que se disputent tant de poitrines, diminue, tandis qu'augmente l'acide carbonique exhalé par tant de poitrines et accumulé par de si nombreuses combustions. Oui, mais la chimie répond : c'est par dix millièmes seulement que l'on compte les différences d'acide carbonique entre l'air des grandes villes et l'air de la campagne. Et la clinique ajoute : nous avons à Marseille des chlorotiques qui nous arrivent d'autres villes qui ont la prétention d'être aussi grandes que Marseille, Lyon, par exemple, où elles se portaient bien.

Il y a donc une autre condition. Puisque l'air des lieux élevés guérit nos chlorotiques, cette condition quelle pourrait-elle être sinon le défaut complet d'altitude ?

J'entends d'ici une double protestation de la clinique et de la physiologie. M. Jourdanet nous a décrit l'anémie des altitudes ; avec le concours de M. Paul Bert, il nous l'a physiologiquement expliquée. La diminution de la pression barométrique diminue la quantité d'oxygène qui pénètre dans l'organisme, d'où l'anémie des altitudes par oxygénation insuffisante. Personne ici ne le conteste ; mais ce n'est pas une raison pour nier l'anémie par défaut d'altitude.

Dans nos pays d'Europe, une altitude modérée donne au tempérament une grande vigueur. C'est là une vérité passée à l'état d'axiome. Elle a frappé les médecins et les historiens de tous les temps. Les montagnards sont énergiques et forts, alors même qu'ils boivent de l'eau et se nourrissent des aliments les plus simples, suivant la remarque d'Isensec. Chez eux, la vie végétative est luxuriante, suivant l'expression de M. Gigot-Suard. L'atmosphère des montagnes réussit aux chlorotiques chez lesquelles les ferrugineux et l'alimentation la plus soignée avaient été jusque-là inefficaces ; telles sont les paroles mêmes de M. Lombard. Cette médication convient surtout aux chloroses éréthiques, qui simulent parfois si bien la phthisie. Seulement, pour que le remède réussisse, il y a une condition nécessaire à remplir, c'est que l'altitude ne dépasse pas certaines limites. C'est une question de mesures. A mille mètres, l'air des montagnes chasse des chloroses nées au niveau de la mer ; au-dessus de deux mille mètres, il produit l'anémie. Voilà le fait tel que la clinique le donne. A la physiologie de l'expliquer.

En attendant qu'elle trouve une autre explication, voici celle que je proposerai :

Par le fait du défaut d'altitude, les proportions normales d'oxygène et d'acide carbonique sont modifiées aux dépens de l'oxygène, au profit de l'acide carbonique.

Ces changements de proportions ont lieu dans l'atmosphère ; ils sont plus sensibles encore dans le corps humain.

Dans l'atmosphère, où les gaz sont à l'état de simple mélange, l'acide carbonique, plus lourd que l'oxygène, gagne plus volontiers les couches inférieures. D'après Thénard, Saussure, Boussingault, on en trouve 4 pour 100 à la surface moyenne du sol ; il y en a seulement 2,40 à une hauteur de 800 à 900 mètres, d'après les malheureux voyageurs du *Zénith*, et 2,03 au sommet du Puy-de-Dôme, à 1,446 mètres, d'après Truchot. La diminution d'oxygène, qu'amène forcément la diminution dans la pression barométrique, est beaucoup plus faible, et, si l'on consulte les tableaux dressés par Lombard, on voit que l'oxygène diminue d'un septième là où l'acide carbonique a diminué de moitié. Ajoutons que le refroidissement produit par l'altitude ralentit cette diminution d'oxygène en déterminant une plus grande condensation. Quinze degrés de différence font qu'à une hauteur de 430 mètres un litre d'air renferme autant d'oxygène qu'au niveau de la mer.

Mais cette différence dans les proportions d'acide carbonique et d'oxygène est moins forte encore dans l'atmosphère que dans le corps humain. La pression atmosphérique s'oppose à l'élimination de l'acide carbonique, qui tend à s'accumuler dans l'organisme. Cette accumulation d'acide carbonique est un obstacle mécanique à l'introduction de l'oxygène. Le sang, déjà chargé d'un gaz, ne peut recevoir qu'en proportion plus faible un autre gaz, d'autant plus que l'acide carbonique, plus soluble que l'oxygène, ne peut, dans le sérum, se laisser remplacer par lui. L'acide carbonique s'oppose ainsi à l'entrée de l'oxygène dans le torrent circulatoire et, par suite, aux échanges gazeux de la respiration.

N'aurait-il pas de plus une action plus ou moins toxique sur les globules ? C'est la question que l'on peut se poser quand on voit Cl. Bernard déclarer que l'oxyde de carbone est le poison des globules. En tout cas il paraît bien difficile qu'une grande quantité d'acide carbonique ne facilite pas la formation d'une petite quantité d'oxyde de carbone, c'est-à-dire d'un corps moins oxygéné, dans un milieu qui s'appauvrit en oxygène.

Ainsi donc, il est pour nous cliniquement démontré et physiologiquement expliqué que Marseille favorise par défaut d'altitude la production des chloroses et que, malgré l'anémie des grandes altitudes, l'air des montagnes, c'est-à-dire des altitudes modérées, convient aux chlorotiques.

(*A suivre.*)

DE L'ENCLAVEMENT DANS LE BEC-DE-LIÈVRE COMPLIQUÉ

Par M. le docteur Pirotais.

Le bec-de-lièvre est facile à opérer par les méthodes Malgaigne ou Clémot, Mirault et Nélaton. Celle-ci est surtout avantageuse et sans grandes difficultés opératoires. Il n'en est pas ainsi lorsque le tubercule médian est réuni au lobule du nez, qu'il en est, pour ainsi dire, le prolongement.

Que trouvons-nous, en effet, pour remédier à cette déformation ? La méthode Blandin, consistant à retrancher une lame triangulaire à la cloison, et à refouler le tout dans le vide créé. En fait, ce procédé ingénieux s'applique spécialement à la saillie intermaxillaire de l'os incisif ; mais les lèvres de son triangle peuvent se cicatriser isolément et laissent alors un nouveau vide palatin. Une simple incision est suffisante ; si le tubercule est moins mobile, la réunion sera plus facile.

On doit, dit-on, exciser le tubercule médian, s'il est petit et ratatiné. Tous les efforts chirurgicaux doivent au contraire tendre à sa conservation.

Voici un procédé qui me paraît avantageux.

C'est le triple enclavement, ou procédé triangulaire.

Premier temps. — On commence par aviver le tubercule, en le transformant en triangle à sommet inférieur; on taille, sur la lèvre la plus difficile à réunir, le lambeau de Malgaigne, sans prolonger autant l'incision inférieurement; ce lambeau labial détaché, on forme ainsi un nouveau triangle enclavant le lobaire. On les réunit, et l'on en attend le résultat; s'il est favorable, il est procédé au deuxième temps.

Deuxième temps. — Quinze jours après cette première opération réussie, le deuxième temps est exécuté. Pour cela, on suit en partie le procédé de Phillips, c'est-à-dire que, pour avoir plus de relâchement, la division labiale opérée, les ailes du nez sont hardiment détachées du maxillaire. L'opérateur taille alors, comme Mirault, un lambeau sur l'autre division labiale et le renverse sur la lèvre et le tubercule y compris préalablement avivés. Le chirurgien détermine un second enclavement à base latérale et un peu supérieure. Celui-ci est moins régulier que le précédent. Encore ne faut-il pas prolonger trop bas l'incision, pour se procurer une coaptation plus parfaite et plus résistante. Deux épingles traverseront le tout et ne seront enlevées que le quatrième jour.

Troisième temps. — Rhinoplastie. Le tubercule entraînant, pour former sous-cloison, le lobule nasal, le nez se trouve aplati; il faut corriger cette malformation. On emploie alors la rhinoplastie par glissement triangulaire. Ici il n'y a pas de laxité, ce qui rend le procédé similaire de Warthon-Jones si facile pour l'ectropion, mais en incisant profondément et en détachant bien les tissus, on y obvie.

Sur l'extrémité inférieure du nez on fera donc une incision profonde, triangulaire, à base labiale. On enlèvera, de chaque côté du triangle compris, un lambeau charnu; l'opérateur détachera fortement le nouveau sommet, pour obtenir le triangulaire glissement et permettre la réunion plus facile des deux lèvres du triangle saignant; on procédera alors à leur réunion par suture.

Ce procédé par enclavement et glissement donnera un résultat passable, et, sans rien innover, pourra compléter les diverses méthodes classiques.

DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES
DE L'ÉLECTRICITÉ (1)

Par le docteur Althaus (de Londres)
(traduction du docteur Darin).

La machine faradique de Weiss est fort bien faite, comme tout ce qui sort de cette maison (fig. 20). La pile se compose de charbon et de zinc K, et se charge avec une solution de bichromate de potasse dans de l'acide sulfurique dilué; J représente le manche à l'aide duquel on élève la charge quand on veut faire fonctionner l'appareil, et L la vis qui la fixe dans cette position. Quand les pôles de la batterie N M sont reliés à ceux de la bobine d'induction A B, le marteau G se met à vibrer. C et D sont les boutons polaires du courant induit et communiquent avec les rhéophores, dont les autres bouts sont fixés aux électrodes. Veut-on obtenir le courant primaire, on amène le commutateur H sur *pri*, et on le retourne en *sec* pour avoir le courant secondaire. L'instrument n'est pas lourd et peut se porter partout, sans crainte de renverser le liquide. Le prix est de 110 francs.

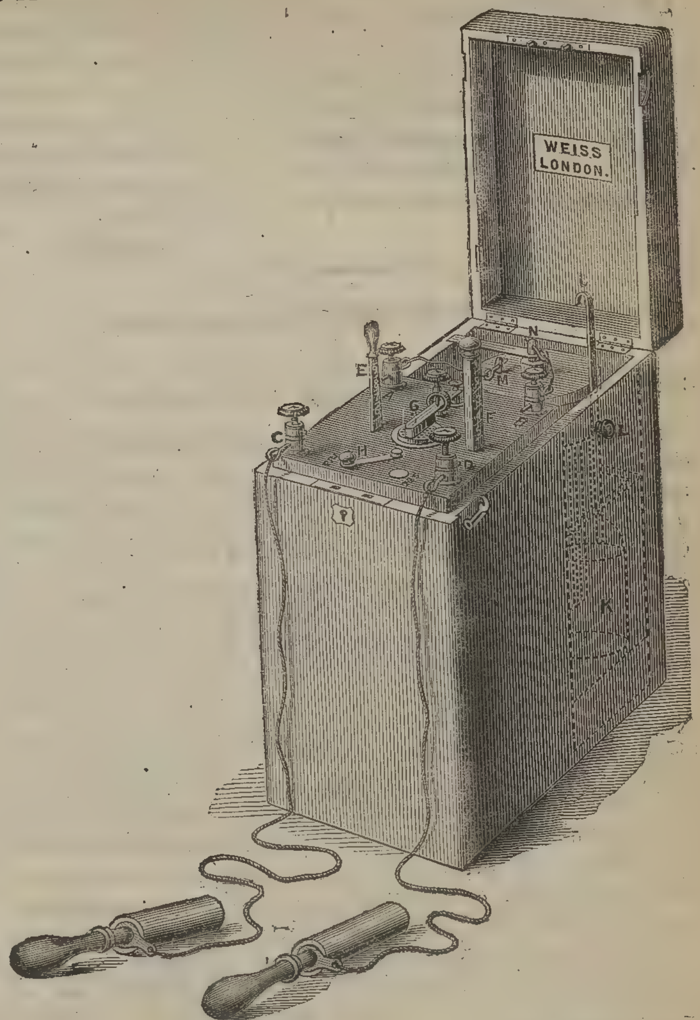


Fig. 20.

L'appareil faradique, au chlorure d'argent, de Gaiffe est l'une des machines d'induction les plus soignées et les plus commodes que l'on ait jamais faites (fig. 21). A B C D, boîte con-

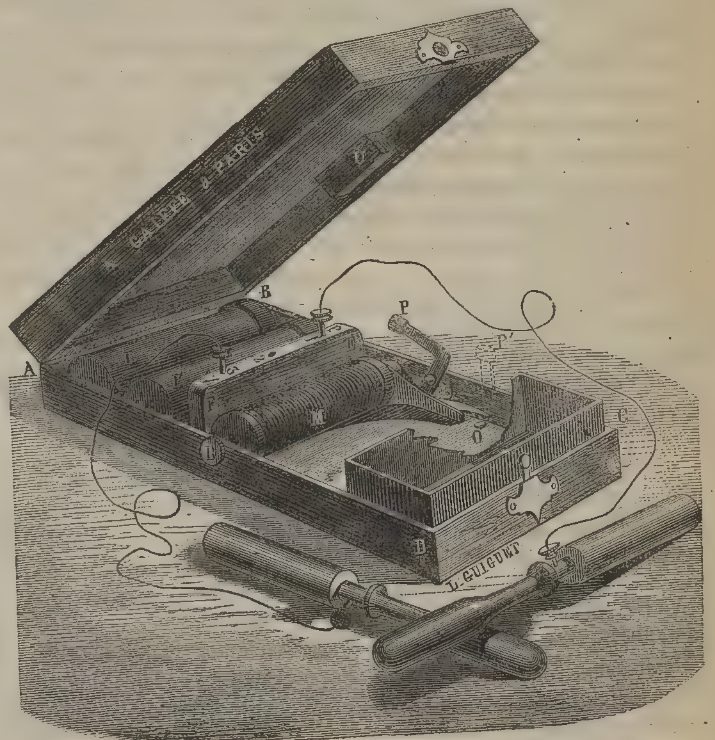


Fig. 21.

(1) Suite. — Voir les numéros des 16, 23, 27 mars, 3 avril, 5 juin, 17 juillet, 5, 14 et 28 août.

tenant l'appareil, et qui a la forme d'un volume petit in-8°. La boîte est divisée en deux compartiments par la cloison E F; l'un d'eux contient la batterie, l'autre la bobine. P, marteau ou levier; M, bobine; 1 et 2, courant primaire; 2 et 3, courant secondaire; LL', couples de la batterie au chlorure d'argent. On a remédié au seul inconvénient que présentait autrefois ce joli instrument, dont la batterie se mettait à fuir au bout d'un certain temps de service, en employant une plus petite quantité de liquide. Son prix est de 35 francs.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 juillet (1).— Présidence de M. GILLEBERT-DHERCOURT PÈRE.

M. FORGET. La première chose qui frappe en examinant l'enfant, c'est son développement remarquable et normal en dehors de cet appendice qui représente une extrémité inférieure avec rudiment d'anus. Il y a donc une sorte de séparation entre la monstruosité et la partie physiologique. Avant d'en venir à une opération, il faut examiner avec soin quelles sont les connexions qui existent entre le sujet et l'appendice. Elles me semblent peu étendues entre le simulacre de bassin et les parties génitales. A droite, et de bas en haut, on retrouve le rudiment de tous les os jusqu'au grand trochanter; puis, entre ce point et le tronc, une espèce de col fémoral et après lui une mobilité très-nette. Quelle est cette articulation? Sans aucun doute, une énarthrose, et, malgré l'aplatissement d'un os des îles rudimentaire, il existe là une cavité cotyloïde plus ou moins incomplète. Plus loin, en arrière, on trouve l'origine de la vulve, qui se continue sur la tumeur par de petits replis qui ne sont autres que les lèvres. Où s'arrête cette connexion, et peut-on séparer sans intéresser le vagin ou un autre point des parties génitales? Ici commence l'obscurité. Après avoir dépassé la partie renflée, on tombe sur un rétrécissement, une sorte de pédicule si bien marqué qu'il vient tout de suite à l'esprit d'employer l'écraseur pour en opérer la section. Quant au système musculaire, je crois volontiers à son existence, car on remarque à la partie postérieure de la cuisse une corde tendue qui représente assez bien les muscles et tendons qui bordent le creux poplité. Ces membres doivent contenir tous les éléments anatomiques.

Pour ce qui est de l'opération, je pose toutes les réserves possibles; avec les caustiques, je craindrais qu'ils ne vinssent à fuser sur l'enfant et à compromettre l'anus et la vulve. Je préférerais l'écraseur employé avec précaution, en allant couche par couche, en quelque sorte tissu par tissu.

M. ONIMUS. Je voudrais dire un mot à propos de la genèse de ces monstruosités. Les recherches démontrent qu'il ne s'agit jamais de deux fœtus. Les expériences de M. Coste et de ses élèves, et surtout celles de M. Robin, arrivent à cette conclusion. Pour Millie-Christine, le cas était plus difficile à juger, car il y avait deux cerveaux différents. Mais cela dépend du moment auquel s'est fait la section de l'ovule. Si elle a eu lieu dans les premiers jours, les développements successifs ont été réguliers, et, en somme, les monstres sont plus ou moins complets suivant l'époque de la segmentation, ce qui prouve que le développement exagéré n'est que la conséquence de ce qui est arrivé, et que, s'il est anormal par rapport à l'individu, il est normal quant à ses éléments.

M. GILLETTE. Je ne crois pas que cette corde dont a parlé M. Forget soit une masse musculaire; je penche plutôt vers l'idée de tissu fibreux non contractile. D'ailleurs, comme il y a un squelette rudimentaire et, par conséquent, des points d'insertion, il y aurait des contractions si l'on avait affaire bien réellement à des muscles, ce qui n'existe pas.

M. POLAILLON. De prime abord j'ai dit que l'opération était possible. Quant à l'exécution, je partage l'opinion de M. de Saint-Germain et pense que l'on devrait chercher à atrophier la tumeur avant de l'enlever. Au point rétréci on pourrait agir à l'aide d'une compression élastique qui péduculiserait progressivement; puis, lorsqu'on trouverait le résultat suffisant, terminer l'opération par le moyen de caustiques appliqués entre la ligature et l'appendice. On a pu de cette façon enlever des spina-bifida. Un chirurgien de Lyon, M. Laroyenne, en a enlevé un sur la nuque d'un enfant à l'aide d'une ligature élastique placée derrière des épingles enfoncées tout autour de la tumeur. S'il existait une communication nerveuse jusque vers le pédicule, la ligature servirait à l'oblitérer. Voilà le moyen que je proposerais, sans toutefois le préconiser.

M. FORGET demande à M. Onimus s'il croit à des cordons nerveux qui communiqueraient avec la moelle, car il n'y a aucun prolongement du côté de la colonne vertébrale.

M. ONIMUS. Ce sont sans doute les mêmes nerfs que ceux de l'enfant et qui se prolongent par la peau. Quant aux muscles, je crois qu'ils sont contracturés, car, à part quelques mouvements de latéralité, il n'y a pas de contractions. J'ai déjà vu deux enfants dans cet état; l'électricité n'avait aucune action sur leurs muscles, qui étaient graisseux. Au point de vue opératoire, je soumettrai à mes collègues l'emploi d'un fil de platine traversant à froid la base de la tumeur et rougi ensuite par un courant électrique. En répétant cette opération à l'aide de plusieurs fils, on arriverait probablement à flétrir en quelque sorte la tumeur un peu comme cela se passe dans les tumeurs hémorrhoïdales.

M. GILLEBERT-DHERCOURT FILS. Les mouvements de latéralité dont a parlé M. Onimus ne doivent pas être produits par des contractions musculaires de l'appendice; ils sont le résultat de ballottements que l'enfant fait exécuter à sa tumeur par des mouvements du bassin.

M. ONIMUS. En tout cas, il est de fait que je n'ai pas trouvé de contraction.

M. DELASIAUVE. Ce n'est pas la première fois que cette enfant est présentée à l'examen de sociétés médicales. Et il serait peut-être bon de connaître les opinions émises par les confrères qui ont pris part aux discussions qui ont eu lieu ensuite. En résumant ce qui a été dit, par exemple au point de vue du nombre de taches germinatives, on obtiendrait un petit tableau qui éclairerait la question.

M. FORGET. M. Onimus, qui s'est occupé de cette question, pourrait, dans une des séances prochaines, nous donner des éclaircissements sur ce point.

M. LEBLOND. J'ai déjà soutenu devant la société que, dans les trois premiers mois de la grossesse, les avortements spontanés se faisaient en bloc. Voici un nouveau fait. La pièce que je présente est un œuf de cinq à six semaines environ, à en juger par son volume et par l'époque de la dernière menstruation. Il a été expulsé intact. On comprend l'importance que ces faits bien établis pourraient avoir au point de vue médico-légal.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel : Dr GILLEBERT-DHERCOURT *fils.*

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 août.

BIBLIOGRAPHIE

Névroses diathésiques, ou les maladies nerveuses dans leurs rapports avec le rhumatisme, la goutte, les dartres, la syphilis, la scrofule, le cancer, etc. (1).

Par le docteur P. BERTHIER, médecin de Bicêtre, etc.

Les névroses sont, d'après Axenfeld, des états morbides le plus souvent apyrétiques, dans lesquels on remarque une modification exclusive ou au moins prédominante de l'intelligence, de la sensibilité ou de la motilité, ou de ces facultés à la fois; états morbides qui présentent cette double particularité, de pouvoir se produire en l'absence de toute lésion appréciable, et de ne pas entraîner par eux-mêmes des dérangements profonds et persistants dans la structure des parties.

Elles se développent, on le sait, sous l'influence des conditions les

(1) Un vol. in-8° de 330 pages, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

plus diverses, morales ou physiques; mais on ne saurait nier aussi que la prédisposition héréditaire ne vienne le plus souvent jouer de ce côté un rôle prédominant. Dans certains cas, on doit encore le reconnaître, les névroses sont intimement attachées à des causes organiques générales constitutionnelles, que l'on est convenu, de temps immémorial, de désigner sous le nom de *diathèses*. On observe, alors, un véritable rapport permanent de cause à effet; il existe alors une parenté dont il est facile de suivre la filiation et qui peut fournir au médecin des indications essentiellement pratiques.

Cette étude si intéressante des relations entre les maladies nerveuses et certaines diathèses, notre honorable confrère le docteur Berthier l'a entreprise avec un véritable succès. Ses nombreuses recherches et les observations remarquables que renferme son livre sont autant de preuves incontestables qui viennent à l'appui d'une thèse, la première qui ait paru jusqu'à présent sous ce titre.

Sans entrer dans une discussion sur ce que l'on doit entendre par diathèses, nous nous bornerons à dire que M. Berthier comprend dans cette catégorie les affections suivantes : scrofules, tuberculose, syphilis, cancer, rhumatisme, goutte, herpétisme, lithiare, etc.

Les névroses, telles que l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, l'hypochondrie, la folie, maintes paralysies, lorsqu'elles sont liées à l'une ou l'autre de ces diathèses, constituent ce qu'il appelle les *névroses diathésiques*. La diathèse étant déjà un mode vicieux de l'organisme, on conçoit qu'elle devienne par cela même un terrain éminemment propre au développement de l'affection nerveuse. Les auteurs, du reste, sans leur donner ce nom de *névroses diathésiques*, nouvellement créé, ont admis et décrit des hystéries, des hypochondries goutteuses, des aphonies syphilitiques, des mélancolies dartreuses, des amauroses rhumatismales, des épilepsies, des chorées déterminées par la goutte, le rhumatisme, la scrofule, etc., que l'on reconnait à travers leurs noms qui ont varié avec les époques.

Notre confrère a consacré, dans autant de chapitres, une description particulière à chacune de ces formes. Il nous serait impossible, nous le regrettons vivement dans cette courte notice, de le suivre à travers sa savante étude. Il nous suffit de constater qu'il est de la plus haute importance de poser à cet égard un diagnostic exact; car, si une médication appropriée peut faire disparaître la névrose avec la diathèse qui l'a engendrée, une médication négative laissera persister la névrose quand bien même la diathèse a cessé de se manifester. Sans la connaissance de cette cause, les moyens de traitement habituellement employés ne peuvent être suivis d'aucun résultat avantageux. Ne fût-ce que sous ce rapport, le médecin trouvera dans le livre de M. Berthier une source de renseignements précieux, et nous en conseillons vivement la lecture.

H. DAGONET,
Ancien professeur agrégé.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

247. Gayot. Recherches sur quelques altérations des ganglions mésentériques chez l'adulte.
248. De Cours. De l'hémianesthésie saturnine.
249. Chabret. De l'oblitération de la veine-cave inférieure.
250. Giraud. De la dépression atmosphérique; son rôle dans le mal de montagne et son influence sur la phthisie pulmonaire.
251. Devin. Des fistules uréthro-rectales.
252. Rumen. Essai sur les névrômes.
253. Poché. Contribution à l'étude des anomalies des cloisons cardiaques.
254. Dieudé. Contribution à l'étude clinique de la température dans l'éclampsie puerpérale.
255. Albessard. De la cystite chronique chez les vieillards.
256. Goguel. De la résection temporaire des os de la face.
257. Mery. De la dysenterie des pays chauds et de son traitement spécialement par le sulfate de soude.
258. Legrand. Contribution à la physiologie de la cinquième paire crânienne.
259. Romieu. Des complications de l'appareil respiratoire dans la rougeole.
260. Lefèvre. Du traitement des pleurésies avec épanchement séro-fibrineux.
261. Sévastopulo. Des hystérômes ou des tumeurs dites fibreuses de l'utérus.
262. Alpheran. Des embolies pulmonaires bénignes.
263. Petit. De l'hystérie chez l'homme.
264. Chopy. Étude sur une cause de mort subite dans le rhumatisme articulaire chronique.
265. Picard. Sarcocèle et phthisie cancéreuse.
266. Jousse. Quelques considérations sur le rhumatisme cérébral, sa nature, son traitement.
267. Druhen. De l'iodure d'ammonium, son emploi en thérapeutique dans la syphilis et la scrofule.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé militaire. Par décret en date du 18 août 1875, ont été promus :

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Mabillat et Badour.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Ribard, Boyer, Lachappelle et Mazellier.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : M. Babeau.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : M. Barille.

— En comparant la statistique des universités allemandes, pour le semestre d'été de l'année 1874 et pour celui de l'année 1875, on constate, dit la *Gazette générale*, une diminution dans le nombre des étudiants en médecine. De 6,190, le nombre est tombé à 6,039. Une des causes de cette diminution, c'est, au dire du journal en question, qu'actuellement les étudiants juifs se consacrent en grand nombre à la jurisprudence, tandis qu'autrefois, la carrière du droit leur étant à peu près fermée, un grand nombre d'entre eux se vouaient à la profession médicale.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................... 1.33

Silicate acide, Arseniate », Phosphate », Sulfate » } sesqui-oxyde de fer; — de chaux........; Chlorure de sodium........; Matières organiques........ } 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Alimentation du premier âge.

la **Conserve DUTAUT**, breveté s. g. d. g. compte vingt années de succès.

Expérimentée en 1860, à l'hospice des Enfants de Bordeaux, et en 1874 dans les crèches de Paris et de Lyon, elle a constamment donné les résultats les plus satisfaisants. — C'est le meilleur auxiliaire de l'allaitement MATERNEL insuffisant. Son usage est précieux à l'époque du sevrage.

Bordeaux, pharmacie DUTAUT, rue Esprit-des-Lois, 18, et dans les principales pharmacies. Ne pas confondre avec les nombreuses imitations.

Élixir de Roussy, à la Coca,

à la Pepsine et à la Diastase.

La Coca prévient et atténue l'action locale irritante de la Pepsine et de la Diastase, et permet aux estomacs, même les plus délicats, de faire, sans aucun danger, un usage régulier et continu de ces deux principes indispensables à l'accomplissement régulier des phénomènes chimiques de la digestion.

Préparation **tonique** et **digestive**, d'un goût exquis, d'une efficacité remarquable, destinée à rendre de grands services à la thérapeutique. Employée avec succès contre les **douleurs d'estomac**, les **mauvaises digestions**, les **dyspepsies**, **gastralgies**, **vomissements**, dans les **maladies débilitantes**, enfin dans tous les cas où l'appareil digestif fonctionne mal.

Dépôt central à la pharmacie, rue Hoche, 9, à Versailles. — Dépôt à Paris (vente en gros), Marchahd, 220, r. Saint-Martin. — Se trouve dans toutes les pharmacies. — Prix : 4 francs la bouteille.

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

(GOUDRON ET MONOSULFURE DE SODIUM INALTÉRABLES.)

Prescrit avec le plus grand succès dans la **Bronchite chronique**, le **catarrhe**, l'**Asthme**, la **Laryngite** et dans la **Tuberculose**, quand l'expectoration est très-abondante.

DÉPOT : rue Vieille-du-Temple, 21.

Liqueur de Carrié au tartrate

ferrico-potassico-ammoniaque.

La LIQUEUR DE CARRIÉ est la meilleure des préparations ferrugineuses pour combattre la **chlorose**, les migraines, les gastralgies. Toutes les fois que le sang a besoin de fer, cette liqueur doit avoir la préférence sur les autres ferrugineux, elle réussit mieux, l'estomac la supporte plus facilement et elle ne provoque **jamais de constipation. —** Le flacon, 3 francs, 38, rue de Bondy, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

A la même pharmacie, le **carton anti-asthmatique** de *Carrié*, la meilleure préparation connue jusqu'à ce jour. La preuve la plus frappante de son efficacité, c'est qu'elle a été admise à la page 653 du Codex de 1866, publié par ordre du gouvernement. — La boîte : 5 francs.

Thérapeutique des affections rhumatismales.

Baume à l'huile concrète de LAURIER D'ARABIE

contre la goutte, les rhumatismes, les douleurs, les névralgies, etc. (AL-GHAR DU Dr ALI.) — Lorsqu'on frotte avec ce baume la partie malade, il s'y développe bientôt une très-vive chaleur, mais qui ne produit aucune irritation de la peau, contrairement aux autres produits qui enflamment généralement les parties sur lesquelles on les applique et ne soulagent momentanément qu'en substituant une douleur à une autre.

Ph. Mariani, 41, bd Haussmann, et princ. pharm.

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

AU QUINQUINA, PYROPHOSPHATE DE FER

Oranges amères et malaga

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

VIN DE G. SEGUIN

TONIQUE & FÉBRIFUGE

« Ce Vin remplace avec avantage toutes les préparations de Quinquina. » **(Rapport de l'Académie de Médecine).**

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue Saint-Honoré.

CONTREXEVILLE

(SOURCE DU PAVILLON)

CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT

DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Pilules de Blancard, approuvées

par l'Académie de médecine de Paris.

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Blancard

Se trouvent dans toutes les pharmacies. *Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

Silphium cyrenaïcum

Expérimenté par le docteur **LAVAL**, avec le plus grand succès, dans le traitement de la **phthisie** pulmonaire à tous les degrés, de la phthisie laryngée et dans toutes les affections de la poitrine et de la gorge.

Importé et préparé par DERODE et DEFFÈS, pharmaciens de 1re classe.

PRIX DES PRÉPARATIONS :

Granules jaunes à 5 cent., le flac. de 60.	5 fr. »
Granules roses à 25 millig., —	4 »
Teinture, en flacons de 2 fr. 50, 4 fr. et	6 »
Poudre de silphium, la boîte...........	3 »

MAISON DE VENTE : 2, RUE DROUOT, PARIS.

Véritable jus de bifteck

du docteur X. ROUSSEL

Alimentation reconstituante. Dépôt général maison du *Silphium*, r. Drouot, 2, Paris. Prix du flacon, 3 fr. 50.

Pilules de Louvard

Au fer pur inaltérable et à l'absinthe.

A la dose de 6 à 9 par jour, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et la mieux tolérée; les fonctions digestives sont rapidement rétablies. Gros, Darrasse, rue Simon-le-Franc, 21, Paris.

VIN MARIANI

à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. 5 francs la bouteille.

Mariani, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE

de Ad. CARPENTIER, pharmacien, à Paris

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. Le flacon, 3 fr. 61, Boulevard Malesherbes et toutes les pharmacies.

VIN DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 mars 1864.

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui n'a d'action que sur les aliments azotés, à son auxiliaire naturel la Diastase, qui transforme en Glycose les aliments féculents et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats

contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES	MAUX D'ESTOMAC
LIENTERIE, DIARRHÉE	DYSPEPSIES, GASTRALGIES
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES	CONVALESCENCES LENTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION	PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES...

Paris, 2, rue de la Coutellerie (ci-devant, 2, avenue Victoria), et la plupart des Pharmacies

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Jules Guérin est un rude jouteur. Il suffit presque seul à la tâche ingrate d'animer un peu les séances académiques, alors qu'on se sent en vacances et que quelques membres à peine sont disséminés sur les bancs.

Hier, il avait pris d'abord à partie M. Giraud-Teulon à propos des théories actuelles sur les causes et la nature de la myopie. M. Jules Guérin croit à l'influence de l'action musculaire sur la forme de l'œil. Il ne se déclare pas convaincu par les expériences de Donders, expériences qui, suivant lui, n'ont pas porté sur un nombre de sujets suffisant, ni sur des sujets assez bien choisis. M. Giraud-Teulon a défendu avec vaillance les doctrines qui sont aujourd'hui devenues classiques et que personne ne conteste en dehors de M. Guérin.

Ensuite M. Jules Guérin s'en est pris à son homonyme, à l'occasion du pansement ouaté. Il a rappelé que, depuis plus de quarante ans, il préconisait l'occlusion des plaies, et qu'il avait imaginé, dans ce but, toute une série d'appareils plus efficaces que les couches de ouate superposées. M. Alphonse Guérin s'est hâté d'affirmer que la ouate ne produisait pas d'occlusion réelle. L'idée première de son invention était d'empêcher dans le pus la production de bactéries, de bactéridies, etc. Il s'est trouvé qu'en outre le pansement ouaté présentait bien d'autres avantages énumérés, par M. Gosselin, et qu'il les présentait alors même que le pus était, malgré son application, plein de ces petits corps organisés.

Ce qui paraît jusqu'ici de plus clair, c'est qu'on s'est, durant un certain temps, singulièrement exagéré l'influence des germes proprement dits et des êtres microscopiques dans les maladies.

Il faudra trouver autre chose pour expliquer l'infection purulente, la septicémie, etc. En effet, ces germes peuvent exister en quantité considérable sans qu'il en résulte aucun mal chez tel individu, tandis que chez tel autre la septicémie se produit dans des conditions qui semblaient infiniment moins favorables à ce point de vue.

Si nous étions à une autre époque de l'année, il serait probable que la discussion commencée hier prendrait un grand développement.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC

Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris depuis la guerre de 1870-1871 (1).

Leçon recueillie par M. HUGONNEAU, interne du service.

XXVI

Permettez-moi de revenir encore aux chiffres et de vous en donner quelques-uns avant de terminer. Je veux supputer devant vous, approximativement bien entendu, car l'exactitude mathématique n'est pas possible en pareille matière, quel est le nombre des syphilis qui se contractent chaque année dans la ville de Paris.

En 1869, il se présenta à ma consultation de l'hôpital du Midi 9,138 malades. N'allez pas croire que tous étaient des malades différents. Le chiffre 9,138 comprend tous ceux qui venaient pour la première fois et ceux qui *revenaient*. En élaguant ces derniers, j'ai calculé que j'avais donné des soins à 3,500 individus environ.

C'est un peu plus que le tiers du nombre total brut : 9,138 ; mettons le tiers, afin de ne rien exagérer. Pour avoir le nombre réel des *nouveaux malades* qui se présentent à la consultation de l'hôpital du Midi, il faut donc prendre le tiers de ceux qui font acte de présence.

Du 1er janvier 1867 au 1er juillet 1875, le nombre des consultants pris en bloc ayant été de 161,126, c'est donc le *tiers* ou 53,708 qui représente le nombre *réel* des consultants.

En huit ans et demi, ou en cent douze mois, il y a eu, par conséquent, 53,708 individus différents qui sont venus réclamer des soins à l'hôpital pour des maladies vénériennes anciennes ou récentes.

Afin de savoir quel est le nombre des syphilis contractées, il faut rechercher quelle est la proportion des chancres syphilitiques par rapport à toutes les autres maladies vénériennes. Eh bien, en 1869, sur les 3,500 individus qui m'ont consulté, il y en avait 680 qui étaient atteints de chancres syphilitiques ; soit un *cinquième*.

En supposant que ce soit là une moyenne applicable à toutes les années, nous n'aurions qu'à prendre le cinquième de 53,708 pour avoir le nombre des chancres syphilitiques contractés du commencement de 1867 au 1er juillet 1875, ce qui donnerait 10,741 chancres infectants pour huit ans et demi, soit 105 environ par mois, et par conséquent 1,260 par année.

Mais n'est-ce pas là une moyenne trop faible? A ma consul-

(1) Fin. — Voir les numéros des 27, 29 juillet, 10, 17, 24 et 31 août

tation, en 1869, je vous disais que j'avais eu 680 chancres syphilitiques. Les deux autres consultations ont dû donner à peu près le même nombre. Il y aurait donc eu à toutes les consultations de l'hôpital du Midi, en 1869, 2,040 chancres infectants, chiffre très-supérieur à la moyenne de 1,260 à laquelle je suis arrivé par un autre procédé. En tenant compte de la diminution des maladies vénériennes depuis 1870-1871, et en prenant la moyenne des deux chiffres 2,040 et 1,260, on arrive au chiffre approximatif de 1,500.

J'estime, messieurs, qu'il se présente, bon an mal an, à la consultation de l'hôpital du Midi, de 1,200 à 1,500 chancres syphilitiques. Mettons 1,300.

Mais nous ne recevons ici que la population masculine. Or la population féminine fournit son contingent; seulement ce contingent est beaucoup moins élevé que celui des hommes. D'après un calcul approximatif dont je vous ferai connaître plus tard les éléments, je suis porté à croire qu'il n'y a, environ, qu'un chancre syphilitique chez la femme pour 10 ou 12 chez l'homme. C'est donc le 10e de 1,000, ou 130 (mettons 150), qui exprime à peu près le nombre des chancres syphilitiques chez les femmes d'une certaine classe.

De sorte qu'il y aurait chaque année, dans la population des deux sexes, qui forme la clientèle des hôpitaux de vénériens, de 1,500 à 1,700 nouveaux vérolés (chiffres ronds).

Mais songez, messieurs, au grand nombre d'individus qui se font soigner en dehors de l'hôpital, soit pas des médecins, soit par des pharmaciens, soit aussi par les charlatans si nombreux dans notre spécialité; songez à tous ceux qui contractent la syphilis non plus dans le milieu dont les malades ont servi de base à mes statistiques, mais dans les classes riches et aisées, qui n'en sont pas plus exemptes que les classes pauvres; songez que la syphilis pénètre partout, qu'elle s'insinue sous toutes les formes et par tous les modes de contagion, même les plus bizarres, dans les endroits qui lui semblaient interdits à tout jamais, dans le foyer de la famille, où elle infecte l'enfant, où elle infecte la femme, la mère, qui ne la connaissent même pas de nom; songez à ces circonstances infinies qui se combinent de mille manières pour faciliter sa propagation depuis le sommet jusqu'au bas de l'échelle sociale, et vous conviendrez avec moi que le chiffre approximatif de 1,500-1,700 ne représente qu'une assez faible partie des syphilis contractées pendant une année dans la ville de Paris. En le triplant nous serions peut-être au-dessous de la réalité.

Eh bien, triplons-le : nous aurons 4,500 et 5,000.

Admettons qu'il se contracte tous les ans à Paris 5,000 syphilis. Au bout de dix ans il y en aurait 50,000, si la mort ou le mouvement d'importation et d'exportation d'une denrée pathologique dont le transit est si facile ne dérangeaient pas cette accumulation progressive. Mais, les dix années antérieures ayant jeté dans la population le même nombre de syphilitiques, vous voyez à quel chiffre énorme on arriverait.

Il est impossible de dire combien il y a actuellement à Paris de gens ayant ou ayant eu la vérole. Je ne vous donne là que des à peu près. Veuillez, je vous prie, n'accorder à ces nombres aucune signification précise; ils n'y prétendent pas.

Si on vous avait demandé à brûle-pourpoint, avant cette leçon, quel était le nombre des syphilitiques à Paris, vous auriez été sans doute fort embarrassés. Peut-être le seriez-vous un peu moins maintenant. Je vous ai fourni quelques jalons ; voilà tout.

Répondez qu'il se crée chaque année, dans cette ville, de 5,000 à 7,000 ou 8,000 véroles, et vous ne serez pas loin de la vérité.

XXVII

Il y a quelquefois des écarts très-considérables dans les oscillations que présentent comme nombre les diverses maladies vénériennes envisagées séparément et dans leur ensemble.

Parmi les anomalies qu'on remarque dans la statistique des consultations de l'hôpital du Midi, il en est une que je vous ai signalée et sur laquelle je veux revenir, parce qu'elle me paraît se rattacher à un fait si général qu'on pourrait presque l'ériger en loi.

Vous avez été frappés, comme moi, de voir que l'année 1872 a fourni un contingent de maladies vénériennes beaucoup plus considérable que les années suivantes. Pourtant la population s'est accrue depuis cette époque. Il n'est pas douteux qu'il existe aujourd'hui en 1875 plus de monde à Paris qu'en 1872.

Eh bien, en 1875, si le second semestre est semblable au premier, le nombre des consultants ne sera que de 16,498, c'est-à-dire inférieur de 6,894 à celui de 1872.

N'est-ce pas là un phénomène remarquable? A quoi doit-on l'attribuer? Certes on peut faire à cet égard bien des hypothèses, et invoquer la plupart des causes dont je vous ai parlé plus haut. Mais pourquoi, précisément après nos désastres, le chiffre des maladies vénériennes s'est-il élevé relativement si haut? Il en a été de même de celui des mariages.

Ne semble-t-il pas, messieurs, que l'activité génitale, ralentie par les désastreuses années 1870-1871, ait été ranimée par ce mouvement de réaction qui se produit presque fatalement dans toutes les affaires de ce monde?

Au sortir des crises les plus terribles, à différentes époques et chez chaque peuple, le même fait a été observé. La nature humaine, affaissée momentanément sous le poids des malheurs, se redresse plus vivace. Les instincts déchaînés bondissent vers leur but et le dépassent, et tombent dans les excès ou la dépravation. C'est une sorte d'exaltation de tout l'être, une ivresse passagère des sens.

Dans des proportions grandioses, la Renaissance en a été le type le plus accompli. Opprimée pendant des siècles, au moyen âge, l'âme humaine exprima sa délivrance par le plus admirable épanouissement de toutes ses facultés qui se soit vu depuis l'antiquité. Mais il y eut en même temps une frénésie de passions sensuelles dont la syphilis elle-même, par sa redoutable explosion, ne parvint pas à tempérer les ardeurs.

Quelles ont été les époques les plus licencieuses? Interrogez les historiens; ils vous disent tous que ce sont celles qui ont suivi les grandes catastrophes: la guerres, les épidémies meurtrières, toutes les calamités, tous les désastres qu'engendre la folie des peuples ou de ceux qui les gouvernent. Après la révolution d'Angleterre, par exemple, n'y eut-il pas les galanteries de la Restauration, et, chez nous, celles du Directoire après la Terreur?

Croyez-vous qu'après la guerre et après la Commune, en 1872, quelque chose d'analogue n'ait pas eu lieu, sur une échelle infiniment moins grande, il est vrai ?...

Je vous en prie, n'exagérez pas le sens et la portée de cette digression. Loin de moi la pensée de calomnier l'année 1872 en l'assimilant à ces années corrompues où le libertinage était de mode et comme le mot d'ordre dans toutes les classes de la société.

Qu'ai-je voulu dire ? Simplement ceci : c'est que la nature, sevrée de ses plaisirs, contrariée dans ses besoins, reprit alors ses droits par une sorte d'expansion et de suractivité dans toutes ses forces vives... Réveil, revanche par certains côtés, renaissance en miniature et qui n'a pas duré....

XXVIII

L'Autriche et sa capitale, après la guerre de 1866, se sont trouvées à peu près dans les mêmes conditions que la France après la guerre de 1870-1871. Ne serait-il pas curieux de savoir si des faits semblables à ceux dont je vous parle en ont été la conséquence? A-t-on remarqué à Vienne, par exemple, pendant les années qui ont suivi Sadowa, une diminution notable dans le nombre des maladies vénériennes, un changement dans leurs rapports numériques, etc., etc.? Il ne manque pas dans cette ville de savants médecins spécialistes qui pourraient sans doute nous fournir des documents précis sur tous ces points. Peut-être en a-t-il été publié; mais je ne les connais pas.

Et dans nos grands centres de population, à Lyon, à Marseille, à Nantes, à Bordeaux, à Toulouse; dans d'autres villes moins importantes, sur toute la surface de la France, s'est-il produit depuis la guerre la même diminution dans le nombre des maladies vénériennes qu'à Paris?

Il serait très-important de le savoir; je compléterais ainsi ce que j'ai eu l'honneur de vous dire.

Je fais donc appel à nos habiles praticiens de la province, à tous ces éminents spécialistes qui sont à la tête des services de vénériens dans les hôpitaux des grandes villes.

A leurs recherches statistiques, s'ils les publient, je souhaite d'avance la bienvenue, n'ayant qu'un regret, c'est de ne pas les connaître dès maintenant pour leur donner dans mon travail la place qu'elles méritent.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

De l'aérothérapie dans le traitement de la chlorose (1).

(Leçon recueillie par M. Esmieu, lauréat de l'École de médecine.)

Devons-nous voir, dans cette action de l'air des montagnes, purement et simplement une question d'altitude et par suite de proportions dans les quantités d'oxygène et d'acide carbonique qui circulent dans l'organisme?

C'est très-bien, messieurs, de faire de la chimie, mais cela ne nous suffit pas; c'est encore mieux de faire de la physiologie, mais cela ne nous suffit pas. La clinique est plus complexe; le domaine de la chimie, pas plus que celui de la physiologie, ne la renferme; elle va plus loin et monte plus haut.

Si l'action thérapeutique de l'air des montagnes, dans la chlorose, se réduisait à une accumulation d'acide carbonique et à une diminution d'oxygène dans le torrent circulatoire, des phénomènes analogues à ceux de la chlorose devraient se produire dans toutes les maladies qui déterminent une dyspnée tant soit peu prolongée; l'emphysème pulmonaire et la tuberculose seraient en particulier deux causes puissantes d'aglobulie. C'est ce qui n'a pas lieu; il est vrai que, dans tous ces cas, à côté d'une seule similitude se trouvent de nombreuses et profondes différences. Il faudrait aussi que les inhalations d'oxygène, en introduisant dans l'organisme une quantité plus ou moins forte de ce gaz, pussent remplacer avec succès et même avec avantage le séjour dans les montagnes. En admettant que ces inhalations, qui sont à la mode aujourd'hui, ce qui leur promet d'être oubliées demain, fussent faites avec assez de douceur et de persévérance pour imiter l'action continue de l'air des montagnes, elles ne parviendraient pas à l'égaler dans son efficacité curative. C'est là une médication qu'on doit employer quand on ne peut recourir à l'autre, mais qui ne l'égale pas; la véritable aérothérapie, c'est l'air des montagnes; l'oxygène des appareils n'y supplée qu'imparfaitement.

Il y a, messieurs, oxygène et oxygène; la chimie s'en doute bien un peu, mais la médecine le déclare carrément. Aux yeux de la chimie, l'air est partout à peu près le même; aux yeux de la clinique, qui possède le plus impressionnable de tous les réactifs, l'organisme humain, il y a autant d'airs différents que de localités.

Un air nouveau produit toujours une impression nouvelle, et cette impression est particulièrement forte sur deux catégories de malades : les asthmatiques et les chlorotiques. Comme la première action de l'air est stimulante, un air nouveau réveille d'ordinaire les fonctions d'un organisme qui ne répondait plus à un stimulant dont il avait l'habitude; aussi, chez les chlorotiques, les fonctions vitales reprennent-elles plus d'activité par la seule influence du changement d'air.

Mais tous les changements d'air n'ont pas la même puissance. Si, sans modifier en rien l'altitude et les conditions de pression atmosphérique, vous envoyez votre malade dans telle ou telle ville, vous obtiendrez de très-médiocres résultats. Ne changez pas non plus pour elle l'altitude; diminuez-la même un peu; faites descendre votre cliente tout à fait au bord de la mer; qu'elle s'y promène et qu'elle y respire l'air à pleins poumons : vous verrez, surtout si elle est molle et sa chlorose atonique, son appétit revenir, ses forces s'accroître et son teint devenir meilleur. Sa chlorose s'amende, au moins momentanément. Mais quels résultats bien plus rapides et bien plus complets si vous l'envoyez à la montagne, pour peu surtout que vous ayez affaire à une chlorose éréthique, à une de ces filles qui, au lieu de globules, paraissent avoir du salpêtre dans le sang, ce qui est bien le cas d'un grand nombre de nos Marseillaises.

Dans l'organisme humain, ces changements de milieu ne se bornent pas à produire une simple impression; bientôt survient une réaction bien différente de la réaction chimique, la réaction physiologique, et les modifications atmosphériques sont suivies de modifications fonctionnelles qui peuvent réclamer une grande part dans le résultat thérapeutique. Quand, par le fait du changement d'air, l'appétit est plus actif et l'assimilation plus complète; quand la respiration est plus fréquente et plus ample; quand le cœur bat avec plus de force; quand la circulation cutanée, la respiration cutanée, les sécrétions et l'évaporation cutanées s'opèrent avec plus d'aisance et de rapidité; quand les glandes fonctionnent avec plus d'énergie, que les menstrues reprennent leur cours régulier, que le sommeil redevient réparateur et que l'esprit, à la vue de riants paysages, oublie ses soucis et ses peines, nous nous trouvons en présence d'un travail bien autrement complexe et bien plus important pour le clinicien que celui qui résulte directement et uniquement d'un changement dans les proportions d'oxygène qui pénètrent dans le liquide sanguin.

Vous voyez, messieurs, combien le problème de l'aérothérapie dans le traitement de la chlorose est plus vaste pour le clinicien que pour le simple chimiste. Ne croyez pas, cependant, connaître déjà tous les éléments de ce problème. Ne croyez pas, surtout, que je viens de vous indiquer un traitement doué d'une efficacité toujours irrésistible. S'il y a des chloroses simples, accidentelles, qui céderont à ce traitement et seront radicalement guéries, il y en a d'autres qui lui résisteront et ne seront que temporairement améliorées.

Au début de ma pratique médicale, dominé par les idées du jour, je voyais l'anémie un peu partout et je croyais avoir

(1) Fin. — Voir le numéro du 31 août.

facilement raison des anémies et en particulier des chloroses au moyen du fer et des viandes saignantes. Ce traitement me paraissait si rationnel qu'il devait être infaillible. Vous ne sauriez croire combien de déceptions il m'a fait éprouver. Vous en aurez moins par l'aérothérapie, mais vous en aurez toujours. Quel que soit le moyen auquel vous aurez recours pour faire du sang, vous ne pourrez triompher de toutes les anémies, et savez-vous pourquoi?

La plupart des anémies sont des intoxications.

Vous êtes étonnés. Rassemblez vos souvenirs.

Avez-vous vu plus belle anémie que celle du n° 22 de la salle Ailhaud, atteinte d'intoxication saturnine? Oui, me répondrez-vous peut-être; celle du n° 3 de la salle Sainte-Catherine, de cette jeune femme qui est en proie à l'intoxication palustre. A voir la couleur de la peau, à entendre les bruits vasculaires et cardiaques, on croirait qu'il existe chez elle un magnifique type de chlorose. C'est encore une anémie, assez faible, il est vrai, temporaire et promptement guérie, que nous avions, il y a quelques jours encore, chez notre n° 16 A de la salle Sainte-Elisabeth, victime d'une intoxication syphilitique.

Plus d'une fois, j'ai vu, chez des filles herpétiques, la suppression brusque de l'éruption promptement suivie d'une chlorose qui cédait peu de temps après le retour de l'éruption. C'est ce que je constatais encore, il y a quelques jours à peine, chez une sœur de charité. Ces chloroses herpétiques ne sont-elles pas, elles aussi, des intoxications?

Il y a aussi des chloroses arthritiques qui ne sont pas autre chose et qu'on rencontre encore assez souvent. Dans plusieurs familles arthritiques de ma clientèle, les hommes sont goutteux et les filles sont chlorotiques. J'ai vu des attaques d'anémie précéder les accès de goutte et céder à leur apparition. Le rhumatisme prédispose à l'anémie. J'ai remarqué que l'anémie se manifeste davantage à la suite d'un rhumatisme en quelque sorte avorté qu'à la suite d'un rhumatisme violent et généralisé comme celui de notre n° 29 de la salle Ducros, chez qui j'ai vainement cherché les bruits anémiques après une très-forte attaque articulaire. J'ai remarqué encore que la chlorose ne se montre guère chez les femmes arthritiques qui ont une menstruation abondante. Par contre, j'ai vu la chlorose se succéder rapidement à la supression des règles, de la purgation menstruelle, comme aurait dit Morton, survenue à la suite d'une imprudence, comme l'immersion des pieds dans l'eau froide.

Or, si beaucoup d'anémies et de chloroses sont des intoxications, il y a autre chose à faire que de favoriser l'hématose; il faut attaquer la cause du mal. C'est ce qui fait que l'aérothérapie ne vous donnera pas constamment des résultats complets. Je n'en persiste pas moins à répéter cette proposition, que je me glorifie d'avoir formulée le premier :

Dans le traitement hygiénique de la chlorose, le point capital ce n'est pas la nourriture, c'est l'habitat; ce n'est pas l'aliment, c'est l'air.

DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

DE L'ÉLECTRICITÉ (1)

Par le docteur Althaus (de Londres)
(traduction du docteur Darin).

L'appareil au bisulfate de mercure de Gaiffe (fig. 22) serait parfait pour la pratique extérieure si la batterie LL' n'était pas un peu incertaine dans son action. Il a la forme d'un volume petit in-8° et peut, comme le précédent, se porter dans la poche. M, bobine portant les hélices inductrice et induite;

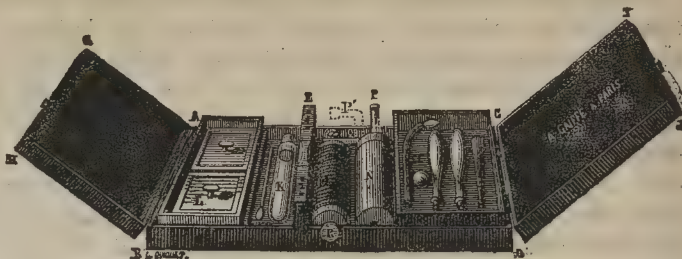


Fig. 22.

P, marteau; Q, trembleur; et K, flacon contenant une provision de bisulfate de mercure. Les électrodes et autres accessoires N T sont renfermés dans la boîte (fig. 22).

[Il était encore possible d'apporter de nouveaux perfectionnements aux machines d'induction, comme le démontrent les appareils réalisés par l'esprit inventif de M. G. Trouvé. Nous appelons l'attention des praticiens : 1° sur sa pile hermétique à renversement, qui a supprimé tous les ennuis qu'offraient les autres piles, émanations, épanchement du liquide, préparation et nettoyage de ces dernières devant les yeux du malade, et permet de porter sur soi un appareil toujours prêt à fonctionner.

2° Le levier mobile appliqué au trembleur de Neeff (application d'un principe élémentaire de géométrie : *la perpendiculaire est plus courte que l'oblique*), destiné à mettre l'appareil en marche et à faire varier la vitesse des interruptions du courant entre des limites très-étendues, sans crainte d'arrêter le fonctionnement de l'appareil, inconvénient qui arrive fréquemment dans les autres machines avec la vis de rappel du trembleur de Neef, suivant qu'on la visse trop ou pas assez.

3° Le contrôle mathématique et instantané des interruptions du courant ou des chocs successifs envoyés dans l'organisme. Cet appareil des plus complets sera décrit plus loin avec figures.

Trousse électro-médicale de M. Trouvé. Un bon appareil doit remplir les conditions suivantes :

1° Être très-portatif, peu susceptible aux dérangements, et se manier facilement;

2° Être toujours prêt à fonctionner;

3° Toutes les pièces qui le constituent doivent être indépendantes, afin d'en faciliter l'envoi et les réparations.



Fig. 23.

(1) Suite. — Voir les numéros des 16, 23, 27 mars, 3 avril, 5 juin, 17 juillet, 5, 14, 28 et 31 août.

4° Il est nécessaire qu'il fonctionne dans toutes les positions, exactement comme une montre.

5° La pile, tout en étant hermétique, doit pouvoir se charger et se nettoyer en dehors du logis du malade, et aussi longtemps, avant comme après l'électrisation, sans s'altérer aucunement.

6° Il doit fournir l'extra-courant et le courant induit, soit séparés, soit réunis ;

7° Les interruptions doivent pouvoir varier dans des limites très-étendues.

La trousse électrique, représentée ouverte à mi-grandeur (fig. 23), répond complétement à ces indications.

C'est un portefeuille de cuir semblable aux trousses ordinaires des chirurgiens.

Ce portefeuille renferme la pile A, la bobine B renfermée dans les poignées qui lui servent d'étui, le tube à sulfate C, les accessoires ordinaires de l'application de l'électricité à la thérapeutique : l'excitateur D, le pinceau métallique E, deux pinces porte-éponges F et G, cordons et éponges en H.

La pile A (représentée en coupe de grandeur naturelle, figure 24) est formée d'un couple zinc et charbon renfermé dans un étui de caoutchouc durci, fermant hermétiquement.

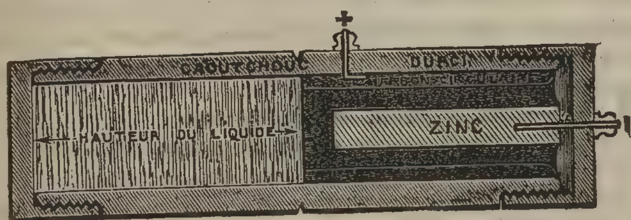


Fig. 24.

Le zinc et le charbon n'occupent que la moitié de l'étui; l'autre moitié est occupée par le liquide excitateur (eau ordinaire et bisulfate de mercure, 3 ou 4 grammes environ).

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 août 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus négatifs des épidémies pour le département de Loir-et-Cher et pour l'arrondissement de Rochechouart pendant l'année 1874.

2° Les rapport et compte rendu des épidémies pour les départements du Puy-de-Dôme, du Gers et les arrondissements de Lannion (Côtes-du-Nord), de Montbrison et Roanne, pendant l'année 1874 (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Tanret, pharmacien à Troyes, contenant le résumé d'un mémoire sur la *Digitaline cristallisée.*

2° Une lettre de M. Dagand (d'Albi), contenant un tableau statistique destiné à la commission permanente de l'hygiène de l'enfance.

PRÉSENTATION

M. JULES GUÉRIN fait hommage à l'Académie de son *Mémoire sur la cholérine considérée comme période d'incubation du choléra-morbus*, adressé à l'Académie royale des sciences, le 17 juillet 1837.

LECTURE

M. JULES GUÉRIN lit une note dans laquelle il relève les termes dont s'est servi M. Briquet à son adresse. Il n'a nulle envie de prouver à M. Briquet qu'il est médecin, pas plus que de se défendre « de la grossière méprise » qu'il a commise à l'endroit de ses idées. Il se borne à faire remarquer que, lorsque les partisans de la doctrine de M. Briquet, doctrine qu'il a combattue, l'ont obligé, pour se défendre, de recourir à de pareils expédients, il est permis de croire qu'ils sont tout à fait à bout de bonnes raisons, et que c'est une dernière façon de se soustraire à l'évidence de la vérité, et cette évidence est telle qu'ils s'approprient cette vérité au détriment de ceux qui la leur ont apprise !

DISCUSSION SUR LA MYOPIE

M. JULES GUÉRIN, à propos de la communication de M. Giraud-Teulon sur la myopie, pense que son collègue a tort de considérer la myopie comme une maladie toujours acquise et jamais congénitale. Pour sa part, il a eu l'occasion d'observer un myope, qui devait ce trouble de la vision à une rétraction musculaire d'origine congénitale, et qui guérit complétement par la section des muscles rétractés.

M. GIRAUD-TEULON fait observer à M. Jules Guérin que les mots *myopie* et *presbytie* n'ont plus aujourd'hui, d'après les progrès accomplis en ophthalmoscopie, la signification qu'ils avaient autrefois. La myopie ne dépend pas de la rétraction musculaire, mais d'un trouble dans l'équilibre de l'action des muscles de l'œil.

M. JULES GUÉRIN répond qu'il faut distinguer la myopie *mécanique* de la myopie *optique*. La première, ainsi qu'il croit l'avoir démontré dans diverses communications faites à l'Académie des sciences et contrôlées par les physiciens les plus éminents, a toujours pour cause la rétraction des muscles de l'œil. Témoin le malade, myope au point de ne pas voir à 2 mètres, qu'il a opéré et qui, après la section des muscles droits rétractés, pouvait voir à 80 mètres.

M. GIRAUD-TEULON déclare que le fait auquel M. J. Guérin vient de faire allusion est un cas absolument exceptionnel et ne doit pas être transformé en loi générale. Sans doute, il existe des cas de myopie dus à l'état de spasme de l'accommodation, ou, pour mieux dire, au spasme du muscle ciliaire, découvert par Donders; mais encore une fois, c'est là un fait exceptionnel.

M. J. GUÉRIN pense que, dans cette question, c'est par l'examen de l'étude de la fonction que l'on peut arriver à des résultats précis plutôt que par les mensurations mathématiques.

Suivant lui, l'introduction des mathématiques en ophthalmologie par l'école de Donders a plutôt nui à la science qu'elle ne lui a été utile.

Il maintient que la myopie mécanique est le résultat de la rétraction musculaire, sans vouloir prétendre pour cela que toute myopie soit due à cette cause. Reste en dehors de ce fait la myopie *optique*, qui reconnaît une tout autre origine.

COMMUNICATION

M. GOSSELIN vient présenter à l'Académie, comme il le lui avait annoncé, quelques observations sur le *pansement ouaté*, qui a été l'objet d'une revendication de M. Alphonse Guérin contre les prétentions fort mal justifiées de M. Burggraeve.

Le désir de M. Gosselin est d'ajouter quelque chose à la communication de M. Alphonse Guérin : de formuler *pourquoi* et *comment* son appareil est bon.

Cet appareil est bon, suivant lui : 1° parce qu'il met à l'abri de l'inflammation suppurative trop intense; 2° parce qu'il satisfait à cette indication par la grande qualité d'être un pansement rare, qui maintient sans interruption l'occlusion, la protection, l'immobilisation, l'uniformité de température, sans compter le peu de sensibilité des parties et la satisfaction morale du malade, toutes conditions qui, si la santé antérieure n'est pas trop mauvaise et si l'hygiène atmosphérique n'est pas trop défectueuse, conduisent à ce résultat très-simple et cependant bien grand : la formation, rapide et sans entraves, d'une membrane pyogénique ou granuleuse essentiellement et rapidement réparative.

Voilà quels sont, d'après M. Guérin, les grands mérites de ce mode de pansement. Quant à empêcher la production de vibrions, de bactéries, de corpuscules organisés, s'il a parfois ce résultat, souvent

aussi, comme l'ont démontré de très-nombreux examens microscopique du pus qui y était contenu, il est inefficace à ce point de vue, et cependant, en pareil cas, il n'a pas été moins utile pour le malade. Il faut donc croire qu'en dehors de ces éléments organisés, il existe également dans l'air certains principes nuisibles qui sont écartés par l'occlusion plus ou moins complète résultant de l'application du pansement ouaté.

Ce n'est donc point exclusivement comme protégeant contre les germes atmosphériques, ce n'est point non plus exclusivement comme agent de compression ou d'immobilisation ou de protection contre le froid, que le pansement ouaté mérite des éloges. Pour que les progrès très-réels dus à M. Alphonse Guérin restent évidents et résistent à la critique, il faut tenir compte de tous les éléments de la question. Autrement ce serait laisser les esprits dans le doute.

Déjà dans le mois de juin dernier, chargé de faire un rapport sur ce mode de pansement au nom d'une commission composée de lui, de M. Larrey et de M. Sédillot, M. Gosselin s'est efforcé de bien montrer chacun de ses avantages sur lesquels il revient aujourd'hui.

DISCUSSION

M. JULES GUÉRIN dit qu'il est heureux de voir la question du pansement ouaté portée devant l'Académie par la communication si loyale et si importante de M. Gosselin.

Il résulte de cette communication, d'abord que le mérite fondamental attribué au pansement ouaté par son auteur, M. Alphonse Guérin, doit être abandonné. On sait que ce mérite consiste, par une application des doctrines de M. Pasteur, dans la propriété que posséderait le pansement ouaté de filtrer l'air et d'empêcher les germes bactéries, vibrions, en suspension dans l'air, d'arriver au contact des liquides sécrétés par les surfaces traumatiques. D'après le rapport de M. Gosselin, il faudrait surtout rattacher les bons effets du pansement ouaté à la soustraction du contact de l'air. Le pansement ouaté n'est qu'un pansement par occlusion, un procédé de la méthode d'occlusion, découverte et exposée, il y a quarante ans, par M. Jules Guérin.

Suivant M. Jules Guérin, qui a étudié et employé, sous tous ses modes, la pansement ouaté, l'occlusion produite par ce pansement résulte du tassement des couches d'ouate et de la solidification de la couche de liquide sécrété par la plaie et en contact avec les couches d'ouate les plus profondes. Il résulte de cet ensemble une sorte de plastron ou de coque imperméable qui empêche les principes nuisibles contenus dans l'air de pénétrer jusqu'à la surface de la plaie et d'altérer les liquides sécrétés par elle.

M. Jules Guérin, tout en reconnaissant les avantages du pansement ouaté de M. Alphonse Guérin, rappelle qu'il a employé, pendant le siége de Paris, particulièrement dans l'ambulance de la rue des Saints-Pères, et qu'il a montré à l'Académie des appareils à l'aide desquels il a pratiqué l'occlusion pneumatique, bien supérieure, suivant lui, au pansement ouaté.

Ces appareils ont été laissés, sans inconvénients, appliqués pendant dix, quinze, vingt et même trente jours, sans être renouvelés. Lorsqu'il y avait indication de laver la plaie, on pouvait le faire sans exposer celle-ci au contact de l'air, ce que le pansement ouaté ne permet pas de faire. M. Jules Guérin déclare avoir traité ainsi un grand nombre de blessés atteints de plaies très-graves par armes à feu et même de fractures comminutives des extrémités articulaires, et n'avoir pas perdu un seul de ces blessés.

Il croit savoir que, dans certains cas de plaies par armes à feu, le pansement ouaté a été impuissant à prévenir les fusées purulentes. M. Gosselin, dans ses communications, a dit que, sur neuf opérés auxquels il avait appliqué le pansement ouaté, il en avait perdu deux.

En résumé, M. J. Guérin ne nie pas le mérite du pansement ouaté; il est d'autant plus aise de le reconnaître que ce pansement n'est pas autre chose qu'un fils de ses œuvres, un procédé de sa méthode par occlusion, dont l'origine remonte à l'année 1839.

M. ALPHONSE GUÉRIN répond que le pansement ouaté n'est pas, à vrai dire, un pansement par occlusion. Les expériences faites dans le laboratoire de M. Pasteur ont montré que l'ouate tassée dans un tube aussi fortement qu'il soit possible de le faire, n'empêche nullement l'air de le traverser; l'air passe donc à travers les couches de l'ouate, dans le pansement de ce nom, et arrive nécessairement au contact des liquides sécrétés à la surface de la plaie. Le pansement ouaté ne produit donc pas l'occlusion complète. M. Alphonse Guérin le regrette, car l'idéal pour lui serait de soustraire complétement la surface des plaies au contact de l'air.

D'ailleurs M. Alphonse Guérin accepte complétement le jugement que, dans sa modération et son impartialité, M. Gosselin vient de porter sur ce mode de pansement. Il ne pousse pas plus haut ses prétentions. M. Alphonse Guérin se réserve, d'ailleurs, de revenir dans la prochaine séance sur ce sujet, et de répondre plus complétement aux objections qui lui ont été faites.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 août 1875. — Présidence de M. WOILLEZ.

RAPPORT

Mort subite après la thoracentèse. — M. DESNOS lit un rapport sur l'observation présentée par M. Legroux dans la séance du 23 juillet (voir *Gazette des Hôpitaux*, numéro du 27 juillet 1875), ayant trait à un cas de mort subite survenue pendant la thoracentèse.

M. Desnos termine par les conclusions suivantes :

1° Le malade n'est pas mort de syncope par anémie cérébrale; — 2° il a succombé à une congestion pulmonaire qui devait préexister à l'opération; — 3° la thoracentèse n'a pas précipité la mort, mais elle a été impuissante à la conjurer; — 4° des remerciements seront adressés à l'auteur et son mémoire sera inséré dans les *Bulletins* de la société.

COMMUNICATIONS

Fistule biliaire hépato-bronchique. — M. LABOULBÈNE lit une observation sur une variété encore peu connue de fistule biliaire, allant du foie au poumon perforé et qu'il désigne sous le nom de *fistule hépato-bronchique*.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ dit avoir observé un kyste hépatique du foie ayant laissé à sa suite une fistule hépatico-bronchique, qui avait déterminé une poche secondaire dans le poumon, ayant fait croire un instant qu'il existait une fistule, d'abord du foie dans la plèvre, puis de la plèvre dans le poumon; mais une ponction faite par M. Moutard-Martin montra qu'il n'existait aucun liquide dans la plèvre.

M. C. PAUL a observé un cas analogue. Il s'agit d'une jeune fille de quatorze ans, morte phthisique. Au moment où M. C. Paul fut appelé auprès d'elle, la veille de sa mort, cette jeune fille était dans une profonde émaciation; elle présentait tous les caractères de la cachexie tuberculeuse. Depuis plusieurs jours, elle crachait continuellement d'abondantes matières biliaires verdâtres. En moins d'un jour elle a rendu ainsi près de deux litres de bile en nature.

M. POTAIN a observé un cas analogue à l'hôpital Necker.

Péricardite hémorrhagique. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente les pièces pathologiques d'un cas de péricardite hémorrhagique.

Anneau-pessaire. — M. DUMONTPALLIER présente un anneau-pessaire (voir *Gazette des Hôpitaux*, numéro du 12 août 1875, comptes rendus de l'Académie de médecine).

Caduque utérine rendue par une jeune femme. — M. FÉRÉOL présente un fragment de caduque utérine qui a été rendue par une jeune femme de vingt-cinq ans, ayant eu déjà deux grossesses. Il y a deux mois, elle vit sa menstruation se supprimer. Le 22 juillet, elle accusa des douleurs dans le bas-ventre; elle devint tellement faible qu'on l'apporta mourante, pour ainsi dire, à la maison de

santé. Elle avait 120 pulsations; sa température était de 40 degrés. M. Féréol, en pratiquant le toucher, ramena sur son doigt une partie de la muqueuse utérine, que l'examen microscopique démontra être la caduque utérine. Sous l'influence des toniques, cette malade a très-bien guéri.

La société suspendra ses séances jusqu'au vendredi 8 octobre.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de Montpellier. — Concours pour la place de chef des travaux anatomiques. Le jury est composé de MM. les professeurs Benoît, Boyer, Dumas, Courty, Rouget, Estor, Dubrueil, Jaumes.

Deux candidats se sont fait inscrire : MM. Bimar et Eustache.

Sujets de préparation. — M. Eustache : 1° série de pièces d'anatomie humaine et comparée propres à démontrer la structure de la rétine; 2° pièces propres à démontrer la région axillaire; 3° série de pièces propres à démontrer la structure de l'utérus et de ses annexes chez la femme et chez les animaux, par voie sèche et par voie humide.

M. Bimar : 1° série de pièces d'anatomie humaine et comparée propres à démontrer la structure du limaçon et particulièrement de sa rampe cochléenne; 2° pièces propres à démontrer la région parotidienne; 3° série de pièces propres à démontrer la structure du testicule, des canaux déférents et de la prostate chez l'homme et les animaux, par voie sèche et par voie humide.

Les préparations devront être remises le lundi 25 octobre.

— Jeudi 29 juillet, a eu lieu au sein de la Faculté de médecine de Montpellier, et avec le cérémonial accoutumé, l'installation de M. Alphonse Dubrueil, comme professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. le professeur Moutet, décédé. MM. les professeurs, MM. les agrégés, fonctionnaires et élèves étaient présents. La séance était présidée par M. le professeur Dumas, délégué par M. le recteur et par l'assesseur, empêchés.

Après la lecture du décret, M. Dumas a déclaré M. Dubrueil installé dans ses fonctions professorales et a prononcé un discours auquel M. Dubrueil a répondu. (*France médicale*.)

— Les examens pour l'admission des candidats à l'école du service de santé militaire du Val-de-Grâce sont terminés à Paris.

Sur vingt-deux candidats qui se sont présentés, dix ont obtenu la somme des points ordinairement atteinte par les élèves définitivement admis.

La question écrite de pathologie générale imposée aux candidats à douze et seize inscriptions était *de la paraplégie*.

Le jury d'examen est parti hier pour continuer les épreuves en province. Ce n'est que dans un mois environ que sera connu le classement des nouveaux élèves de l'école.

— Le congrès scientifique de Nantes a attiré dans cette ville une affluence considérable d'étrangers et de savants venus de toutes les contrées de l'Europe, parmi lesquels MM. Carl Vogt, le célèbre zoologiste de Genève, Andrews, Phéné, de Londres, Horton et Nesbitt; le docteur Candézé, de Bruxelles; de Ricci et Negrie, d'Italie, etc. Les savants français sont en très-grand nombre; nous pouvons citer MM. Dumas, Wurtz, Broca, Verneuil, Gavarret, Trélat, de la Gournerie, Cornu, Levasseur, Mascart, Claude Bernard, Lamy, Chauveau, Breguet.

— *La quatrième session du congrès international des sciences médicales* s'ouvrira à Bruxelles, le 19 septembre. MM. les membres du congrès sont priés d'arriver à Bruxelles la veille de l'ouverture.

La séance *solennelle* d'ouverture aura lieu le dimanche 19, à une heure de relevée, dans la grande salle du Palais Ducal. Les travaux des sections se tiendront dans les locaux des Académies, au Musée.

Le congrès durera une semaine.

Le banquet d'adieu aura lieu le samedi 25, à six heures du soir.

— Par arrêté de M. le préfet de police, M. le docteur Paul Dubois, médecin adjoint au dispensaire de salubrité, a été nommé médecin titulaire en remplacement de M. le docteur Tavernier, décédé.

M. le docteur Dieder a été nommé médecin adjoint au même dispensaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Physiologie du système nerveux cérébro-spinal, par le docteur Édouard Fournié, médecin à l'Institut des Sourds-Muets. — 1 vol. gr. in-8°. Prix : 12 francs. — Paris, 1875, Adrien Delahaye.

Contribution à l'étude des anomalies des cloisons cardiaques, par le docteur Ch. Poché. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'hémianesthésie saturnine, par le docteur De Cours. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Note sur les inflammations et abcès de la prostate, par le docteur Henri Picard. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Recherches thérapeutiques sur la cinchonine, par le docteur Paliard. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Contribution à l'étude des lésions syphilitiques des artères cérébrales, par le docteur Rabot. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

De la torsion des artères, par le docteur Magon. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Du bruit de souffle mitral dans l'ictère, par le docteur L. Gangolphe. — In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Adrien Delahaye.

Des synovites tendineuses symptomatiques de la syphilis et de la blennorrhagie, par le docteur Charles Mauriac. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Vin de Roussy, toni-nutritif,
au jus de viande concentré.

Ce **Vin inaltérable** contient, sous une forme **condensée, digestible et assimilable, tous les éléments organiques et minéraux qui se trouvent dans l'organisme. — Médicament-aliment** d'un goût fort **agréable. — Aliment complémentaire** excellent pour les enfants, les vieillards, les convalescents, dont il relève et régularise les fonctions digestives. On peut en continuer indéfiniment l'usage sans inconvénients. — **Fortifiant et reconstituant** général remplaçant avantageusement la viande crue, les ferrugineux, le quinquina, etc. Employé avec succès dans toutes les maladies où la nutrition est en souffrance, spécialement dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **phthisie**, le **diabète**, l'**albuminurie**, les **divers états cachectiques**, le **rachitisme**, la **scrofule**, les **longues convalescences** succédant aux **maladies aiguës** et aux **fièvres typhoïdes.**

Dépôt central, à la pharmacie rue Hoche, 9, à Versailles. — Dépôt à Paris (vente en gros), Marchand, 220, r. Saint-Martin. — Se trouve dans toutes les pharmacies. — Prix : 4 francs la bouteille.

VIN MARIANI
à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques.
5 francs la bouteille.
MARIANI, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

TRAITEMENT
DES MALADIES CONSOMPTIVES

par la **Musculine Guichon** et les **Potions alcooliques** graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la TRAPPE DES DOMBES (Ain).

S'adresser *au F. Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain)*, et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

TAMAR INDIEN
GRILLON
Fruit laxatif rafraîchissant

contre **CONSTIPATION**, **Hémorrhoïdes**, la **Migraine**, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.
Ph. GRILLON, 25, r. Grammont. Paris. Bte 2 fr. 50.

CONTREXEVILLE
(SOURCE DU PAVILLON)
CONTRE LA GRAVELLE, LA GOUTTE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.
ÉTABLISSEMENT OUVERT
DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt central : 23, r. de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Fer dialysé Bravais
pharmacien-chimiste au Havre

LE FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide et par conséquent se présentant dans les meilleures conditions d'absorption ; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxigène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux, qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac, et qu'il ne noircit pas les dents. — Le flacon : 5 francs. — *Dépôt à Paris :* Pharmacie VIAL, 20, rue de Châteaudun, où se trouvent aussi le **Sirop de Fer dialysé Bravais** et les **Pilules de Fer dialysé Bravais.** — *Vente en gros, exportation :* J. P. LAROZE et Ce, 2, r. des Lions-St-Paul, Paris.

Granules antimonio-ferreux et antimonio-ferreux au Bismuth du docteur PAPILLAUD.

Nouvelle médication contre l'anémie, la chloro-anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les affections scrofuleuses.

Les Granules antimonio-ferreux au Bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (gastralgies, dyspepsies).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles ; 141, rue Montmartre.

Sirop Lagnoux
Au valérianate de caféïne,

expérimenté dans les hôpitaux ; spécial contre la coqueluche et l'asthme nerveux.

Pharmacie **LAGNOUX** 57, rue du Cherche-Midi, Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies.
PRIX : 5 FRANCS LE FLACON.

Dynamomètre de poche

DE PRÉCISION du docteur V. BURQ, expédié *franco* dans un écrin, contre mandat-poste de 30 fr. Dépôt à Paris, 57, rue des Saints-Pères.

VIANDE CRUE ET ALCOOL
Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO.
PHTHISIES, *Anémie*, **Rachitisme**, DIABÈTE, *Diarrhée*, **Cachexies**, *Albuminurie*, *la* **Convalescence**, *l'épuisement*. (*Gros*), 8, *r. Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

FARINE MORTON
FARINE D'AVOINE
D'ÉCOSSE
Le meilleur aliment pour les **ENFANTS** 1 fr. 20 la boîte Pharmacies

---

VIANDE ET QUINA

VIN ET SIROP AROUD AU QUINA
Et à tous les Principes nutritifs solubles de la Viande

Les préparations AROUD se recommandent à la plus sérieuse attention des docteurs et méritent leur préférence :

Parce qu'elles réunissent tous les principes actifs des plus riches écorces de Quina, soigneusement titrées et qu'elles renferment par 30 grammes, 3 grammes de Quina, et les principes solubles dans l'eau et l'alcool de 27 grammes de viande ;

Parce que l'association de la viande aux principales écorces de Quina a non-seulement l'avantage de donner des préparations tout à la fois toniques, nutritives et fébrifuges, mais encore de paralyser l'action locale irritante du Quinquina, de parer à tous les malaises nerveux, conséquence forcée de l'usage prolongé de cette précieuse écorce, et de disposer l'estomac à en subir la salutaire influence ;

Parce que, si la viande occupe le premier rang parmi les aliments, si le Quina est placé à la tête des toniques, l'association de ces substances, éminemment réparatrices, crée des **reconstituants par excellence**, les plus propres à donner à l'organisation la force de résister aux *fièvres, épidémies, diarrhées, influences insalubres et débilitantes.* — Prix : **5** francs.

Pharmacie **AROUD**, rue Lanterne, 4, LYON. — Envoi *franco* par 5 bouteilles (en France).
Dépôt dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

CAPSULES ET SACCHARURE À L'EXTRAIT ALCOOL. ÉTHÉRÉ DE **CUBÈBE**

LES CAPSULES s'emploient avec succès contre : **Angines diphthéritiques, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical ;** le SACCHARURE contre le **Croup.**

La Pharm. DELPECH, rue du Bac, 23, Paris, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS

ÉPILEPSIE
HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Apiol des Drs Joret et Homolle

Médaille à l'Exposition universelle de Londres de 1862.

Pour éviter au corps médical tout mécompte qui proviendrait de l'emploi des contrefaçons et imitations infidèles de ce puissant emménagogue, nous rappelons les principaux caractères physiques et chimiques de l'*Apiol* pur des Drs **Joret** et **Homolle**, le seul qui ait été l'objet des rapports favorables, après expérimentation dans les hôpitaux de Paris.

L'**Apiol** pur est un liquide huileux, de couleur ambrée, non volatil, plus dense que l'eau. La liqueur verdâtre, à odeur térébenthacée, que le commerce délivre sous le même nom, n'a aucune de ses propriétés, et n'offre aucune garantie d'efficacité.

Exiger les signatures : Dr JORET et PUJOL. — Dépôt général : Pharm. BRIANT, 150, rue de Rivoli.

Coton iodé du Dr Méhu préparé par **J. THOMAS**, *pharmacien de 1re classe, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux, lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.*

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé du Dr Méhu*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Prix du flacon : 3 fr. 50. — 48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharmacies.

Hypersécrétions, pertes, hémorrhagies de causes internes.

Eau de Léchelle vivifiante,

Pectorale, la seule **Eau hémostatique** assimilable à haute dose, *sans fatiguer l'estomac.* Ordonnée contre les pertes, maladies de la poitrine et du sang. — **Se trouve partout.** Paris, 12, rue des Petites-Écuries ; 35, rue Lamartine.

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu ; par M. le professeur BOUCHARDAT, par MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux ; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc.), pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc. — Paris : pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. FAIVRE, place des Terreaux, 9. — Bruxelles, pharmacie DUPUY, montagne de la Cour.

Vin de lithine de Chaumelle.

Il dissout l'acide urique et les urates ; plus actif que les autres alcalins dans la *goutte* et le *rhumatisme*. Un verre à liqueur avant chaque repas.
4 francs la bouteille. — Pharm., 25, r. Réaumur.

Appareils vaporifères *portatifs*
du docteur LEFEBVRE (du Nord).

Approbation de l'Académie de médecine de Paris. pour bains de vapeur, fumigations, douches et inhalations, — 19, boulevard Montmartre.

N° 104. — SAMEDI 4 SEPTEMBRE 1875. 48e ANNÉE. SAMEDI 4 SEPTEMBRE 1875. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hémorrhagie interne après l'accouchement.

Une question de pratique obstétricale assez intéressante est soulevée dans la lettre suivante, que nous a adressée un honorable confrère, M. le docteur Duchenne de Davilly :

« Quand il survient une hémorrhagie interne après l'accouchement, faut-il *toujours* introduire la main dans l'utérus et extraire le caillot?

Expliquons le mot *toujours*.

Une hémorrhagie interne a lieu, on extrait les caillots, c'est de principe ; très-bien.

Mais, si après cette hémorrhagie il en survient une deuxième, une troisième, faut-il *toujours* et quand même les extraire? Quelle conduite doit tenir l'accoucheur ? voilà ce que je ne trouve dans aucun livre.

Cette question est trop grave, trop intéressante, trop de tous les jours, qu'on me passe l'expression, pour qu'il n'y soit pas répondu d'une manière catégorique. En un mot, je demande quelles sont les règles à suivre en pareil cas.

Je suis bien loin de faire autorité en quoi que ce soit, mais je demanderai cependant la permission de citer quelques observations personnelles aussi succinctes que possible et d'établir la ligne de conduite que j'ai cru devoir tenir en pareille circonstance.

OBS. I. — Femme primipare, vingt-deux ans, légèrement chloro-anémique. Accouchement facile; immédiatement après l'expulsion du placenta, hémorrhagie interne. Extraction des caillots; 4 grammes de seigle ergoté, sans effet. Deuxième hémorrhagie, nouvelle extraction de caillots ; l'hémorrhagie continue ; malgré tous les moyens d'usage, le femme me *fond* littéralement dans les mains.

OBS. II. — Femme de la campagne, trente-six ans, bien portante, six enfants. Accouchement facile ; inertie de l'utérus après la chute du placenta ; hémorrhagie interne et externe. Prévenu que cette femme était sujette aux pertes, je m'étais muni de 6 grammes de seigle ergoté, qui furent administrés par fractions, sans résultat. Extraction des caillots ; deuxième hémorrhagie interne; nouvelle extraction des caillots. Troisième hémorrhagie interne ; comme précédemment, tous les moyens sont employés : position, affusions froides, etc. Pouls insensible, lipothymie, hoquet, sueurs froides, faciès cadavérique. Je laisse la femme toute la nuit dans la position qu'elle occupait, la tête en bas, le tronc relevé, et la surveille, faisant *constamment* frictionner l'utérus. Le lendemain, celui-ci se contracte peu à peu, les caillots se désagrégent et sont expulsés. La femme est sauvée.

OBS. III. — J'assistais, il y a un mois, à Rouen, à un accouchement opéré par une accoucheuse distinguée, Mlle Grébauval, sage-femme en chef à l'hospice général.

Le sujet était une femme de vingt-deux ans, primipare, jouissant d'une belle santé. Accouchement simple. Il était neuf heures du soir. A peine au lit, il survint une hémorrhagie intense. L'utérus se distend et touche presque à l'ombilic.

J'appuie l'avis de la sage-femme : extraction des caillots, seigle ergoté. Aussitôt le départ de Mlle Grébauval, nouvelle hémorrhagie; malgré les frictions, l'utérus est remonté à la hauteur de l'ombilic. Seigle ergoté ; au moment d'introduire la main, j'hésite et m'abstiens: j'expliquerai le motif plus loin.

De cinq en cinq minutes, frictions abdominales jusqu'à trois heures du matin ; de temps en temps, une petite contraction, suivie de l'expulsion d'un caillot. A midi, l'utérus était libre.

Je considère ces trois observations comme suffisantes. J'en pourrais relever cent comme la dernière.

Dans la première observation, j'ai suivi d'une manière absolue les conseils des auteurs ; la femme me meurt dans les mains en moins d'une demi-heure.

Dans la deuxième observation, suivant *en partie* les mêmes indications, la femme est à la dernière extrémité après la deuxième expulsion des caillots; elle était perdue à la troisième extraction.

Dans la troisième observation, une première hémorrhagie a lieu; on extrait les caillots; un nouvel accident se reproduit ; on s'abstient. Aucun phénomène fâcheux n'a lieu. La jeune femme put allaiter son enfant, ce qui eût été impossible si plusieurs hémorrhagies consécutives eussent eu lieu ; c'est ce qui avait causé mon hésitation.

Objectera-t-on : 1° que la dilatation de l'utérus par les caillots est un obstacle à la rétraction de l'organe? Je ne le nierai pas ; mais c'est un retard, un simple retard, mille fois préférable à la répétition d'une hémorrhagie.

2° Que cette même dilatation peut faciliter l'épanchement interne, l'accroître? C'est encore vrai ; mais les frictions abdominales, les affusions froides, le seigle ergoté, en viendront à bout ; et, dans tous les cas, ce surcroît d'épanchement sera moins grave qu'une hémorrhagie complète.

3° Que la présence de caillots sanguins dans l'utérus, leur

séjour, peut déterminer des accidents de résorption putride? Ceci est encore obscur; mais je déclare n'avoir jamais rencontré d'accidents de pareille nature. Toujours, dans les vingt-quatre heures, l'utérus était débarrassé, mais je dois dire que j'habite la campagne, pays fort sain, où depuis vingt-cinq ans je n'ai *jamais* rencontré un cas de péritonite.

De ces trois observations que peut-on conclure? quelles règles peut-on établir?

Dira-t-on :

1° Si la femme est faible, pâle, exsangue, s'abstenir d'extraire les caillots, seigle ergoté à petites doses, fréquemment répété pendant plusieurs heures, affusions froides, frictions;

2° Si la femme est forte, sanguine, extraction des caillots, une fois, deux fois, peut-être trois; si le pouls se soutient, si le faciès est bon, affusions froides, seigle ergoté, frictions;

3° Si la femme est d'une santé ordinaire ou veut nourrir, s'en tenir à une première extraction; traitement *ut supra*.

Tel est le résumé de ma manière d'agir depuis nombre d'années, avec un succès constant. »

La pratique de notre honorable correspondant n'est pas tout à fait conforme à celle qu'a recommandée le professeur Robert Barnes dans ses excellentes leçons sur les *Opérations obstétricales et le traitement des hémorrhagies*. Le savant accoucheur anglais insiste sur l'utilité d'introduire la main dans la cavité utérine, dans tous les cas d'hémorrhagie interne, et même à plusieurs reprises, tant pour extraire les caillots que dans l'espoir de réveiller la contractilité endormie de l'organe.

Voici ce que dit Barnes à ce sujet :

« *Introduction de la main pour vider l'utérus.* — Quoique beaucoup de médecins n'apprécient pas cette manœuvre, et que la plupart la tiennent pour hasardeuse, je reste convaincu que c'est la première chose à faire, toutes les fois qu'il y a eu hémorrhagie, que l'utérus était gros, et qu'on a quelque raison de soupçonner que des caillots ou d'autres corps sont retenus dans la cavité utérine. Si l'utérus, resté gros, refuse de se contracter quand on le comprime à travers les parois abdominales, et de chasser ce qu'il contient, je ne crois pas qu'il y ait en obstétrique de règle plus impérative que celle d'y introduire la main. Si la patiente est couchée sur le dos, vous pouvez presser l'utérus par dessus avec une main, pendant que vous introduisez l'autre, en vous opposant le plus possible à l'entrée de l'air; vous savez ainsi exactement ce qu'il y a dans l'utérus : s'il n'y a rien, votre main stimulera la contraction; s'il y a des débris placentaires ou des caillots, elle enlèvera immédiatement les causes les plus fréquentes d'hémorrhagie, primitive ou secondaire, ce qui évitera une cause fréquente de maladies puerpérales. Dans maint cas, cette opération est suivie d'un succès immédiat; il n'y a presque plus rien à faire. Souvent, appelé pour un cas grave de fièvre puerpérale, j'ai désiré de pouvoir m'assurer positivement que l'utérus était vide. Je m'associe avec Collins et d'autres qui insistent sur l'importance de cette manœuvre. Je n'hésite pas à la répéter deux ou trois fois, si l'utérus se remplit de nouveau; et, dans ce cas, la main est toute placée pour guider le tube pour l'injection du perchlorure. »

Mais, comme le reconnaît Barnes lui-même dans ce passage, les accoucheurs sont loin d'être d'accord sur cette question. Quelques-uns repoussent absolument l'introduction de la main en cas d'hémorrhagie; d'autres ne l'admettent qu'avec réserves et dans certains cas exceptionnels; d'autres enfin ont adopté une pratique analogue à celle que préconise M. le docteur Duchenne.

Empoisonnement par le chloral.

A l'occasion d'une note sur l'empoisonnement par le chloral qui a été insérée dans la *Gazette des Hôpitaux*, M. le docteur Manjot, de Belley, nous communique une observation qui lui est personnelle et qui porte avec elle quelque enseignement sur le degré de tolérance et les effets de cette substance sur l'organisme humain. Nous laissons parler notre confrère :

« Je souffre depuis plusieurs années de douleurs névralgiques qui reparaissent par accès tous les huit, quinze jours ou toutes les trois semaines, suivant les circonstances de température, de régime, de fatigue, etc., etc.

Ces douleurs, qui n'ont pu être modifiées jusqu'aujourd'hui que par une saison à Néris et par des doses élevées de quinine, avaient, il y a quatre ou cinq ans, une durée habituelle de douze à vingt-quatre heures, pendant lesquelles je souffrais horriblement. J'en étais arrivé, pour me soustraire à la perception de ces douleurs atroces, à employer le chloral, que je prenais à la dose de 4 grammes dans un véhicule de 100 grammes, en deux fois, à dix minutes d'intervalle.

Le 28 septembre 1871, l'accès étant revenu avec une grande violence, je me décidai à recourir au chloral. Je pris la première moitié d'une potion de 4 grammes vers les quatre heures du soir, en me mettant au lit; et avant d'avaler la seconde moitié, dix minutes après, je songeai que, la nuit devant être longue, je pourrais bien être réveillé par les douleurs dans la dernière partie des douze ou quatorze heures que j'avais à passer au lit, et qu'une seconde dose de chloral me serait utile.

J'envoyai donc chercher une nouvelle potion semblable à la première, avec la préoccupation de n'en user que dans cette seule éventualité; puis, quelques instants après la prise de la seconde moitié de la première potion, je perdais la perception de mes douleurs et des choses qui m'entouraient. Je devrais dire plutôt la conscience et le souvenir; car je n'en continuai pas moins à produire des actes et des paroles dont il me fut rendu compte le lendemain.

En effet, la personne qui m'apporta la deuxième potion, entre les cinq et six heures, me trouva à genoux à côté de mon lit, et je lui parlai comme à l'état de veille... Je pris la seconde potion et je lui commandai de m'en faire préparer une troisième, en disant que je souffrais toujours et que je ne dormais pas.

Cette troisième potion (de 4 grammes également) fut prise vers les sept heures du soir, de telle sorte qu'en trois heures de temps (de quatre à sept heures) j'absorbai *douze grammes* de chloral.

Que se passa-t-il après cela? Très-certainement une résolution absolue de tous les mouvements autres que ceux de la vie organique. D'autres renseignements très-désirables font défaut jusqu'à huit heures du matin, heure à laquelle mes domestiques, que j'avais prévenus la veille, vinrent me réveiller, parce que je voulais partir. Je répondis, avec pleine connaissance, au premier appel qui me fut fait, mais il me fut impossible de faire le moindre mouvement; mes paupières même étaient trop lourdes à soulever. Je retombai dans une espèce d'engourdissement tenant le milieu entre la veille et le sommeil, dont je ne fus tiré qu'à quatre heures du soir, par l'arrivée de la campagne d'une personne de ma famille. Je voulus me lever; mais pour me soutenir il me fallut encore le secours de quelqu'un, et je ne pus que me traîner dans un autre lit. Je fis un léger repas qui me ranima un peu, et je dormis encore d'un sommeil calme toute la nuit suivante.

Le lendemain matin, en me levant, j'étais encore un peu faible, et la lourdeur de tête qui me restait ne disparut entièrement qu'après le repas de midi.

Les deux choses qui me semblent ressortir de cette observation sont les suivantes :

1° C'est que j'ai pu absorber 12 grammes de chloral, en trois heures de temps, sans qu'il en soit résulté d'effets fâcheux.

Évidemment, la division des doses en a atténué l'action, tandis que, dans l'observation de la *Gazette* du 15 mai, les 12 grammes ingérés paraissent avoir été pris d'un seul coup.

Il est bien remarquable, en effet, que pour produire le sommeil complet et la résolution des forces, le chloral doit être pris à doses massives et rapprochées ; autrement, pris par cuillerées à bouche de demi-heure en demi-heure, par exemple, il ne produit que l'engourdissement et la rêvasserie. Dans mon cas, son effet approximatif a été une perte de sentiment de seize heures et une résolution absolue des forces de douze heures environ de durée.

Dans quel état était la respiration et la circulation à partir de l'absorption de la troisième potion? C'est là une question à laquelle il n'est malheureusement pas possible de répondre, puisque je suis resté complétement seul et privé de secours, de sept heures du soir à huit heures du matin. A ce moment, le sommeil était peu profond, puisque je repris connaissance et pus répondre — difficilement, il est vrai — au premier appel qui me fut fait. Mais la résolution des forces était encore telle qu'il me fut impossible de mouvoir un membre et que je pus à peine entr'ouvrir les paupières.

2° La seconde chose à noter, et qui n'a pas encore été signalée, que je sache, c'est cette espèce de somnambulisme dans lequel j'ai été depuis quatre heures et demie, environ, jusqu'à sept heures, moment où fut prise la dernière potion. Un renseignement me manque encore là, malheureusement : c'est de savoir si les deux dernières potions ont été prises chacune d'un seul coup, ou si, comme la première, elles l'ont été en deux fois. Les souvenirs de mes domestiques qui m'ont assisté dans cette période de temps sont incomplets à cet endroit.

Quoi qu'il en soit, chose singulière, j'ai pu parler encore et agir après avoir pris 4 et même 8 grammes de chloral. D'où pouvait provenir cette résistance à l'action résolutive du médicament, dans cette circonstance, alors que 4 grammes avaient suffi jusque-là pour me procurer un profond sommeil de huit à dix heures de durée? Est-ce l'accoutumance? C'était la troisième ou la quatrième fois au plus que j'y avais recours. Est-ce une autre cause? Je ne saurais le dire... Quoique étant d'un tempérament nerveux assez accusé, je ne suis cependant pas sujet au somnambulisme naturel.

L'explication est donc encore à trouver pour moi ; car je ne la vois pas dans l'intensité de la douleur, qui avait été au moins aussi forte dans d'autres circonstances. Je me borne donc à noter simplement ce fait, qui peut se reproduire chez d'autres personnes, et qui doit engager à surveiller les malades soumis à l'influence du chloral, pour leur éviter des accidents. »

PNEUMONIE CHEZ UNE FEMME ENCEINTE

Par M. le docteur Gillet (de Beauzée).

La question de l'*influence vraie de la grossesse sur la marche et l'issue de la pneumonie* étant un sujet de désaccord entre les auteurs, je crois de mon devoir de publier le cas suivant que je viens d'observer. Ne pouvant à lui seul servir à juger la question pendante, ce sera toujours un élément destiné à faciliter, plus tard, un travail capable d'établir sur ce point une *loi pathologique* solide.

Une jeune femme de trente et un ans, de très-petite taille et de santé délicate, habitant le village de Heippes, est enceinte de six mois.

Dans le courant d'avril elle s'expose à un refroidissement ; après deux ou trois jours de malaise, le samedi 21 avril, elle éprouve le matin un violent frisson, le samedi soir elle commence à ressentir un vif point de côté à droite. Elle tousse, forte fièvre, etc.

Le dimanche 22, même état.

Le lundi je constate une pneumonie à droite, souffle, etc. La malade sent encore son enfant remuer, mais moins fort.

Le pouls à 120, la respiration est à 40.

Le mardi soir le mal augmente beaucoup ; violentes quintes de toux très-pénibles et oppression très-grande, avec cyanose de la face.

Le mercredi, même état : pouls, 130 ; respiration, 42.

Depuis le *mardi soir* elle n'a plus senti son enfant remuer ; de l'herpès *labialis* apparaît le même jour.

Le jeudi elle est un peu mieux, a eu moins de quintes : pouls à 110 ; respiration, 34.

Mais le vendredi elle est plus mal que jamais ; le pouls à 132, la respiration passe 40.

Enfin le samedi matin il y a une détente, le pouls est à 100, la respiration à 33. Elle commence à sentir son enfant remuer. Pendant trois jours il lui avait semblé mort, et pendant ces trois jours elle éprouvait des coliques utérines intermittentes à chaque quinte violente, mais il n'a pas paru de sang.

Au même jour le point cède. Les crachats, plus liquides et plus blancs, indiquent la guérison pulmonaire, qui chaque jour est allée se complétant.

Le traitement employé a consisté en sangsues sur le côté droit et potions hermétisées. Lavements émollients. Quelques opiacées à titre antiabortif surtout.

Car, pour moi, je crois qu'on doit à tout prix chercher à empêcher un avortement en pareil cas, et l'opium est indiqué par son *action sédative, tant sur les fibres utérines que sur l'appareil respiratoire.*

La durée et la marche ont été tout ordinaires, et l'issue favorable. Un cas seul ne dit rien ; mais, si j'en appelle à mes souvenirs, l'opinion de Grisolles sur l'influence désastreuse de la grossesse en cas de pneumonie est très-exagérée, et n'est guère vraie que pour les cas où il y a avortement.

REVUE DE LA PRESSE

Mort subite par œdème pulmonaire aigu, par le docteur Paolo Cantilena, médecin en chef de l'hôpital de Bellune. — Il n'est pas rare dans la pratique de se trouver en présence d'un cas d'œdème pulmonaire aigu, rapidement mortel. A la période de résolution des pneumonies, par exemple, cette circonstance se présente très-facilement, surtout si la maladie est accompagnée d'un état catarrhal antérieur des bronches. D'ailleurs le simple catarrhe bronchique peut, dans quelques cas, produire de cette manière une mort rapide par asphyxie. La tuberculose miliaire, les exanthèmes fébriles aigus sont dans le même cas.

Enfin la mort subite de même origine n'est pas rare dans les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux.

C'est cette dernière surtout que l'auteur a étudiée.

L'œdème pulmonaire aigu, lié à une affection cardiaque, se reconnaît aux symptômes suivants :

La face est cyanosée, les conjonctives sont injectées, les jugulaires gonflées, la respiration est haletante, l'expiration prolongée. La toux, plus ou moins fréquente, est quelquefois nulle. Les crachats

sont blancs, aérés, parfois striés de sang. Le pouls est petit et irrégulier, misérable dans les cas graves. A la percussion, on trouve, outre les signes particuliers de la maladie qui a causé l'œdème, un son légèrement tympanique.

A l'auscultation, on trouve des râles sous-crépitants et de gros râles muqueux disséminés dans tout le poumon. Le subdelirium, et dans les cas graves le coma, montrent que la circulation encéphalique est en mauvais état.

Chez les individus atteints d'affection organique du cœur, et paraissant d'ailleurs jouir d'une santé relativement bonne, la mort arrive souvent tout à fait à l'improviste, par suite d'un seul accès d'œdème pulmonaire.

L'auteur cite plusieurs observations dans lesquelles les choses se sont passées de la sorte.

Obs. I. — M. M..., préfet de Bellune, âgé de soixante ans, paraissant robuste et de bonne santé, se fatiguait aisément par la marche, souffrait depuis longtemps d'un catarrhe bronchique et était un peu hypochondriaque. Au printemps de 1871, au moment de son lever, il fut atteint subitement d'une violente attaque de dyspnée, qui se dissipa spontanément. Au bout de quelques mois, dans les mêmes conditions de santé générale, et toujours le matin, nouvelle attaque. Toux, râles, que l'on pouvait entendre à distance, expectoration d'un fluide muco-spumeux, turgescence de la face, conjonctives injectées; jugulaires gonflées; sueur froide atteignant tout le corps. Pouls fréquent et irrégulier; stupeur. Stimulants cutanés, et à l'intérieur, potion à l'ammoniaque. Guérison assez rapide.

L'examen attentif du cœur, pratiqué à cette époque, fournit les signes suivants :

La pointe bat dans le deuxième espace intercostal, au niveau de la ligne axillaire antérieure; souffle au second temps, à la base et à la pointe, rude à la pointe, mais sensible dans le deuxième espace, du côté droit. Le pouls ne présente pas d'intermittences, mais l'artère est grosse, un peu flexueuse au moment de la diastole; elle se désemplit brusquement.

Le diagnostic porté alors fut le suivant :

Insuffisance aortique; hypertrophie et dilatation du ventricule gauche; tendance à l'asystolie, avec attaques subites d'œdème pulmonaire aigu.

Pendant le reste de l'année 1871, la santé générale fut bonne; il put se livrer sans difficulté à ses occupations habituelles et même faire un voyage.

Au commencement de 1872, une nouvelle attaque, plus grave que la précédente, le mit à deux doigts de la mort. Celle-ci arriva en septembre 1873, par le fait d'une nouvelle attaque d'œdème pulmonaire.

Obs. II. — Mme P..., cinquante-sept ans, paraissant de bonne constitution.

Premier accès d'œdème pulmonaire aigu en 1872. A cette époque, on constate une insuffisance aortique, avec hypertrophie du ventricule gauche.

Quelques mois après, nouvel accès plus fort, allant jusqu'à la perte de l'intelligence. Sinapismes; affusions froides; saignée. Broncho-pneumonie à la suite, au mois de juin 1873. A la suite d'une frayeur vive, la mort survint au milieu d'un accès d'œdème pulmonaire semblable au premier.

Obs. III. — Daniel P..., cinquante ans, conducteur d'omnibus. Rhumatisme articulaire aigu, avec complications cardiaques en 1860. Habitudes alcooliques. Resta à l'hôpital du 17 juillet 1873 au 17 avril 1874, avec une anasarque consécutive à une affection organique grave du cœur. Sortit guéri à cette dernière époque. Rentré en février 1875, dans l'état suivant :

Œdème général. Pouls intermittent faible. T. 37°,8. Respiration haletante; toux avec expectoration muco-spumeuse; langue rouge sur les bords; léger météorisme; diarrhée séro-muqueuse ; urines rares, très-colorées.

Anxiété très-vive. Douleur dans l'hypochondre droit. A l'inspection, sous une forte inspiration, on trouve un abaissement de la fosse épigastrique et un enfoncement des espaces intercostaux inférieurs. Le thorax se soulève en masse.

A la percussion, matité au niveau de la partie supérieure du foie et dans toute la région précordiale. A l'auscultation, râles humides disséminés de tous côtés. L'impulsion du cœur n'est ni visible ni palpable. Souffle rude à la pointe, et que l'on peut entendre également dans le second espace intercostal. Foie abaissé, dur, douloureux; rate dépassant la ligne axillaire postérieure. Digitale et morphine. Sous l'influence de traitement l'anasarque disparut presque, la toux devint moindre, les battements du cœur se régularisèrent. Malheureusement le malade mourut, le 14 février, d'un nouvel accès d'œdème pulmonaire aigu.

Autopsie quarante-huit heures après la mort. Un peu d'œdème sous-arachnoïdien. Dans les deux poumons, emphysème des bords antérieurs. Infiltration abondante de sérosité. Plusieurs infarctus hémorrhagiques dans le poumon droit. Un peu de sérosité dans le péricarde. *Cor bovinum.* Cavité gauche dilatée; parois du ventricule épaisses; parenchyme friable, couleur feuilles sèches.

La valvule mitrale est grosse, rugueuse, rigide. Les cordages tendineux et les muscles papillaires hypertrophiés. Les valvules aortiques sont grosses, rigides, d'apparence cartilagineuse, bien que le cœur soit en diastole; elles laissent à leur centre un petit espace triangulaire capable de donner passage à une plume d'oie.

Incrustations calcaires sur les nodules d'Arantius. Cavités droites dilatées. Endocarde épaissi. Dilatation cylindroïde à l'aorte, au-dessus des valvules. Membrane interne athéromateuse. Foie muscade; parenchyme splénique, d'un rouge sombre.

Obs. IV. — Mme P..., soixante-trois ans; rhumatismes dans sa jeunesse.

Dans l'hiver de 1873, fortes palpitations, légère cyanose au visage; respiration stertoreuse; pouls petit, fréquent et inégal. Au bout d'une heure cet état s'était notablement amélioré par l'usage des stimulants à l'intérieur et à l'extérieur.

L'examen du cœur donna les résultats suivants :

La pointe bat dans le sixième espace intercostal sur la ligne axillaire antérieure; souffle rude au premier temps, prolongé sur le trajet de l'aorte et dans les carotides.

Le second bruit de la base est sourd et obtus, mais sans souffle.

Depuis lors les accès se répétèrent souvent; le dernier arriva à la fin d'avril 1873, et emporta la malade.

La règle de conduite du médecin, dans tous ces cas, est très-difficile à formuler. Dans les cas où la cyanose de la face, la turgescence des jugulaires, la menace de suffocation sont les phénomènes les plus graves, la saignée est indiquée. Appalzer conseille de la pratiquer après avoir fait asseoir le malade. On reconnaîtra beaucoup mieux de la sorte le moment où la menace d'une syncope réclame la fermeture de la veine. Quand les symptômes de l'œdème pulmonaire sont les plus graves, l'usage des stimulants intra et extra est indiqué. Quand les forces le permettent on peut employer l'émétique; encore faut-il user d'une grande réserve, à cause de son action sur les centres nerveux.

Chez les individus nerveux et irritables, les bromures sont indiqués, et entre tous *le bromure de fer*, qui agit contre l'anémie. — (*Giornale Veneto di scienze mediche*, luglio 1875.)

Thrombose des veines épiploïques. Embolie dans le système de la veine porte. (G. Bolling.) — W..., âgé de trente-sept ans, bien portant jusqu'alors, fut pris, le 18 juin 1874, de fièvre et de vomissements. Ceux-ci augmentèrent bientôt de fréquence. De plus, le 5 et le 6 juillet, à la suite d'un violent frisson, survint de l'ictère.

A ce moment, il avait une forte fièvre, du ballonnement du ventre. On pouvait sentir avec la main une tumeur molle, s'étendant en avant jusqu'à l'ombilic, et en haut jusqu'au foie. Les urines contenaient des matières colorantes et des acides biliaires. Le 7 juillet au matin, survinrent des coliques et de la diarrhée; le malade mourut le 10, de péritonite.

A l'autopsie, on trouva le lobe gauche du foie considérablement hypertrophié et s'étendant jusqu'à l'ombilic. Le bord libre de ce lobe s'étendait jusqu'au côlon transverse; il était environné d'une poche péritonéale remplie de sérosité purulente. Un autre abcès se

trouvait formé à la surface du lobe gauche du foie, et environné de même par une capsule formée aux dépens du péritoine.

Tout le lobe gauche du foie était lui-même parsemé d'abcès remplis d'un liquide mou de mauvaise odeur et absolument semblable à du pus. Le contenu, desséché, avait la consistance caséeuse. Dans le parenchyme du foie, on trouvait encore des taches de diamètre plus ou moins grand, à centre jaune, à périphérie verdâtre. Toutes les petites ramifications de la veine porte, du côté gauche, étaient remplies d'une matière molle et jaunâtre. Dans les grosses divisions, on trouvait une masse semi-dure, se prolongeant jusque dans les divisions de moindre calibre. Le grand épiploon, dans le voisinage du cœcum, était recouvert d'une couche néo-membraneuse très-épaisse, dans laquelle on trouvait de petites collections purulentes. La plus importante, formée par un pus jaune-verdâtre, siégeait au voisinage de l'appendice xiphoïde. Les veines qui s'y rendaient contenaient les unes du pus, les autres de la fibrine dure.

L'auteur croit qu'il y avait eu d'abord une pérityphlite avec péritoine circonscrit; que, dans la suite, l'inflammation avait gagné l'épiploon, avait déterminé une thrombose des veines épiploïques, puis qu'une embolie s'était formée là et était allée plus tard jusque dans la veine porte. Il rapporte le premier frisson au moment de la formation des foyers purulents; la tuméfaction de la rate à l'empoisonnement du sang par les acides biliaires et le pus.

L'auteur signale la rareté de la maladie et la difficulté du diagnostic. — (*Hygiea* 1874, S. 553, et *Nordiskt médicintes. Artier.* 7e *Band.* 2e *hoft,* 1875.)

Mort subite par embolie de la veine cave inférieure, à la suite de varices de la jambe (Thomas Browne). — Un homme de cinquante ans se présente à l'auteur, le 5 janvier 1874, pour une contusion de la jambe gauche. La lésion paraissait sans importance. Comme le malade avait de nombreuses varices et que la contusion semblait les avoir rendues plus proéminentes, on recommande au malade de prendre la position horizontale. Au bout de peu de jours il quitte l'hôpital, muni d'un bas élastique. Il revint à l'hôpital, le 19 janvier, sa jambe en très-bon état. Surpris par une forte averse en quittant l'hôpital, il courut pour se mettre à l'abri. Presque aussitôt il se sentit pris de langueur et ne put continuer sa route. Un chirurgien, qui le vit à ce moment, le trouva anxieux; le pouls faible, intermittent; la respiration libre et régulière. Placé dans la position horizontale. Affusions froides sur la face. Alcool et eau. Revint à lui et déclara n'éprouver aucune douleur, mais un sentiment pénible de constriction à la base du thorax. Les lèvres et les oreilles devinrent bleues; la face grippée. Il fit en vain des efforts de défécation. La vessie fonctionnait bien. Alcool à l'intérieur, rejeté presque aussitôt avec des efforts de vomissement. Pouls sensiblement égal. R. 44 à la minute. Tout à coup il fit un effort de vomissement; la face, la tête et le cou devinrent livides; le cœur cessa de battre. Il fit deux ou trois respirations profondes; après quoi l'action du cœur cessa. Il mourut trois quarts d'heure après le début de l'accident, sans avoir perdu connaissance.

Autopsie vingt-quatre heures après. — Rigidité cadavérique; la veine cave inférieure, conservée, contenait un caillot d'un jaune grisâtre, commençant au-dessus de l'oreillette droite et s'étendant en bas jusqu'à la veine iliaque primitive. La partie inférieure de ce caillot était dure et fibroïde; on en trouvait de semblables au voisinage des varices. (*Lancet*, 27 juin 1875.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 juillet 1875. — Présidence de M. Forget.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un numéro du *Progrès médical;* 2° des photographies de l'enfant présenté dans la dernière séance, offertes à la société par M. DE BEAUVAIS.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. DE BEAUVAIS. Dans la dernière séance je n'avais fait que présenter l'enfant. Depuis j'ai pu étudier ce genre de monstruosité, et je me réserve d'en faire l'objet d'une communication dans une des séances prochaines.

M. ONIMUS. M. de Beauvais m'a adressé l'enfant, que j'ai soumis, comme examen, à l'influence des courants électriques. La sensibilité cutanée est très-marquée, au point de faire pousser des cris à cette petite fille, qui, on a pu s'en convaincre dans la dernière séance, n'est pas douillette. Je n'ai pu obtenir aucune contraction musculaire, même avec des courants assez forts; les fibres ont donc dû subir la dégénérescence graisseuse.

M. FORGET. Dans notre examen rapide, nous avons dû nous méprendre au point de vue de la facilité avec laquelle une opération peut être faite, étant donnée la mobilité que nous avions cru constater entre le bassin rudimentaire et le pubis. Une exploration plus attentive nous a révélé l'existence d'un véritable os reliant ces deux parties. De chaque côté sur la tumeur, il y a des fémurs mobiles sur des cavités cotyloïdes appartenant au bassin rudimentaire. C'est là cette mobilité qui a fait croire à celle du pubis. Il faudrait donc pratiquer une véritable amputation avec section de la jetée osseuse. Les artères sont très-nettement appréciables, surtout du côté où le membre est plus volumineux. Elles viennent sans doute des honteuses ou des obturatrices.

LECTURE

M. DUBUC donne lecture de l'observation suivante :

Note sur un cas de glycosurie intermittente. Le 21 mai 1875, j'étais consulté par un monsieur de soixante-ans environ, riche négociant habitant la province; il s'agissait d'un homme de haute stature, doué d'un embonpoint notable, bien coloré, présentant toutes les apparences de la santé la plus florissante, et nullement ennemi des plaisirs de la table. Il se plaignait à moi d'éprouver des besoins fréquents d'uriner, principalement après les repas; la miction s'opérait d'ailleurs sans aucune difficulté et sans occasionner de souffrances; son urine, toujours limpide, laissait déposer quelquefois une petite quantité de sable rouge. Il faisait remonter la fréquence de ses besoins à un an en arrière; il trouvait que, depuis dix-huit mois, ses forces avaient un peu diminué. A une demande que je lui adressai, il répondit que depuis deux ans environ il avait à peu près complétement cessé d'avoir des érections. Interrogé par moi sur la quantité d'urine qu'il émettait dans les vingt-quatre heures, il l'évalua à 2 litres, ajoutant que, dans le même intervalle, il buvait au moins deux litres et demi de liquide et qu'il éprouvait assez souvent la sensation de la soif en dehors des repas.

Je le fis uriner devant moi, autant pour juger de la façon dont s'opérait la miction que pour être mis à même d'examiner son urine. La miction s'opérait très-bien, ainsi qu'il me l'avait annoncé; le jet avait un volume normal et la vessie jouissait de toute sa contractilité.

L'urine rendue (c'était peu de temps après le déjeuner) était limpide, jaune clair, acide.

Traitée par la chaleur et l'acide nitrique, elle ne se troublait pas, mais il suffisait d'en ajouter quelques gouttes à de la liqueur de Fehling bouillante pour déterminer dans le mélange l'apparition immédiate d'un précipité très-abondant et parfaitement caractéristique d'oxydule de cuivre. C'était, à n'en pas douter, de l'urine sucrée.

Je fis part au malade de ma découverte, et désirant, avant de lui formuler un régime rigoureux, s'il y avait lieu, connaître la quantité de sucre contenue dans son urine, je l'engageai à en faire faire le plus tôt possible l'analyse par un chimiste compétent et à me transmettre le résultat; je me bornai pour le moment à lui prescrire de l'eau de Vichy et de n'user qu'avec beaucoup de modération des farineux et des aliments sucrés.

Le malade, devant quitter Paris le soir même, me dit qu'aussitôt rentré chez lui, il ferait procéder à l'analyse par un pharmacien très-instruit de la ville qu'il habite, professeur de chimie à l'école industrielle.

Le 29 mai, je reçus une lettre de mon client, à laquelle était annexée l'analyse détaillée que j'avais réclamée. Le pharmacien,

ayant eu à sa disposition un échantillon de l'urine du 25 mai (celle du matin et celle du soir mélangées), n'y avait pas trouvé de trace de glycose; on me transmettait le résultat en me faisant remarquer, comme fiche de consolation, que, le malade ayant déjà suivi pendant deux ou trois jours le régime mitigé que je lui avais conseillé, cela avait pu suffire à amener la disparition du sucre.

Je répondis que j'étais certain, en ce qui me concernait, d'avoir trouvé du sucre; que, d'autre part, je ne m'inscrivais nullement en faux contre le résultat négatif du pharmacien; qu'il s'agissait là, suivant toute probabilité, d'une glycosurie intermittente dont il y aurait lieu par la suite de déterminer les conditions de production.

Le 18 juin, le malade se trouvant à Paris, où il est appelé fréquemment par ses affaires, en profita pour venir me rendre compte de sa situation; il avait suivi exactement le régime que je lui avais conseillé et s'en était bien trouvé; les envies d'uriner avaient diminué de fréquence; il avait moins souvent éprouvé l'envie de boire.

Je le fis, comme la première fois, uriner en ma présence; il y avait peu de temps qu'il avait fini de déjeuner. L'urine, chauffée avec la liqueur de Fehling, me donna de nouveau la réaction caractéristique de la présence du sucre; chauffée avec de l'eau de chaux, elle lui communiqua une coloration brune. Je déclarai à ce monsieur qu'il n'était pas possible de douter qu'il n'y eût du sucre dans l'urine qu'il venait d'émettre.

Comme il ne devait repartir que deux jours après, je le priai de recueillir l'urine de la nuit et d'en porter dès le lendemain matin un échantillon à M. Méhu, à l'hôpital Necker, en lui recommandant de me transmettre le résultat de son analyse aussitôt qu'il l'aurait faite; c'est ce qui fut exécuté. Le 21 juin, je reçus la réponse de M. Méhu; elle renfermait une analyse très-bien faite de l'échantillon qui lui avait été soumis; il n'y avait pas trouvé la plus petite trace de glycose. Ainsi les deux analyses faites par des chimistes me donnaient tort. Heureusement j'avais eu la précaution de recueillir et de conserver dans un flacon bien bouché l'urine que le malade avait émise devant moi trois jours auparavant; je la portai à M. Méhu avec la liqueur de Fehling que j'avais employée, et qu'il déclara d'excellente qualité; il procéda séance tenante à l'analyse de l'échantillon que je lui présentais, y constata la présence non douteuse du sucre, et, à l'aide de l'appareil saccharimétrique de Soleil, put en évaluer très-exactement la dose à 12 grammes 3 centigrammes par litre.

Il avait vu mon monsieur, et me dit qu'il n'était pas surpris du résultat contradictoire auquel nous étions arrivés l'un et l'autre, attendu que, plusieurs fois déjà, chez des gens gras et robustes, il avait constaté l'apparition intermittente du sucre, sans qu'ils fussent pour cela à proprement parler diabétiques. Il me cita, à ce propos, le cas d'un de mes anciens camarades d'internat, qui exerce actuellement avec beaucoup de distinction la chirurgie dans une grande ville de province et qui, ayant quelque raison de croire que son urine contenait du sucre, lui en avait envoyé un échantillon, avec prière d'en faire l'analyse; il y trouva de l'albumine et pas de sucre. A quelque temps de là, notre confrère, ayant eu besoin de faire un voyage à Paris, vint lui rendre une visite à l'hôpital Necker; frappé alors de son embonpoint, il lui demanda d'uriner dans un verre et procéda immédiatement à l'analyse; l'urine était albumineuse comme la première fois, et, de plus, elle était sucrée.

(*A suivre.*)

Faculté de médecine de Paris.

ANNÉE SCOLAIRE 1875-1876

Les cours d'hiver de la Faculté auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 novembre :

Physique médicale. — M. Gavarret. Physique générale. — Chaleur. — Électricité. — Lumière. — Mercredi et vendredi, à midi.

Physique biologique. — Phénomènes physiques de la phonation et de l'audition. — Lundi, à cinq heures (petit amphithéâtre).

Pathologie médicale. — M. Axenfeld, suppléé par M. Duguet, agrégé. Maladies des organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme. — Lundi, mercredi et vendredi, à trois heures.

Anatomie. — M. Sappey. Les principaux systèmes et les principales régions du corps. — Lundi, mercredi et vendredi, à quatre heures.

Pathologie et thérapeutique. — M. Chauffard. De la maladie aiguë et de la maladie chronique. — Étude générale de la symptomatologie et de l'étiologie de ces deux ordres de maladies. — Lundi, mercredi et vendredi, à cinq heures.

Chimie médicale. — M. Wurtz. Chimie biologique. Étude chimique du sang. — Phénomènes chimiques de la respiration et de la nutrition. — Mardi, à quatre heures (petit amphithéâtre).

Chimie médicale. — Jeudi et samedi, à midi.

Pathologie chirurgicale. — M. Dolbeau. Pathologie chirurgicale générale. — Mardi, jeudi et samedi, à trois heures.

Opérations et appareils. — M. Léon Le Fort. Thérapeutique des affections de l'appareil circulatoire. Opérations spéciales (maladies des yeux, de la bouche, du thorax, hernies, etc.). — Mardi, jeudi et samedi, à quatre heures.

Histologie. — M. Robin. Histologie proprement dite; étude particulière de chacun des tissus et des systèmes organiques (2e partie du programme imprimé). — Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures.

Histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. Lorain. Études historiques sur quelques maladies épidémiques et contagieuses : variole, syphilis, etc., etc. — Mardi, jeudi, samedi à cinq heures (petit amphithéâtre).

Clinique médicale. — M. G. Sée, à la Charité; M. Béhier, à l'Hôtel-Dieu; M. Lasègue, à la Pitié. — Tous les jours, le matin, de huit heures à dix heures.

Clinique chirurgicale. — M. Richet, à l'Hôtel-Dieu; M. Gosselin, à la Charité; M. Verneuil, à la Pitié; M. Broca, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté. — Tous les jours, le matin, de huit heures à dix heures.

Clinique d'accouchements. — M. Depaul, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté. — Tous les jours, le matin, de huit heures à dix heures.

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES. — *Maladies des enfants.* — M. Blachez, agrégé, à l'hôpital des Enfants. — Lundi, jeudi, samedi, à huit heures et demie.

Les exercices de dissection commenceront à l'École pratique le lundi 18 octobre. — M. Sée, chef des travaux anatomiques, ouvrira son cours le 3 novembre. Il traitera des questions suivantes : anatomie appliquée; généralités; tête; cou.

SEMESTRE D'HIVER. — DIVISION DES ÉTUDES.

1re *année.* — Chimie médicale, physique médicale.

2e *année.* — Anatomie, histologie, dissections.

3e *année.* — Anatomie, histologie, dissections, opérations et appareils, pathologie interne et pathologie externe, cliniques médicale et chirurgicale.

4e *année.* — Pathologie interne et pathologie externe, pathologie générale, exercices pratiques de médecine opératoire, cliniques médicale et chirurgicale.

MM. les étudiants sont prévenus : 1° que les consignations pour les travaux pratiques et pour les examens seront reçues à partir du jeudi 14 octobre, les vendredis et samedis, de une à quatre heures; 2° que le registre destiné à recevoir l'inscription du premier trimestre de l'année scolaire 1875-1876 sera ouvert du mercredi 3 novembre au jeudi 25 novembre, les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de une à quatre heures.

Les élèves qui commenceront leur cours d'études ne seront admis à prendre leur première inscription qu'en présentant et déposant au secrétariat, jusqu'au 15 novembre au plus tard : 1° leur acte de naissance, dûment légalisé; 2° un certificat de bonnes vie et mœurs; 3° le diplôme de bachelier ès lettres; 4° s'ils sont mineurs, le consentement de leurs parents ou tuteurs. *Ceux d'entre eux dont les parents ou tuteurs ne résident point à Paris devront, en outre, être présentés par une personne domiciliée à Paris, laquelle sera tenue d'inscrire elle-même son nom et son adresse sur un registre ouvert à cet effet.* Avant de prendre leur troisième inscription, les étudiants devront justifier du diplôme de bachelier ès sciences restreint.

Les aspirants au titre d'officier de santé sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès sciences ou celui de bachelier ès lettres; mais ils devront justifier du *certificat de grammaire*, obtenu conformément aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 1854.

Délibéré en la Faculté, le 29 *juillet* 1875.

Le doyen : Ad. Wurtz.

Vu : *le vice-recteur de l'Académie de Paris,*

A. Mourier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine d'Amiens. — M. le docteur Faucon est institué suppléant de pathologie et de clinique externe, pour une période de neuf années.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Perrot, professeur adjoint d'anatomie, est nommé professeur d'accouchement, en remplacement de M. Godefroy, décédé.

— *Hospices de Caen.* — Le lundi 6 décembre 1875, à une heure, il sera ouvert, au siége de l'administration, à l'hospice Saint-Louis, un concours public pour une place de médecin adjoint des hospices.

Les candidats devront se faire inscrire, un mois au moins avant ouverture du concours, au secrétariat de l'administration. — Nul ne pourra concourir s'il n'est Français et porteur d'un diplôme de docteur en médecine, délivré, depuis cinq ans au moins, par une Faculté française. — En se faisant inscrire, les candidats devront déposer leur acte de naissance, leur diplôme de docteur et une notice sur leurs travaux et leurs services antérieurs.

Les épreuves du concours seront : 1° une composition écrite sur un sujet de pathologie et de thérapeutique médicales; 2° une épreuve clinique sur deux malades choisis dans les salles de l'Hôtel-Dieu; 3° une consultation rédigée sur un cas de maladie grave.

Le médecin adjoint sera nommé pour dix ans.

— La *Gazette médicale de Strasbourg* nous apporte un bien triste bulletin nécrologique. Nous lui donnons la parole, en nous associant de tout cœur à l'éloge si juste et si mérité qu'il donne à notre très-regretté ami et collègue le docteur Eissen :

« Le mois qui vient de s'écouler a été marqué par la mort de deux confrères, enlevés à quelques jours d'intervalle par une affection aussi soudaine qu'inattendue.

« M. le docteur Michel Steinbrenner, dont le nom et la réputation sont si justement et si universellement répandus parmi la population de Wasselonne et des alentours, a succombé le 6 août dernier, à l'âge de soixante-huit ans, à la suite d'une attaque d'apoplexie datant de la veille. Il débuta comme médecin cantonal à Villé, puis à Drulingen, puis à Saar-Union, où, pendant une longue suite d'années, il exerça la médecine avec une abnégation et un désintéressement sans bornes. Après la guerre il vint se fixer à Wasselonne, où, de concert avec son fils et son frère, il poursuivit son œuvre de dévouement. L'immense cortége qui l'a accompagné à sa dernière demeure est une preuve de l'estime et de l'attachement dont l'entouraient ses nombreux clients.

« Les obsèques de M. le docteur Eissen, qui ont eu lieu le 25 août dernier au milieu d'une affluence considérable, montrent également la sympathie et la popularité dont il jouissait dans notre ville. Nommé successivement médecin cantonal, chirurgien-major du corps des sapeurs-pompiers, M. Eissen a toujours été esclave du devoir. En 1854 il se distingua particulièrement pendant l'épidémie de choléra qui décimait notre population. Son zèle, son activité et son dévouement lui valurent une médaille d'or de première classe. En 1870, pendant les jours néfastes qui plongèrent notre cité dans le deuil et la terreur, Eissen, malgré son âge avancé, ne recula devant aucun danger. Fidèle au poste, debout sur les ruines fumantes de nos faubourgs, il accomplit sa mission sans faillir, et, par son exemple, ranima bien des courages en train de s'ébranler. A côté des labeurs de la pratique journalière, Eissen sut consacrer bien des moments à l'étude et à la science pure. C'est ainsi qu'on possède de lui, à côté d'un certain nombre de brochures et notices alsatiques, plusieurs mémoires médicaux importants, sur le choléra entre autres. C'est lui aussi qui fut le fondateur et le rédacteur en chef de la *Gazette médicale*, et qui, secondé par des collaborateurs distingués et infatigables, en garda la direction pendant près de trente ans. Son souvenir ne s'effacera pas de notre mémoire. »

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. le docteur Péan reprendra ses leçons cliniques samedi 4 septembre, à neuf heures, et les continuera, ainsi que les opérations chirurgicales, les samedis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur le système nerveux faites à la Salpêtrière par le docteur Charcot, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc., recueillies et publiées par le docteur Bourneville. 2e édition, revue et augmentée. — Tome Ier, 1 vol. in-8° avec 9 planches en chromo-lithographie, 1 eau forte et 27 figures intercalées dans le texte. Prix : 13 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Enseignement du laboratoire ou exercices progressifs de chimie pratique, par Loudon Bloxam, professeur de chimie à King's college de Londres, etc. Traduit de l'anglais par le docteur Darin. — 1 vol. in-12 avec 89 figures intercalées dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

L'École de Salerne, avec la traduction burlesque du docteur Martin. Nouvelle édition revue par Philibert Le Duc, membre de l'Académie de Lyon, etc. — 1 vol. petit in-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 105. — MARDI 7 SEPTEMBRE 1875. 48e ANNÉE. MARDI 7 SEPTEMBRE 1875. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

On admettait généralement jusqu'ici que l'imprégnation de l'ovule par le sperme est la condition préalable nécessaire et indispensable au développement du germe des vertébrés. La note de M. J. Moquin-Tandon *sur le développement d'œufs de grenouille non fécondés* semble, d'après l'auteur, devoir modifier cette proposition dans ce qu'elle a d'absolu. M. Moquin-Tandon, ayant pris une grenouille verte vers la fin du mois de mars, aux environs de Paris, l'a conservée chez lui en ayant soin de lui donner de la nourriture en abondance. Le 17 juillet suivant, la grenouille pondait une certaine quantité d'œufs qui n'avaient point été fécondés, puisque la femelle avait été séquestrée longtemps avant qu'ils n'arrivassent à maturité. Or, sur quelques-uns de ces œufs, M. Moquin-Tandon a constaté les premières phases de la segmentation, et il a vu se former nettement, d'après le « rhythme ordinaire, » les deux grands cercles méridiens et le cercle équatorial; mais bientôt les sphères de segmentation se désagrégeaient, la masse tout entière prenait un aspect grisâtre laiteux et tombait en décomposition.

Ces faits, qui avaient été déjà observés par Bischoff sur les œufs de la truie, par Heusen sur les œufs de la lapine, par Agassiz et Burnet chez les poissons, par Œllacher sur les œufs de poule non fécondés, permettent évidemment de conclure que des œufs de vertébrés non imprégnés de sperme sont susceptible d'évoluer jusqu'après la segmentation du vitellus. Mais M. Moquin-Tandon donne à sa conclusion une portée bien plus grande en disant que les œufs de vertébrés peuvent présenter les phénomènes de la *parthénogénèse*. L'auteur trouve lui-même cette conclusion « très-hardie. » Hardie, c'est possible, mais elle ne nous paraît pas légitime. La parthénogénèse est un ensemble de phénomènes bien défini, qui ne saurait être confondu avec le développement plus ou moins avancé d'un ovule.

— M. J. Renaut adresse une note *sur les lésions anatomiques de la morve équine aiguë et chronique*. Tandis que M. Virchow considère les tumeurs caractéristiques de la morve comme des granulations ou tumeurs formées de bourgeons charnus, MM. Cornil et Ranvier les rapprochent à ce point des granulations tuberculeuses, qu'ils déclarent que toute distinction entre les deux néoplasies est absolument impossible à faire anatomiquement.

A l'instigation de M. le professeur Bouley, M. Renaut a repris cette question interprétée d'une façon si contradictoire, et voici les résultats de ses expériences. Après avoir enlevé sur un cheval affecté de morve aiguë les portions connues vulgairement sous le nom de *tubercules de la morve*, et leur avoir fait subir une préparation convenable, M. Renaut les a soumises à l'examen microscopique.

« A un très-faible grossissement, dit-il, l'ensemble de la lésion paraît constituée par une partie centrale, jaune opaque à l'état frais, colorée en rouge vif par le réactif, et qui est formée par un plus ou moins grand nombre de grains, réunis ordinairement en grappe et fréquemment groupés autour d'une bronche de petit calibre. Ces grains sont formés par des cellules embryonnaires qui remplissent exactement les alvéoles du poumon, et ne diffèrent nullement des îlots de pneumonie lobulaire purulente, que l'on rencontre fréquemment avec un aspect très-analogue, dans le poumon de l'homme affecté de pyohémie. Ces grains purulents sont entourés d'une zone translucide, constituée par une nappe hémorrhagique. Les alvéoles pulmonaires sont remplies de sang qui, au voisinage des grains purulents, a subi une série de métamorphoses régressives et dont la fibrine est devenue granuleuse. Enfin, tout à fait à la périphérie de la lésion, se voient des hémorrhagies récentes au voisinage ou au milieu desquelles sont des vaisseaux pulmonaires dilatés ou sinueux. Au pourtour du nodule de la morve ainsi constitué, le parenchyme pulmonaire est absolument sain. Il en est de même de la plèvre, même dans le cas (qui est le plus fréquent) où la lésion précitée lui est immédiatement subjacente. Les cellules embryonnaires qui forment les îlots de pneumonie purulente diffèrent énormément des éléments cellulaires des granulations tuberculeuses. Ce sont des cellules en pleine activité. »

Ces caractères ne s'appliquent qu'aux plus jeunes des lésions pulmonaires de la morve; lorsqu'elles sont plus anciennes, le centre des nodules subit la dégénérescence graisseuse, et les éléments cellulaires actifs meurent et se transforment en pus vrai; ordinairement ce pus se concrète bientôt et forme avec la zone hémorrhagique qui l'entoure un véritable foyer caséeux qui se ramollit ou s'atrophie lentement.

Les nodules morveux des muqueuses examinées aussi par M. Renaut ont une grande analogie avec ceux du poumon. Les adénites ne diffèrent pas anatomiquement des adénites chroniques caséeuses.

Il résulte de ces expériences que si la morve présente par ses lésions des analogies avec la tuberculose, ces analogies sont du moins assez lointaines.

« L'infection purulente, dit M. Renaut, se rapproche davantage de la maladie qui nous occupe. Au point de vue anatomique d'ailleurs, la pyohémie, la morve, la tuberculose et la syphilis forment un groupe naturel ; toutes ces maladies infectueuses ont pour caractère anatomique commun la production d'inflammations disposées par nodules et offrant une tendance marquée à la caséification; toutes paraissent originairement dériver de l'imprégnation de l'économie par un agent virulent plus ou moins saisissable. Cette communauté d'origine, rapprochée de l'analogie singulière des lésions anatomiques qu'elles déterminent, n'est pas le point le moins intéressant de leur histoire. »

Dr Édouard FOURNIÉ.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

Des scrofulides.

Je vais aujourd'hui appeler votre attention sur toute une classe de maladies de la peau très-importante à connaître et dont j'essayerai de vous présenter les différentes variétés. Je veux parler de ces affections cutanées qui naissent sous la dépendance d'une diathèse générale, la scrofule, et qu'on désigne sous le nom de *scrofulides.*

Sous cette désignation, tout le monde ne réunit pas les mêmes maladies. M. Bazin comprend parmi les scrofulides toutes les affections cutanées qui se développent généralement chez les scrofuleux, et, suivant leurs caractères, il les divise en deux groupes : les scrofulides bénignes et les scrofulides malignes, faisant ainsi rentrer dans le premier l'eczéma, l'acné, l'impétigo, qui peuvent néanmoins survenir en dehors de la scrofule.

Quant à moi, je réserve le nom de scrofulides aux lésions de la peau qui sont uniquement sous la dépendance de la scrofule, et je réserve cette désignation exclusivement au second groupe de M. Bazin, aux scrofulides malignes.

Même en restreignant ainsi les scrofulides, celles-ci présentent encore un assez grand nombre de variétés. Mais, quelles que soient les apparences, la marche de ces variétés, leurs caractères génériques sont toujours les mêmes, et toujours identiques.

D'abord les scrofulides affectent en général toujours les mêmes régions ; elles peuvent survenir sur d'autres parties du corps, mais leur siége de prédilection est le visage, le cou, les mains, les fesses et enfin les membres supérieurs ou inférieurs.

Elles se présentent avec des lésions élémentaires variées, tantôt sous forme d'eczanthèmes, de squames, de pustules; tantôt sous forme de tubercule ou d'abcès ; mais, quelles que soient les variétés qu'elles affectent, elles sont toujours caractérisées par une coloration particulière, spéciale, par une teinte violacée d'un rouge vineux, se rapprochant du violet. En outre, sur les points où elles se sont développées il existe un gonflement particulier qui, lorsque la maladie est assez étendue, augmente considérablement les parties sur lesquelles la lésion s'est fixée, et fait place plus tard, après la guérison, à une atrophie particulière.

De plus, les scrofulides se manifestent par des prodromes qui consistent en des ulcérations, des squames, des croûtes.

Les croûtes, quand elles ne sont pas mêlées de sang, ont une coloration grise, qui se rapproche du blanc. Rarement elles ont une teinte jaune foncé, plus rarement encore verte.

Enfin, dans certaines circonstances, quand du pus se trouve mêlé à du sang, elles présentent un aspect noirâtre.

Les scrofulides, vous ai-je dit, s'accompagnent souvent d'ulcérations. Celles-ci encore ont un caractère particulier qui permet d'établir le diagnostic de la maladie. En général elles sont assez circonscrites, mais leurs bords sont amincis et décollés; on peut les soulever avec le stylet, et on constate alors que l'étendue de la plaie est beaucoup plus considérable qu'on ne l'avait jugé à la simple inspection. Le fond de ces ulcérations est grisâtre, sanieux, semblable à de la chair lavée. La sécrétion à laquelle elles donnent lieu consiste dans un pus malin, lié, séreux, assez abondant, et qui, en se concrétant, donne naissance à des croûtes peu résistantes, molles, peu volumineuses, se présentant avec les colorations que je viens de vous indiquer.

Les scrofulides sont en général exemptes de douleur ; tout au plus donnent-elles lieu à un léger sentiment de prurit ou de démangeaison dans la scrofulide eczanthémateuse. Cette indolence est encore un caractère négatif qui a son importance pour le diagnostic.

C'est surtout par la couleur des ulcérations qu'on arrive à établir le diagnostic des scrofulides et à les différencier des syphilides. On doit se rappeler que sur la peau, s'il s'agit d'ulcérations spontanées (je parle seulement de celles qu'on pourrait confondre avec les scrofulides), celles-ci doivent toujours être rattachées à trois affections différentes : la scrofule, la syphilis ou le cancer.

Dans les affections syphilitiques, l'ulcération est très-bien délimitée, avec des bords nets, taillés à pic, adhérents. Quelquefois son fond est grisâtre, mais il est moins inégal, et couvert de bourgeons charnus plus exubérants que dans la scrofule. Les croûtes sont sèches, dures, inégales, ressemblant à une coquille d'huître.

S'agit-il d'une ulcération cancéreuse, et en particulier du cancroïde de la face, les ulcérations sont encore nettement délimitées et présentent des bords adhérents, mais en général suintent très-peu ; elles sont presque toujours sèches, très-peu saillantes, et de plus, caractère essentiel, présentent tantôt sur tout leur pourtour, tantôt en un point seulement de leur délimitation, une saillie, un relief induré qui permettent de reconnaître la nature du cancroïde de la face, qu'on confond si fréquemment avec des ulcérations scrofuleuses ou syphilitiques.

Quant aux affections scrofuleuses, elles ont encore comme caractère essentiel une durée illimitée, très-longue ; de plus, elles se présentent chez le même malade durant toute la durée de la maladie, avec le même caractère et le même siége. Il n'en est pas de même dans la syphilis.

La maladie, là encore, a bien une durée très-longue, mais, pendant cet intervalle, elle change de siége, de forme. Au contraire, la résistance de la scrofule aux mêmes lieux est un caractère essentiel propre à cette maladie.

Enfin, dans la scrofule, si la guérison finit par s'obtenir, il reste toujours une cicatrice qui se présente avec des caractères particuliers, permettant de reconnaître immédiatement la nature de la lésion qui les a produites : elle est saillante, kéloïdienne. Cette guérison par cicatrice est possible alors même qu'il n'y a pas d'ulcérations ; elle se fait alors par absorption cutanée, et laisse également une trace indélébile qui peut ne pas être aussi évidente que quand il y a eu perte de substance.

Enfin à ces caractères il faut joindre l'amincissement des parties malades, la rétraction particulière des tissus, la tendance au rétrécissement, à l'occlusion même complète des orifices naturels. J'ai vu, sous l'influence de la rétraction cicatricielle, le conduit auditif s'oblitérer complétement, l'orifice des fosses nasales n'être plus réduit qu'à un pertuis par lequel le stylet avait peine à passer, et, dans d'autres cas, la bouche ne plus présenter qu'un orifice circulaire, de 1 centimètre de diamètre au plus, et tout à fait semblable dans sa conformation à un anus.

Tels sont les caractères principaux communs aux syphilides; mais il existe des variétés particulières. La première de ces variétés, la *scrofulide érythémateuse*, a pour caractères particuliers d'être saillante, rouge, en général recouverte de squames arrondies, et est remarquable par la facilité qu'elle a de s'étendre en cercle, comme l'herpès. Biett, s'appuyant précisément sur cette tendance de la scrofulide érythémateuse à affecter une marche excentrique, l'avait désignée sous le nom d'*érythème centrifuge*. Cette marche particulière de la lésion, sa longue durée, son siége, qui est presque exclusivement le visage, et quelquefois le dos des mains, permettent de la différencier des psoriasis, où les squames sont également molles et adhérentes, mais affectent des régions spéciales, le coude, les genoux.

Les *scrofulides pustuleuses*, qui constituent la seconde variété, commencent par de petites pustules qui s'ulcèrent et, en se réunissant, donnent lieu plus tard à des croûtes analogues à celles de l'impétigo. Aussi certains auteurs lui ont-ils donné le nom d'*impetigo rodens*. Elle diffère de celui-ci par sa durée, et par sa délimitation moins parfaite.

La variété *acnéique* est ainsi désignée parce qu'elle affecte les follicules sébacés de la peau. Elle est caractérisée par des croûtes allongées, très-sèches, qui ont leur point de départ dans le follicule, et, qui venant saillir à l'extérieur et se réunissant avec les croûtes voisines, donnent une saillie particulière de la peau.

Dans la quatrième variété nous trouvons, comme lésion élémentaire, le tubercule. Aussi porte-t-elle le nom de *scrofulide tuberculeuse*. Le tubercule peut quelquefois ne pas s'ulcérer, et alors se recouvre simplement de squames. Ailleurs, au contraire, il se fait une ulcération très-profonde qui envahit la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, quelquefois même les os et les cartilages, et qui donne lieu à une destruction épouvantable d'une étendue plus ou moins considérable de la face.

Enfin la cinquième variété, à laquelle appartient la *syphilide phlegmoneuse*, consiste dans des petits abcès sous-cutanés qui durent longtemps, et se manifestent sous forme d'une saillie d'abord blanche, puis violacée; à ce niveau il se fait un amincissement de la peau qui s'ulcère et donne lieu à une plaie qui se fermera pour se rouvrir plus tard, et dont la cicatrice a une apparence réticulée, kéloïdienne.

Voyons maintenant en quoi consiste le traitement des scrofulides. Ici, il faut savoir que, si le médecin n'est pas tout-puissant, il peut du moins beaucoup pour abréger la durée de la maladie et assurer même la guérison.

Le traitement se compose de deux ordres de moyens : de moyens généraux et de moyens locaux. Les premiers sont dirigés sur la cause même de la maladie de la peau, la scrofule, c'est-à-dire sur la cause organique sous l'influence de laquelle se produisent ces éruptions. Malheureusement nous ne pouvons la supprimer, mais seulement imprimer une modification à la diathèse, telle qu'on l'empêche de produire de nouveaux accidents. Cette modification, nous la demandons aux reconstituants, aux amers, gentiane, quinquina, houblon, etc., aux huiles de foie de poisson, de raie, de morue. Cette dernière est un des meilleurs médicaments que je connaise, mais il faut en modérer l'emploi, crainte de fatiguer l'estomac et d'en empêcher l'ingestion. On la donnera donc non pas à la dose de huit ou dix cuillerées à bouche par jour, mais seulement de trois, quatre, cinq cuillerées, le plus ordinairement.

Outre l'huile de foie de morue, vous obtiendrez de bons résultats de quelques préparations ferrugineuses, notamment de l'iodure de fer. L'iodure de potassium sera également efficace dans le cas où il existe des ulcérations profondes. J'ajouterai que, dans certaines circonstances, on se trouve très-bien de la simple administration du chlorure de sodium, à la dose de 2 à 4 grammes par jour, en solution. Sous son influence, particulièrement pour les scrofulides érythémateuses, j'ai vu au bout de six ou huit mois survenir la guérison d'affections qui dataient de plusieurs années. A côté du chlorure de sodium il faut encore placer les chlorures de potassium et de calcium.

Les eaux minérales peuvent être encore d'une grande utilité. Je vous citerai d'abord les chlorurées sodiques, telles que les eaux de Salins, Vichy, etc., et même l'eau de mer, prises à l'intérieur et à l'extérieur. A côté de celle-ci, les eaux sulfureuses fortes, et surtout chaudes, les eaux de Luchon, d'Ax, d'Aix-la-Chapelle, de Barréges, etc., seront encore d'une certaine efficacité.

A ces moyens de traitement vous joindrez une bonne hygiène, un air salubre, de l'exercice, une bonne nourriture animale d'abord, puis végétale, et, dans ce dernier cas, vous vous adresserez de préférence aux légumes verts et suffisamment assaisonnés de chlorure de sodium. Enfin le séjour à la campagne, s'il est possible, les bains de mer pris à la lame ou dans une baignoire, tel est l'ensemble du traitement qui réussit le mieux pour la modification de la scrofule.

Outre ce traitement général, vous ferez un traitement particulier, local, qui variera suivant la période à laquelle est parvenue la lésion. Au début, quand il reste encore quelques phénomènes inflammatoires, j'ai recours aux émollients, qui, surtout dans la scrofulide érythémateuse, dissipent l'inflammation. Mais cela ne suffit pas dans certains cas. On guérit l'ulcération à l'aide de médicaments irritants qui agissent dans le sens de la médication substitutive, en provoquant une inflammation aiguë qui remplace l'inflammation chronique primitive, laquelle n'a aucune tendance à la guérison. On arrive à ce résultat par des lotions irritantes avec le vin aromatique, la teinture d'iode, le biodure de mercure, qui a l'avantage d'agir à la fois comme moyen de substitution et un peu comme caustique. Voici comment je l'emploie contre la syphilide tuberculeuse. Je fais faire une pommade avec parties égales de biiodure de mercure et d'axonge, et, pour rendre l'application plus facile, je trempe le vase qui la contient dans un verre d'eau chaude. J'obtiens ainsi une substance huileuse que j'applique directement avec un pinceau sur la partie malade. Cette application est suivie d'une douleur excessivement vive et même intolérable. Peu à peu la partie se gonfle, devient très-rouge; il se fait là une sorte d'érythème artificiel. Le lendemain, apparaît une tumeur remplie de pus, qui se rompt, s'ulcère et donne lieu à une production de lymphe plastique qui, en se concrétant, donne naissance à des croûtres jaunâtres, analogues à celles de l'impétigo. Huit ou dix jours plus tard, ces concrétions disparaissent, et la surface, ainsi mise à nu,

apparaît avec une coloration rouge, vive, qui se cicatrise facilement.

Au lieu de biiodure de mercure, vous pouvez employer l'iode en nature, le chlorure de zinc, etc.

J'obtiens également une guérison rapide en cautérisant la partie malade avec la pâte de Vienne, que j'applique seulement dans une étendue de 1 centimètre, et en ayant soin de ne pas la prolonger au-delà de deux ou trois minutes, de manière à n'obtenir qu'une cautérisation superficielle. Au bout de quelques temps l'escarre se détache, laissant à sa place une ulcération simple qui guérit en une quinzaine de jours. De même, dans la scrofulide phlegmoneuse, je n'attends pas que la peau soit amincie et ulcérée; je hâte sa destruction par l'application du caustique de Vienne sur toute l'étendue de la partie malade. J'obtiens ainsi une escarre qui tombe au bout de six à dix jours, et j'ai alors une ulcération de bonne nature, qui tendra facilement à la cicatrisation.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Delens.

Plaies du cœur.

Observation recueillie par M. Routier, externe du service.

Léon P..., trente-neuf ans, employé de bureau, entré le 3 août 1875, salle Sainte-Vierge, nº 25. Porté à l'hôpital dans la nuit du 3 août, le malade raconte à la visite du matin qu'il s'est frappé par trois fois, le soir vers onze heures, avec un petit couteau-poignard dont la lame, tranchante d'un seul côté, n'avait guère que 10 centimètres de long.

En état d'ivresse au moment où il s'est frappé, il ne donne que des renseignements vagues; il affirme cependant avoir perdu une grande quantité de sang.

L'intelligence est nette ce matin; un peu de prostration accrue par de la dyspnée, langue sèche, soif vive, cyanose des lèvres; pas d'hémoptysie.

Le pouls bat 120; il est plein, peu dépressible, quelques faux pas espacés, 38 respirations bruyantes.

3 août. L'examen actuel nous fait découvrir trois blessures en boutonnière sur la région précordiale. Deux de ces blessures sont à 4 et 5 centimètres à gauche de la ligne médiane dans le troisième espace et sur la quatrième côte gauche. L'autre, qui est la plus large, est à 10 centimètres de la ligne médiane dans le cinquième espace un peu au-dessous et en dedans du mamelon.

Ces plaies ne présentent du reste ni ecchymose, ni gonflement, ni emphysure.

Le choc du cœur est très-facile, la pointe bat au-dessous de la troisième plaie, les vibrations thoraciques sont conservées, la main perçoit un roulement pendant la respiration.

Un peu de submatité dans la région précordiale. Rien pour les poumons.

A l'auscultation, rendue difficile par les bruits pulmonaires (le sujet a une bronchite chronique très-intense), on entend les deux bruits à la pointe très-sourds, on n'entend rien à la base; un bruit continu de va-et-vient semble dominer ces bruits cardiaques et me paraît péricardique.

Application de glace sur la région, potion avec 6 grammes d'acétate d'ammoniaque.

4 août. Soif vive, léger délire pendant la nuit, hémiplégie totale gauche ce matin; la matité précordiale est un peu plus forte, elle commence à la troisième côte et s'étend verticalement à 10 centimètres au-dessous. Nombreux crachats visqueux, adhérents, verdâtres.

Le pouls, un peu plus irrégulier et plus dépressible, bat 106.

A l'auscultation on soupçonne un dédoublement du deuxième bruit de la pointe.

26 respirations. Température normale.

5 août. Délire nocturne violent, pendant lequel il s'est jeté à bas de son lit, contusion de la pommette gauche, légère ecchymose sous-conjonctivale.

Le sujet répond mal aux questions, fait signe avec la main qu'il souffre de la tête et de la région mastoïdienne.

Langue sèche, cornée, fuligineuse; soif vive; hoquet.

La matité a presque disparu, plus de sensation de roulement sous la main, les deux bruits de la pointe sont sourds mais normaux.

80 pulsations, 16 respirations, peau humide.

6 août. Langue sèche, soif très-vive, céphalalgie accusée par les signes du malade, la respiration un peu plus calme; il s'agite toujours beaucoup.

On entend un peu mieux les deux bruits du cœur dominés par un bruit rugueux.

64 pulsations, 36 respirations, peau humide normale.

7 août. Un peu plus de prostration; pouls fort, bondissant, résistant, faisant cependant quelques faux pas.

70 pulsations, 38 respirations.

8 août. 96 pulsations, 40 respirations, pouls un peu irrégulier.

9 août. Le sujet est dans le demi-coma; il faut le presser de questions pour provoquer quelques signes. Les râles bronchiques semblent augmenter, rien de nouveau au cœur, bruits sourds.

133 pulsations, 36 respirations, température normale.

10 août. 120 pulsations, 40 respirations.

11 août. 116 pulsations, 45 respirations. Le malade est couché sur son côté paralysé, accuse de la soif, de la céphalalgie; les râles bronchiques sont très-gros et occupent les deux poumons. Le cœur est toujours sourd, je crois entendre à la base un frottement péricardique dominant les deux bruits.

12 août. Pouls, 132; respiration, 44. Le malade, un peu réveillé de son coma, répond mieux. Les râles pulmonaires sont perceptibles à la main appliquée sur le thorax. Les bruits du cœur, toujours sourds, sont dominés par un bruit râpeux.

13 août. Pouls, 120; respirations, 48. Nuit plus calme, soif toujours vive, langue cornée, les râles pulmonaires semblent augmentés. Le malade a rapidement maigri.

14 août. Pulsations, 132; respirations, 42. Après une nuit assez calme, le malade meurt au milieu de convulsions.

Autopsie faite quarante heures après la mort. Rigidité cadavérique prononcée.

Des trois plaies cutanées, la plus petite A est cicatrisée. La plaie B correspond bien à la quatrième côte; pas de trace, au-dessous, du passage d'un instrument vulnérant. La plaie C correspond au cinquième espace, dans lequel on trouve à peine une légère ecchymose.

Légère hypérémie des viscères abdominaux.

A droite, la plèvre est intacte. A gauche, fausses membranes déjà anciennes sur toutes les parties postérieures et latérales du poumon; la face antérieure du péricarde et la partie correspondante du poumon sont recouvertes par une couche peu épaisse, traversée par des filaments qui s'insèrent à la paroi thoracique.

Sérosité rougeâtre dans le cul-de-sac postérieur de la plèvre.

Pas de traces de blessure sur la face externe du péricarde.

On voit deux points sur la paroi thoracique, légèrement ecchymosée.

Le péricarde contient 40 à 60 grammes d'un liquide jaunâtre, et présente sur sa face interne deux raies obliques blanchâtres entourées d'une auréole foncée, correspondant aux plaies B et C, mais ne laissant pas passer le stylet.

Le feuillet séreux est recouvert d'aspérités rappelant la langue de chat.

Sur le cœur, à 17 millimètres au-dessus de la pointe et sur la verticale gauche, on voit une petite déchirure irrégulière correspondant à la plaie C, se laissant pénétrer par un stylet obliquement dirigé de haut en bas, de gauche à droite. L'endocarde, quoique perforé par cette plaie, ne présente pas de lésions.

Les poumons sont envahis par la bronchite chronique.

Congestion des méninges, caillot décoloré dans l'extrémité supérieure de la carotide droite, caillot rougeâtre dans les sylviens du même côté. En soulevant le lobe sphénoïdal droit, on voit un épanchement sanguin qui descend par la scission des sylviens jusque dans le ventricule latéral, et on en retire un gros caillot moins rougeâtre,

gros comme une petite pomme. L'hémorrhagie envahissait le ventricule latéral gauche par la cloison transparente en partie détruite.

Le reste du cerveau présente un état piqueté, mais sans autre lésion apparente.

PLAIE DE LA JOUE

FISTULE SALIVAIRE DU CANAL DE STÉNON. GUÉRISON.

Par M. le docteur MICHALSKI, de Charny (Yonne).

Une plaie de la joue, occupant la région située au-dessous de la pommette, peut intéresser le conduit excréteur de la glande parotide; une fistule salivaire du canal de Sténon peut être la conséquence d'un pareil accident. Les auteurs ne sont d'accord ni sur la fréquence ni sur la gravité de cette complition des plaies de la joue. Pour les uns, parmi lesquels il faut ranger Percy, elle s'observe souvent et guérit facilement sans l'intervention de l'art; d'autres, au contraire, tiennent la lésion du canal parotidien pour fort rare, ce qu'expliquerait la saillie de l'os de la pommette qui protége les parties molles. Telle était l'opinion de Blandin et de Velpeau. Quelque rare que puisse être la blessure du canal de Sténon, plusieurs chirurgiens, parmi lesquels il convient de citer Boyer et Malgaigne, l'ont considérée comme fort sérieuse; non pas qu'elle soit grave en elle-même, mais à cause de la difficulté qu'on a parfois à obtenir la guérison de la fistule, et des inconvénients qui peuvent résulter de l'écoulement sur la joue de la salive ainsi détournée de son but physiologique. M. le professeur Richet, dans son *Traité d'anatomie chirurgicale*, dit n'avoir observé qu'une fois la blessure du canal de Sténon; tout d'abord effrayé de l'accident, l'éminent chirurgien eut la satisfaction de voir la cicatrisation se faire rapidement, sans donner lieu à une fistule salivaire, résultat heureux qui ne laissa pas de l'étonner grandement.

Les quelques considérations que nous avons cru devoir rappeler ici suffisent à montrer l'intérêt que peut avoir l'observation que nous allons rapporter dans ses principaux détails.

Le 1er novembre 1874, je fus appelé à voir l'enfant M..., confié aux soins de Mme B..., demeurant à C...

L'enfant M..., jeune garçon de sept ans, présentait à la joue gauche, dans la portion massétérine, à un travers de doigt au-dessous de l'os malaire, une plaie assez petite, mais donnant lieu à une suppuration relativement abondante. Toute la joue était tuméfiée et douloureuse; l'enfant ne pouvait écarter les mâchoires; le doigt ne pouvait être introduit dans la bouche pour l'exploration.

J'appris que, environ six semaines auparavant, l'enfant M..., en jouant avec ses camarades, avait fait une chute si malheureuse, que le bâton dont il se servait pour pousser un cerceau avait pénétré dans la joue et produit la plaie que je voyais. Voulant être renseigné sur ce qui s'était passé depuis ce moment, voici ce que j'appris : le médecin appelé lors de l'accident n'avait songé tout d'abord à arrêter l'hémorrhagie, qui, paraît-il, aurait été assez abondante. La plaie fut ensuite simplement pansée avec un linge cératé. La cicatrisation ne se faisait pas; à quelque temps de là, un fragment de bois sortit spontanément de la plaie, qui fut sondée alors seulement. La présence d'un autre fragment de bois put être constatée dans la joue de l'enfant. J'étais suffisamment renseigné, et je me mis en devoir de sonder la plaie à mon tour; je n'eus aucune difficulté à reconnaître la présence du corps étranger, situé peu profondément, à 1 centimètre environ de l'orifice extérieur de la plaie. On ne put, à mon grand regret, me présenter le bâton, cause de l'accident, mais je n'hésitai pas à déclarer que la plaie renfermait un fragment de bois, que la guérison ne pouvait être obtenue qu'après l'extraction du corps étranger, extraction qu'il serait trop long d'attendre des efforts de la nature. Les parents de l'enfant étant à Paris, je conseillai de les prévenir, et j'attendis l'autorisation de faire ce que je jugeais nécessaire.

Le père de l'enfant arriva le 4 novembre. Je dus lui faire comprendre qu'il s'agissait d'une opération des plus simples et des plus faciles; il ne se décida pas sans peine à confier son enfant à mes soins. Je fis l'extraction le jour même.

Une petite incision horizontale, faite sur la sonde cannelée et avec toutes les précautions nécessaires, me permit d'extraire facilement un fragment de bois assez volumineux, long d'environ 3 centimètres. C'était la portion dure du bois qui s'adaptait parfaitement au fragment déjà sorti de la plaie, qu'on put me présenter et qui était constitué par la portion la plus extérieure du bâton. Je pensais dès lors qu'il ne devait rien rester dans la joue de l'enfant. Il ne me fut guère possible de faire une exploration minutieuse à ce moment, à cause de l'indocilité du petit patient. Le père ne pouvant laisser ses occupations plus longtemps, je dus le rassurer complétement sur l'issue de l'accident, lui annonçant que la guérison ne se ferait sans doute pas attendre longtemps; je l'engageai à partir, lui promettant de ne rien négliger pour la guérison de l'enfant. Confiant dans mes paroles, le père partit, considérant son fils comme complétement guéri. Je dois dire que ma confiance dans une prompte guérison n'était pas aussi absolue que j'avais dû paraître le croire. Je craignais qu'un fragment de bois aussi long n'eût été jusqu'aux parties osseuses et n'ait déterminé une nécrose plus ou moins superficielle qui pouvait retarder la guérison.

Je recommandai pour la journée des cataplasmes sur la joue; il ne survint aucun accident; l'enfant n'eut pas de fièvre, et rien ne fut changé dans ses habitudes.

Les cataplasmes furent continués le lendemain, et la tuméfaction de la joue avait notablement diminué le troisième jour. Je fis faire alors des injections avec de l'eau légèrement alcoolisée.

Dans les explorations répétées que je fis de la plaie, le stylet pénétrait profondément, sans qu'il me fût possible de constater rien de particulier. Le 24 novembre seulement, je rencontrai un obstacle; j'avais peine à croire encore à un fragment de bois; je pensai plutôt que les parois du sinus maxillaire avaient pu être fracturées et que le stylet rencontrait quelque fragment osseux. Pour en favoriser le sortie spontanée, je fis mettre dans la plaie une mèche cératée. La suppuration était toujours assez abondante.

Rien de particulier ne se produisit pendant la fin du mois de novembre et le commencement de décembre. Je renouvelais mes explorations de temps en temps sans autre résultat.

J'étais alors surtout préoccupé de ce que l'enfant ne pouvait écarter les mâchoires; je craignais un commencement d'ankylose; tous mes efforts tendaient à obtenir l'écartement des mâchoires. Les manœuvres répétées chaque jour dans ce but eurent pour résultat de faire cheminer vers l'orifice de la plaie un nouveau fragment de bois assez volumineux, que je dus extraire le 20 décembre, non sans quelque étonnement. Une exploration des plus minutieuses faite le lendemain me fit acquérir la conviction qu'il ne restait plus rien dans la joue de l'enfant, et que, cette fois, la cicatrisation se ferait rapidement. C'est ce que j'annonçai à la mère de l'enfant, venue le 25 décembre pour constater son état.

Malgré mes prévisions, la cicatrisation marchait lentement; la suppuration, pour être moins abondante, était encore assez considérable, et mon style explorateur pénétrait toujours profondément. Je conçus la crainte d'avoir affaire à une fistule du sinus maxillaire, et j'entrevoyais déjà les difficultés d'une pareille complication. Le fond de la plaie se cicatrisait pourtant; depuis les premiers jours de janvier, je faisais faire des injections légèrement irritantes à la teinture d'iode additionnée d'eau. Je me renseignais chaque jour sur la nature et la quantité du liquide fourni par la suppuration; je faisais observer la sortie du liquide pendant les repas; le 20 janvier, on me dit qu'il ne sortait plus de pus, mais seulement de l'eau claire, ce qui parut satisfaire les personnes qui entouraient mon petit malade. Ce que l'on redoutait le plus, c'était un dépôt d'humeur. Je fus loin de partager cette satisfaction, car, dès ce moment, le doute n'était plus possible sur la nature de la complication qui se présentait. En faisant manger l'enfant devant moi, je pus constater moi-même la sortie d'un liquide blanc, incolore, pendant les mouvements de mastication. Le diagnostic était facile: le canal de Sténon avait été blessé; la salive parotidienne s'écoulait, en partie du moins, par

l'orifice du trajet fistuleux, j'avais affaire à une fistule salivaire du canal de Sténon.

Si je ne fus nullement surpris de l'accident, je ne laissai pas d'en être fort effrayé; je fus loin d'être rassuré après m'être remis en mémoire les divers procédés usités pour guérir la fistule du canal de Sténon, et dont le nombre seul fait naître des doutes sur l'efficacité de chacun d'eux. Je me mis néanmoins en devoir de tenter la guérison de la fistule. Après avoir continué quelques jours encore les injections iodées, je résolus de tenter l'occlusion à l'aide d'un emplâtre agglutinatif simple, après avoir préalablement cautérisé avec le nitrate d'argent l'orifice de la fistule. C'est ce qui fut fait le 28 janvier 1875.

J'attendis avec impatience le résultat de ma cautérisation; l'emplâtre fut maintenu jusqu'au 2 février; ce jour-là, je constatai avec satisfaction que la cicatrisation était complète, l'orifice de la fistule était fermé; il ne coulait plus de salive sur la joue. L'enfant étant très-turbulent, je mis, par précaution, un morceau de taffetas anglais maintenu sur la joue par une couche de collodion.

Quatre jours après, le 6 février, on vint me prier d'aller voir mon petit malade; le taffetas était mouillé; on craignait que la salive ne coulât de nouveau. C'est, en effet, ce que je pus constater. La salive s'était accumulée sous le taffetas. Le pertuis par lequel elle était sortie était toutefois si petit, que j'eus quelque peine à le trouver. La cicatrice avait cédé. Je fis une nouvelle cautérisation et je remis un emplâtre agglutinatif, de préférence au taffetas collodionné, qui produisait une légère irritation de la peau.

Le lendemain 7 février, l'orifice de la fistule s'était agrandi; je fis une nouvelle cautérisation.

Dès le 10 février, j'eus de nouveau la satisfaction de constater la cicatrisation de la fistule; cette cicatrisation était-elle définitive? Je n'étais pas sans quelque crainte. Cette fois pourtant, mes appréhensions ne furent pas justifiées, et aujourd'hui, 30 mars, la guérison est complète; la salive a repris son cours normal; la cicatrice du trajet fistuleux paraît assez solide pour ne plus se rompre.

Devons-nous croire que la guérison d'une blessure du canal de Sténon s'obtiendra toujours aussi facilement? Nous ne voudrions pas tirer une telle conclusion du cas isolé que nous venons de relater. Nous avons pensé seulement que cette observation présentait quelque intérêt pour l'étude des fistules salivaires du canal de Sténon, accident rare, selon nous, mais assez sérieux pour mériter toute l'attention du praticien.

DANS QUELS CAS EST-IL INDIQUÉ DE PROVOQUER L'AVORTEMENT (1)?

Par le docteur De Soyre

Conclusions. — Il est indiqué de provoquer l'avortement toutes les fois que le bassin, rétréci par un obstacle immobile, ne permettra pas le passage d'un enfant âgé de sept mois de vie intra-utérine. — Toutes les fois que la vie de la mère est gravement compromise par des affections qui dépendent de la grossesse, et que l'on est en droit, par conséquent, de voir disparaître avec cette grossesse. — Il est impossible de formuler une ligne de conduite formelle pour les autres cas. L'opportunité de l'opération, dépendant d'une foule de circonstances, est laissée à l'appréciation de l'accoucheur. — Mais ce qu'il ne faut jamais oublier, c'est que l'avortement provoqué n'est pas une opération d'urgence, et que le praticien devra toujours, dans quelque cas que ce soit, appeler auprès de lui deux ou trois de ses confrères qui viendront l'éclairer de leurs conseils.

RECHERCHES THÉRAPEUTIQUES SUR LA CINCHONINE (2)

Par le docteur V. Paliard.

Conclusions.— La cinchonine a, sur les accès intermittents, même graves, une action énergique et rapide. Quand elle n'arrête pas d'emblée ces accès, elle les atténue toujours avant leur disparition complète.— Elle agit mieux sur les fièvres intermittentes à leur première attaque que sur les récidives. — La diminution du volume de la rate coïncidant avec la disparition des accès traités par la cinchonine peut être attribuée à aussi bon droit à la cinchonine qu'elle l'est à la quinine. — On peut administrer la cinchonine dans les rhumatismes articulaires aigus. Elle diminue la fièvre; nous n'avons pas observé qu'elle eût, dans ces cas, aucune action nuisible. — L'alcaloïde présente l'avantage d'être moins amer que les sels; il est aussi promptement absorbé. — La dose de 50 centigrammes à 1 gramme ne détermine pas de phénomènes physiologiques chez les malades et est toujours suffisante en thérapeutique. — L'emploi de cette substance est trois fois moins coûteux que celui de la quinine.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Adrien Delahaye.
(2) In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

VARIÉTÉS

Paris, ses organes, ses fonctions et sa vie dans la seconde moitié du XIXe siècle.

Par Maxime Du Camp (1).

Après nous avoir montré les services placés aux ordres du Parisien (postes, télégraphes, voitures publiques, chemins de fer et navigation), nous avoir fait connaître son alimentation, les halles centrales, le tabac, la Monnaie et la Banque de France; après nous avoir fait entrevoir ce que Paris avait organisé pour se défendre des malfaiteurs (police, tribunaux, prisons et guillotine) et nous avoir soulevé les voiles de la prostitution, M. Maxime Du Camp, fidèle à son programme, nous avait retracé la mendicité, l'assistance publique, les hôpitaux, les enfants trouvés, les aliénés. Plus tard, dans un cinquième volume, le sympathique historien nous avait introduit au Mont-de-Piété; puis, s'engageant dans la question de l'enseignement, il nous avait fait visiter les Sourds-Muets, les Jeunes-Aveugles. Le service des eaux, l'éclairage et les égouts avaient encore fait le sujet de ce même volume.

Aujourd'hui M. Maxime Du Camp termine son œuvre par un sixième volume qui se recommande particulièrement à notre attention. Après une étude sur la fortune de Paris, nous allons, dans l'examen de l'état civil et des cimetières, marcher sur un terrain assez connu de nos lecteurs habituels. Le médecin, plus que tout autre, pourra apprécier ce que l'auteur a mis de prudence, de discrétion dans le tableau qu'il nous fait de l'état civil et particulièrement de cette question si palpitante des cimetières. Ce dernier chapitre, rempli de pièces historiques, sera lu avec le plus vif intérêt.

M. Maxime Du Camp, ayant voulu peindre Paris, ne pouvait laisser dans l'ombre ce qu'il a très-justement appelé les organes accessoires : ces organes servant à bien faire comprendre ce qu'est la grande ville. Au premier rang l'auteur place les théâtres; il étudie ensuite les bibliothèques, les journaux, les auxiliaires (pompiers, garde municipale et les divers agents des contributions), et termine ce chapitre par une formule de la plus grande vérité : « Quand Paris est heureux, la France est prospère. »

Il fallait maintenant résumer cette œuvre, et M. Maxime Du Camp, sous le titre : *le Parisien*, nous montre et les qualités et les travers de cette population si injustement jalousée. Population, voie publique, religion, mœurs, regard fixé sur ce qu'on appelle encore le bon vieux temps, très-juste et très-saine appréciation des révolutions, de toutes ces études, l'auteur, — un vrai Parisien, — tire une conclusion des plus équitables et trop souvent oubliée, c'est que le Parisien est la petite note dans le grand concert de la Cité; c'est que Paris appartient à la province; c'est que, dans toutes les tourmentes, l'élément révolutionnaire a toujours été fourni non par le Parisien, race peu nombreuse et disparaissant chaque jour, — mais par les gens de valeur ou déclassés que la province ou même l'étranger vomit dans cette grande ville de Paris; c'est qu'enfin, s'il n'y avait que des Parisiens à Paris, on n'y ferait pas de révolution.

(1) In-8. — Prix : 7 francs. — Paris, Hachette et Co.

Un dernier chapitre intitulé : *Rêves et Périls*, nous avertit du danger qui menace Paris. Puisse M. Maxime Du Camp n'avoir pas prophétisé.

Arrivé au terme de cet ouvrage si curieux, si attachant, si instructif, il ne nous reste qu'à remercier l'auteur d'avoir écrit un livre qui restera comme la peinture la plus vraie, la plus consciencieuse, la plus honnête de notre grande ville. Aucun de ceux qui ont suivi M. Maxime Du Camp dans sa longue carrière ne nous démentira quand nous affirmerons qu'il n'est dans notre littérature de stastistique point d'ouvrage mieux conçu, plus riche de détails, plus exact en toutes choses et plus attrayant par la forme littéraire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 3 septembre, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur du service de santé (organisation) : MM. Gourrier et Mauger.

Au grade de médecin en chef : MM. Ollivier et Dauvergne.

Au grade de médecin principal : MM. Salis et Chastang.

— De Vienne, on mande à la *Gazette d'Augsbourg* que les délibérations de la conférence internationale sanitaire, qui s'est réunie dans la première de ces villes au mois de juillet de l'année dernière, ne sont pas restées sans résultat. Il s'agit, comme on sait, de l'organisation du système des quarantaines contre le choléra, et de l'établissement d'une commission internationale permanente contre les épidémies. Le gouvernenent austro-hongrois, après s'être assuré d'une manière générale de l'assentiment de la plupart des Etats, avait fait rédiger le projet d'une convention internationale sanitaire soumise actuellement à l'approbation de tous les Etats, et qui, une fois cette approbation obtenue, ferait la matière d'un traité dans le genre de la convention de Genève. Pour le premier point, les quarantaines ont laissé le choix de deux systèmes, à la volonté des gouvernements. Le second consisterait en la création d'une commission internationale des épidémies, dont le caractère serait purement scientifique, et qui, en cette qualité, devrait s'occuper d'étudier l'origine et les moyens à prendre pour se garantir du choléra, ainsi que des autres maladies épidémiques.

Ce comité serait composé de médecins désignés par les puissances signataires du traité, qui choisiraient leur président et établiraient un bureau fixe. La commission communiquerait directement avec les gouvernements, et ceux-ci avec elle, pour être toujours au courant, de ce qui se passerait, de même que pour la notification de rapports, de consultations, etc. Elle pourrait appeler dans son sein d'autres spécialistes, proposer des conférences plus générales, envoyer des commissions dans les districts atteints du fléau, ou y installer des agents permanents.

Les frais d'organisation seraient supportés en commun et ne devraient pas dépasser 250,000 francs. La participation de chacun se règlerait d'après le chiffre de la population pour une moitié, et pour l'autre, d'après le tonnage de la marine marchande. Sur cette base, les États seraient partagés en trois catégories.

La première, comprenant six États : Autriche-Hongrie, France, Allemagne, Angleterre, Italie, Russie, et dont chacun devrait payer pour sa part 31,038 francs.

La deuxième, composée de quatre États : Espagne, Pays-Bas (y compris le Luxembourg), Suède et Norvége, Turquie, la part individuelle y serait de 10,784 francs.

La troisième, embrassant neuf Etats : Belgique, Danemark, Egypte, Grèce, Perse, Portugal, Roumanie, Servie, Suisse, chacun versant 2,293 francs. Total, 250,001 francs.

— La Sibérie, d'après un rapport adressé au gouvernement russe par le général Kasnakow, ne compte que cinquante médecins. Pour remédier à cet état de choses, le gouvernement a résolu d'établir une université à Tomsk. Ce nouvel établissement ne comprendra que deux facultés, une de droit et une de médecine. Le ministre des finances a accordé à cet effet 250,000 roubles sur les rentes de l'Etat.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'anesthésie produite par injection intra-veineuse de chloral, selon la méthode de M. le professeur Oré, par MM. les docteurs Deneffe et Van Wetter.— In-8°. Prix : 3 fr. 50. Paris, Adrien Delahaye.

Recherches et extraction des alcaloïdes, découverte de la ptérocarpine, par le docteur Cazeneuve. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Shang-Haï au point de vue médical. Contribution à la climatologie médicale, par le docteur Galle. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Contribution à l'étude de la consanguinité, par le docteur Héliot. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

D'un phénomène stéthoscopique propre à certaines formes d'hypertrophie simple du cœur, par le docteur Exchaquet. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Sarcocèle et phthisie cancéreuse, par le docteur G. M. Picard. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

De la voix humaine, par le docteur Paul Koch. — In-8° de 48 pages avec une planche en chromo-lithographie. Prix: 1 fr. 50. — Luxembourg, 1874, impr. Th. Shroll.

Hystéricisme et hystérie, du sommeil hystérique en particulier, par le docteur Espanet. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Des troubles psychiques qui peuvent se présenter dans le cours de la phthisie pulmonaire chronique, par le docteur Le Mat. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Recherches expérimentales sur l'action physiologique de la respiration d'air comprimé, par le docteur Ducrocq. — In 8°. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

EXTRAIT DU RAPPORT

SUR LE CONCOURS DES FACULTÉS DE MÉDECINE (SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS), PRÉSENTÉ A M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE, DES CULTES ET DES BEAUX-ARTS, PAR M. RICHET, PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, PRÉSIDENT DU JURY.

Monsieur le ministre,

Le concours d'agrégation, section de chirurgie et accouchements, dont je vous ai transmis le résultat, s'est terminé par les nominations de MM. Berger, Pozzi, Marchand, Monod et Blum, pour la chirurgie, et de M. Chantreuil, pour les accouchements. Commencé le 1er avril 1875, il a été clos le 27 juillet, après avoir duré près de quatre mois.

J'ai à vous présenter aujourd'hui le compte moral, si je puis ainsi m'exprimer, de cette longue série d'épreuves, et à vous soumettre mes appréciations.

Nos concours actuels de l'agrégation, moins suivis par les élèves qu'ils ne l'étaient autrefois, sans que d'ailleurs on puisse en déterminer nettement la cause, n'ont pas cessé cependant d'attirer l'attention du public médical éclairé et d'éveiller sa curiosité. Ces assises solennelles, qui se renouvellent périodiquement tous les trois ans, peuvent être considérées à juste titre comme la plus complète expression des tendances et des aspirations de notre jeunesse médicale.

C'est là, en effet, que les plus instruits et les plus méritants viennent devant leurs professeurs exposer non-seulement les vérités scientifiques depuis longtemps acquises et ce qu'on est convenu d'appeler la tradition, mais aussi l'état actuel de la science moderne, avec ses variations inévitables et son instabilité. Dans les diverses épreuves, les questions encore à l'étude sont toujours posées, agitées et discutées, souvent même avec beaucoup de talent, mais elles ne sont jamais résolues, et elles ne sauraient l'être, car ces vaillants compétiteurs ne sont encore que des élèves et le reflet plus ou moins conscient des maîtres qui les ont formés ou pénétrés de leurs idées.

Or il est certain que l'intérêt de ces leçons en est diminué vis-à-vis des élèves, les auditeurs sachant parfaitement faire remonter à qui de droit la responsabilité des opinions émises et discutées.

Le jury, monsieur le ministre, est heureux de proclamer que le concours de 1875 s'est distingué entre tous par une science véritable, une érudition de bon aloi, et les saines doctrines qui y ont été émises; c'est là un excellent présage pour l'avenir de notre école.

Le nombre des candidats pour nos concours d'agrégation est devenu tellement considérable, qu'à moins de les prolonger au-delà des limites raisonnables, il a fallu les scinder en deux séries d'épreuves, les unes dites d'admissibilité, les autres définitives.

Il est toujours pénible pour un jury d'accomplir cette douloureuse tâche de l'élimination et de choisir parmi les candidats ceux qui doivent seuls concourir pour le but définitif. Mais ici, particulièrement, notre embarras a été grand : tous méritaient d'être conservés. Cependant la loi est formelle et il a fallu obéir.

Entre ceux qui ont été admis aux épreuves définitives, la lutte a été vraiment belle, et le jury tout entier m'a autorisé à vous en exprimer sa complète satisfaction.

Suivant le statut qui nous régit, la première épreuve est la question écrite, sur un sujet d'anatomie et de physiologie. La question, tirée au sort, est ainsi conçue : « Appareil ligamenteux du rachis, — physiologie de la marche. »

C'était là un sujet d'une incontestable difficulté d'exposition et dont la spécialisation ne permettait pas de se livrer facilement à des digressions. Or le jury, tout en constatant qu'il y avait entre les copies des différences assez notables, a été unanime pour reconnaître que la question avait été généralement bien traitée et avec la maturité et les connaissances approfondies qu'on était en droit d'attendre de compétiteurs qui avaient tous passé par la forte école de l'internat, et le plus grand nombre par celle de l'adjuvat et du protectorat.

La question orale, après trois heures de préparation sans livres ni notes, a toujours été considérée, et avec raison, comme une épreuve scabreuse et pouvant occasionner des catastrophes. La mémoire, en effet, y joue un grand rôle, et, il faut bien le dire, un rôle prépondérant et excessif.

Il nous est arrivé pour cette question ce qui survient constamment, à savoir que les nuances se sont fortement accentuées entre les candidats. Le plus grand nombre a fait preuve de connaissances aussi variées qu'étendues; quelques-uns ont même développé un véritable talent professoral.

L'épreuve après vingt-quatre heures de préparation, avec latitude de consulter ses notes et des livres, qui porte sur des sujets tirés au sort, mais soigneusement préparés et discutés par le jury, est à mes yeux celle qui permet le mieux d'apprécier avec sûreté le mérite du candidat professeur. On est en droit d'exiger beaucoup de lui, car il ne peut plus invoquer, comme dans l'épreuve précédente, les troubles les souvenirs et les défaillances de la mémoire.

Ici en effet, la mémoire ne joue plus qu'un rôle secondaire, et c'est le jugement, c'est-à-dire une des qualités les plus élevées de l'intellect, qui doit se donner carrière pour coordonner les nombreux matériaux dont dispose le candidat. Il ne suffit pas d'amonceler les citations et les faits, pour faire preuve d'une érudition toujours facile, grâce aux nombreux dictionnaires et aux travaux monographiques. Ce qu'il importe surtout et avant tout, c'est de choisir sobrement, parmi les documents, ceux qui peuvent éclairer la question c'est de les distribuer de telle façon qu'à la fin de la leçon l'auteur bien préparé, puisse pour ainsi dire, prévoir et tirer lui-même la conclusion. Il faut aussi mesurer le temps de manière à arriver à la fin de la leçon sans être obligé d'en sacrifier aucune

partie. Rien n'est plus difficile qu'une leçon ainsi comprise, et pour réussir il faut d'abord posséder son sujet, non pas depuis vingt-quatre heures, mais de longue date, et être rompu par les conférences ou l'enseignement particulier au dur noviciat du professorat.

C'est donc avec raison qu'on a toujours considéré cette épreuve, après vingt-quatre heures de préparation, comme le vrai criterium des candidats, et, pour mon compte, je ne suis pas éloigné de penser que, pour rendre un jugement aussi équitable que possible, il faudrait la doubler.

Dans le concours actuel, les compétiteurs se sont tous plus ou moins heurtés à un de ces écueils; et si la plupart ont déployé de réelles facultés professorales, telles que la facilité de bien dire, et quelques-uns même une véritable distinction dans la forme et beaucoup de solidité dans le fond, il n'en est pas un cependant qui ait échappé complétement au reproche d'avoir sacrifié une partie de son sujet : pour préciser, je dirai que c'est le traitement, et plus particulièrement encore les indications et contre-indications de la médecine opératoire, qui ont fait défaut. C'est là une lacune qu'il importe de signaler à la génération qui se prépare aux prochains concours, car il ne faut pas qu'elle oublie que la chirurgie, comme la médecine d'ailleurs, est avant tout l'art de guérir.

Je n'ai que des éloges à donner à l'épreuve clinique; les candidats ont fait preuve de connaissances pratiques qui témoignent de la bonne direction des études dans notre faculté. Toutefois, ici encore, sans doute par suite du défaut d'habitude, la question du traitement, forcément rejetée à la fin de la leçon, a parfois gravement souffert. Il faut que nos futurs jeunes agrégés se pénètrent de cette vérité, à savoir qu'ils seront appelés à remplacer les professeurs, non-seulement dans les chaires de théorie, mais aussi dans celles de clinique, et que c'est chose grave que de leur remettre le soin de veiller au salut de nos malades. Il ne suffit pas de reconnaître une maladie, de disserter avec précision sur ses causes, sa marche et ses terminaisons naturelles, il importe aussi de se préoccuper des moyens dont l'art dispose pour l'arrêter dans sa marche envahissante.

Les épreuves de la thèse et de l'argumentation ont couronné brillamment le concours. Les sujets, préalablement mûris et médités par chacun des juges, avaient été soumis ensuite à une discussion approfondie. Nous avions fait en sorte que chacun d'eux répondît à une des questions dont se préoccupe actuellement le monde médical. Nous espérions que des matériaux importants seraient ainsi réunis pour préparer leur solution. Nous pouvons aujourd'hui le dire avec un légitime orgueil, les compétiteurs ont complétement répondu à notre appel, et la collection des thèses du concours d'agrégation en chirurgie et accouchements, pour 1875, seul témoignage durable qui puisse permettre aux médecins d'apprécier la valeur des études de notre faculté, démontrera que rarement elles ont atteint un niveau aussi élevé.

Les argumentations ont pu révéler, dans quelques-uns de ces travaux nécessairement un peu hâtifs, quelques imperfections de détails et même des lacunes, mais elles n'ont fait, en définitive, que confirmer la bonne impression que nous avait laissée la lecture de chacun d'eux.

Cette épreuve de l'argumentation, que d'ordinaire on traite dans le public un peu légèrement peut-être, est cependant pour le jury une des plus sérieuses. Elle permet d'apprécier l'étendue, la variété des connaissances des candidats et les ressources de leur intelligence, par la nécessité dans laquelle ils se trouvent, soit dans l'attaque, soit dans la défense, de faire preuve de sang-froid et de promptitude d'esprit.

En résumé, monsieur le ministre, ce concours a été certainement un des plus brillants parmi ceux auxquels il m'a été donné d'assister, et il témoigne hautement du niveau élevé atteint par les études médicales dans cette faculté de Paris que quelques esprits chagrins affectaient naguère de considérer comme en pleine décadence. Jamais nous n'avons cru devoir répondre à ces insinuations nous avons préféré suivre l'exemple de l'illustre philosophe qui, pour démontrer le mouvement, se mit à marcher; nous, nous avons professé, et nos cours se sont remplis d'élèves, à ce point, qu'à aucune époque la Faculté n'a connu un pareil empressement, une telle splendeur.

Aujourd'hui nous pouvons montrer avec orgueil les élèves que nous avons formés; nous pouvons, en face de l'étranger qui nous les envie, proclamer qu'ils sont forts parmi les forts. S'il leur manque quelque chose, je l'ai dit sans faiblesse, c'est de savoir se modérer, se posséder. Mais soyons sans crainte, c'est là un défaut dont on se corrige vite et chaque jour; il vaut mieux avoir à émonder une plante vigoureuse et pleine de séve, qu'à stimuler une nature chétive et languissante.

Permettez-moi maintenant, monsieur le ministre, d'aborder, ainsi que l'a fait avant moi mon collègue le professeur Chauffard, quelques questions qui touchent, non plus au concours actuel, mais à l'institution même de l'agrégation.

J'ai dit déjà, chemin faisant, ce que je pensais des épreuves écrites et orales, telles qu'elles existent actuellement; je ne vois point de modifications indispensables et pressantes à y apporter, mais, comme mon collègue en médecine, je demanderais qu'un temps plus long fût accordé pour composer la thèse. Je ne sais pas s'il serait profitable de donner le sujet dès le début du concours, de façon que les compétiteurs pussent travailler à leur thèse en même temps qu'ils subiraient leurs autres épreuves. Je craindrais de troubler les deux ordres de travaux en les exigeant simultanément. Je voudrais donc qu'un temps plus long fût accordé, mais comme il l'est aujourd'hui, à la fin du concours. Il me paraîtrait indispensable aussi de limiter le nombre des pages d'impression, de fixer un maximum. Du moment où l'on donne plus de temps pour la composition, on peut réduire le nombre des pages.

Permettez-moi, monsieur le ministre, d'attirer toute votre bienveillante sollicitude sur cette institution de l'agrégation; elle intéresse à un haut degré, et l'avenir de notre science et celui de nos facultés aujourd'hui si menacées.

Veuillez agréer, monsieur le ministre, l'expression de mon respect et de mon dévouement.

Le professeur de clinique chirurgicale de la Faculté à l'Hôtel-Dieu, président du jury,

Dr Richet.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pour quelqu'un avide, après trois mois d'un repos relatif, de se retremper dans l'étude des grandes questions vitales de la médecine et de la chirurgie, il eût été difficile de se trouver mieux servi et plus à point que par le menu de la séance d'hier. Mais quel vide dans l'assemblée ! C'est devant douze académiciens à peine et autant d'assistants environ dans la galerie que M. Alphonse Guérin a lu un mémoire extrêmement intéressant et plein de faits sur l'une des plus importantes questions actuelles de la chirurgie pratique : le pansement ouaté. Nous avons résumé, dans le compte rendu de la séance, les points principaux de ce remarquable travail, dont nous pourrons compléter l'analyse lorsque nous en aurons le texte complet sous les yeux.

La perspective d'une double discussion, l'une sur le parallèle à établir entre le principe et les résultats de la méthode de pansement ouaté de M. Alphonse Guérin et de la méthode de pansement par occlusion de M. Jules Guérin, l'autre entre M. Jules Guérin et M. Giraud-Teulon sur les conditions étiologiques de la myopie optique et de la myopie mécanique, est bien faite pour satisfaire aux appétits scientifiques les plus vifs. Mais, par ce temps de villégiature, de chasse et de bains de mer, qui écoutera ces belles disquisitions? qui lira nos comptes rendus et nos appréciations? Nous n'en ferons pas moins notre devoir, dussions-nous le faire tout à fait platoniquement.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Orchito-épididymite chronique double consécutive à un rétrécissement de l'urèthre.

Nous avons vu ce matin, au nº 19 de la salle des hommes, un vieillard de soixante-trois ans atteint de gonflement ou plutôt de tumeur des deux testicules.

Ce gonflement est un peu plus accusé à droite qu'à gauche et paraît dater de cinq à six mois, au moins. De ce côté, en outre, il a eu également une hydrocèle qui a été opérée à l'Hôtel-Dieu en février dernier. Cette opération, qui a donné un résultat satisfaisant, a laissé derrière elle une tumeur dure, bosselée. Je me suis demandé si ce gonflement n'était pas dû tout simplement aux effets consécutifs de l'injection après l'opération, à la suite de laquelle il se fait un épaississement, une inflammation de la tunique vaginale, avec épanchement de matières plastiques et formation de fausses membranes s'étendant de la face interne de la tunique vaginale au testicule, et constituant un gonflement plus ou moins considérable suivant qu'il s'accompagne ou non d'un épanchement de liquide. Dans ce cas, quand le malade est arrivé à la fin de son traitement, il conserve toujours un certain gonflement dû à la présence de ces fausses membranes ainsi déposées à la face interne de la tunique vaginale et sur la paroi des testicules, fausses membranes qui, si elles ne se résorbent pas, deviennent plus tard l'occasion d'une hématocèle.

Je me rattacherais volontiers à cette opinion si l'inflammation ne datait que de quelques semaines seulement; mais, comme je vous l'ai dit, il y a cinq ou six mois au moins que le malade en est atteint, et en général les fausses membranes produites par l'injection iodée sont résorbées bien avant cette époque. La tumeur aurait au moins diminué de volume par suite de la tendance à la résolution qui existe dans ces cas. Je crois même qu'ici tous les phénomènes consécutifs provoqués par l'hydrocèle ont disparu et que la tumeur ne s'est produite qu'après l'opération, si elle n'existait pas déjà avant cette époque.

Du côté gauche, au contraire, le malade présente une hydrocèle qui n'a pas été encore opérée; elle s'accuse par un gonflement notable, dû à la présence de l'épanchement. En outre, on constate l'existence d'une tumeur dure, bosselée, inégale, tenant à l'épididyme et au testicule, et de plus s'accompagnant de symptômes subjectifs ou physiologiques, tels que la douleur.

Eh bien, cette question que je me suis déjà posée devant le lit du malade, je vais la renouveler devant vous. Qu'est-ce que cette tumeur? Qu'est-ce que ce gonflement du testicule? Est-il dû à un sarcocèle cancéreux, à une dégénérescence cancéreuse du testicule? Est-ce un gonflement syphilitique, un sarcocèle syphilitique, comme dit Ricord, lequel serait alors susceptible de se terminer par résolution sous l'influence d'un traitement spécifique, ou bien avons-nous affaire à un gonflement tuberculeux avec tubercules indolents, larvés à droite et ayant au contraire déterminé à gauche une poussée inflammatoire? Enfin ne sommes-nous pas simplement en présence d'une inflammation chronique plus ou moins analogue aux inflammations qui caractérisent l'épididymite ou l'orchite?

Je rejette tout d'abord la pensée d'un sarcocèle cancéreux. Dans les cas de cancer, en effet, les deux testicules sont très-rarement pris en même temps, et rarement même l'un après l'autre. Et l'existence simultanée d'un cancer dans chaque testicule est si rare, que Vidal de Cassis n'avait pas hésité à formuler cette règle absolue, que, toutes les fois que l'on observe sur les deux testicules une tumeur simultanée, on pouvait être certain que ce n'était pas du cancer. En cela, Vidal s'était trompé, comme on se trompe toujours quand on veut poser des règles aussi absolues, car on cite une ou deux exceptions à la loi que je viens de vous formuler.

J'ai une autre raison pour ne pas m'arrêter à cette opinion, c'est que le gonflement est trop récent et qu'il s'accompagne d'une inflammation subaiguë et de symptômes subjectifs. Les exemples de cancer marchant avec une rapidité semblable sont extrêmement rares, et de plus, dans ces cancers galopants, la douleur siége dans les reins, dans le scrotum, mais ne se manifeste jamais, même par la pression, au niveau du testicule.

Je n'admets pas davantage l'idée d'un double sarcocèle syphilitique, bien que celui-ci soit chose assez commune. Assurément il y a chez notre homme ce mélange d'hydrocèle et de tumeur considérable, dure, bosselée, qu'on observe assez souvent dans le testicule syphilitique; mais trois raisons m'éloignent de ce diagnostic : la première, c'est que chez cet homme nous ne trouvons aucun commémoratif; la deuxième, c'est qu'il n'y a chez lui aucune manifestation syphilitique, bien que ce ne soit pas toujours une raison; enfin un troisième motif pour laisser provisoirement cette idée de côté, c'est que du côté gauche la marche subaiguë de l'affection rappelle plutôt une inflammation de la tunique vaginale qu'un sarcocèle de cette nature.

J'en dirai autant du sarcocèle tuberculeux. A droite la tumeur me paraît trop volumineuse et le gonflement semble dater d'une époque trop récente. Celui-ci en effet n'a commencé que depuis quelques mois, et le testicule tuberculeux, comme vous le savez, n'est pas une maladie des vieillards, mais du jeune homme et de l'adulte. Je ne veux pas dire par là que le testicule tuberculeux ne se rencontre jamais chez les vieillards, mais tout simplement ceci, que le tubercule commencé chez le jeune homme ou chez l'adulte, à l'âge de vingt, vingt-cinq ans, peut parfaitement être resté à l'état larvé et persister jusqu'à la vieillesse, sans avoir jusque-là provoqué de douleurs ni d'état inflammatoire. Or je ne puis croire que ce vieillard ait conservé jusqu'à soixante-trois ans, dans les deux testicules, des tubercules datant de l'âge de quinze, vingt ou vingt-cinq ans. Du reste, s'il en était ainsi, il nous dirait qu'il avait les testicules gros.

En explorant le malade par le rectum, j'ai cherché s'il n'y avait pas quelque chose d'anormal dans la prostate. Elle est saine et ne paraît pas contenir de noyaux durs; mais en arrière j'ai constaté une tuméfaction assez considérable et même un peu consistante des deux vésicules séminales, pas aussi dures pourtant que le sont en général les vésicules tuberculeuses. Je ne crois donc pas pouvoir vous donner non plus ce malade comme un exemple de tuberculisation des vésicules, et je crois qu'il faut tout simplement rattacher la tuméfaction à une distension un peu ancienne de ces organes.

Il ne nous reste donc plus à discuter que l'idée d'une orchite et d'une épididymite simple.

Ces tumeurs sont rares, car on ne rencontre pas souvent des cas d'orchite chronique simple. En cela, nous sommes en désaccord complet avec les médecins anglais, qui l'ont décrite comme étant au contraire une affection très-commune. Cela tient à ce qu'en France nous connaissions parfaitement les sarcocèles syphilitiques et tuberculeux, alors que les Anglais en ignoraient l'existence. Or, comme les Anglais n'ont connu que plus tard ces variétés de gonflement du testicule déterminé par des tubercules de la syphilis, il en est résulté qu'ils ont rattaché tous les cas de ce genre qu'ils observaient à l'orchite

chronique simple, et c'est en effet un fait établi que l'inflammation chronique de la tunique vaginale et de l'épididyme laisse au testicule un volume aussi considérable que celui du testicule syphilitique ou tuberculeux.

Notre homme a été opéré à droite d'une hydrocèle, et la tumeur a augmenté de volume, présentant un gonflement considérable, qui ne s'est pas résorbé; à gauche, il a commencé à souffrir il y a environ un mois, et il a vu se produire dans le testicule douloureux un épanchement énorme. Or tous ces faits ressemblent beaucoup à ce qui a lieu dans l'orchite et dans l'épididymite chronique avec vaginalite. Ordinairement, il est vrai, la tumeur est plus volumineuse, mais l'âge du malade nous explique parfaitement cette différence de volume.

Il y a différentes raisons qui me font porter ce diagnostic d'orchite chronique. Ordinairement en effet, le point de départ de l'orchite chronique est dans l'urèthre, excepté toutefois lorsqu'elle est le fait de la métastase; aussi ai-je tout d'abord porté mes investigations de ce côté. Or il s'écoule par le canal un liquide blanchâtre, analogue au muco-pus de la blennorrhée; de plus j'ai acquis la certitude qu'il présentait un rétrécissement au devant de la prostate, immédiatement en arrière du ligament pubien inférieur. D'ailleurs le malade urine difficilement; le jet est perpendiculaire, la miction ne se fait que goutte à goutte, elle est fréquemment interrompue, en un mot elle présente toutes les modifications que lui imprime le rétrécissement, qui a chez cet homme ceci de particulier, qu'il ne laisse pas entrer une bougie à tête du n° 17, tandis qu'il livre facilement passage à une sonde Beniqué correspondant au n° 18 de la filière Charrière.

Or tout rétrécissement est la conséquence d'une inflammation de l'urèthre, et s'accompagne toujours d'un certain état inflammatoire, et il est dès lors vraisemblable d'admettre que des deux côtés il présente une orchito-épididymite à développement assez considérable et qui a pris la marche lente des affections de ce genre consécutives à l'inflammation de l'urèthre.

DE LA MAMELLE ET DE L'ALLAITEMENT (1)

Par Mme Brès, docteur en médecine.

Conclusions. — Le lait ne s'oxyde pas dans l'air à la température de 100 degrés. — On peut déterminer d'une manière à la fois très-exacte et très-rapide le résidu fixe du lait en évaporant à 100 degrés sur une large surface de faibles quantités de ce liquide.— Le dosage des matières minérales obtenue par l'incinération directe ne saurait fournir aucune notion précise sur les matières minérales renfermées primitivement dans le lait.— L'acide sulfurique ne préexiste dans le lait qu'à l'état de traces; celui qu'on trouve dans les cendres de ce liquide provient de l'oxydation d'une partie du soufre, de la caséine, de l'albumine. — Les difficultés que présente le dosage exact du fer rendent ce dosage à peu près impraticable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 septembre 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Eugène Sanguin, intitulé : *Essai sur l'éducation physique de la première enfance* (commiss. de l'hygiène de l'enfance).

(1) Gr. in-8° avec 4 planches lith. Prix : 4 francs. — Paris, Ad. Delahaye.

2° Un mémoire de M. le docteur Coronat, intitulé : *Aperçu sommaire sur l'éducation de la première enfance dans les Hautes-Alpes en général, et en particulier dans la circonscription de Gap.*

3° Des tableaux sur l'hygiène de l'enfance dans le canton de Darnétal (Seine-Inférieure), par M. le docteur Blockberger (commiss. de l'hygiène de l'enfance).

4° Une lettre de M. le docteur Cap, accompagnant l'envoi de plusieurs exemplaires d'un travail sur la glycérine.

5° Un mémoire de M. Mullé, pharmacien-major de première classe, intitulé : *Etude d'analyse chimique, recherches de microscopie et considérations sur la matière organique dite barégine.*

6° Une lettre de M. Autier relative à un projet d'aérage et d'assainissement des grandes villes.

PRÉSENTATION

M. Gosselin présente, de la part de M. le docteur Levieux (de Bordeaux), un mémoire manuscrit intitulé : *Etude d'hygiène sur l'emploi en agriculture de l'engrais humain à l'état liquide, à l'occasion d'un projet de voirie à La Sauve* (Gironde) (commiss. : MM. Gobley, Chevallier, Poggiale, Delpech, Hillairet).

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA MYOPIE

M. Jules Guérin, revenant sur les travaux dont il a parlé dans la dernière séance et qui datent de plus de trente ans, donne lecture à l'Académie du texte de la communication qu'il a faite à l'Institut sur ce sujet en 1841 :

1° Il existe deux espèces de myopie, comme il existe deux espèces de strabisme, la *myopie mécanique* ou musculaire, et la *myopie optique* ou oculaire. La myopie mécanique résulte, comme le strabisme de la même espèce, de la brièveté primitive ou de la rétraction active des muscles de l'œil.

2° Dans la myopie mécanique, les muscles trop courts sont les quatre muscles droits simultanément, ou deux ou trois seulement d'entre eux, mais de manière que le raccourcissement soit proportionnellement égal dans les muscles affectés.

3° Très-fréquemment la myopie se combine avec le strabisme : c'est lorsqu'il existe plusieurs muscles droits rétractés, avec brièveté relative plus grande de l'un d'eux, ou bien encore lorsqu'il n'y a qu'un muscle droit rétracté, mais à un faible degré.

4° Les caractères de la myopie mécanique sont, comme ceux du strabisme mécanique, fournis par la forme du globe oculaire et par les mouvements des yeux. La moitié antérieure du globe de l'œil est conique; la cornée représente un segment de sphère d'un rayon de courbure beaucoup plus petit que le segment de l'œil qu'il remplace. Les parties latérales du globe oculaire sont déprimées, aplaties dans la direction des muscles trop courts. Les mouvements des deux yeux sont plus ou moins bornés en haut, en bas, en dedans et en dehors, suivant le degré de raccourcissement des muscles et le nombre des muscles raccourcis.

5° Le traitement actif de la myopie mécanique doit consister dans la section sous-conjonctivale des muscles trop courts ou rétractés.

6° La connaissance de la cause immédiate de la myopie mécanique tend à démontrer que l'œil s'adapte, en s'allongeant ou se raccourcissant alternativement, au moyen de la contraction primitive des muscles droits, à la distance des objets qu'il regarde. Des expériences directes prouvent d'ailleurs qu'il en est ainsi. J'ai eu l'honneur de présenter à M. Arago un jeune homme de vingt-huit ans, sur lequel ces mouvements alternatifs de retrait et de relâchement de l'œil, correspondants à la vision à courte et à longue distance, étaient appréciables sans le secours d'aucun instrument.

7° Ces faits et ces expériences tendent à démontrer que le cristallin ne change pas de forme pour s'adapter à la vue à différentes distances, ainsi qu'avaient cherché à l'établir plusieurs auteurs, mais qu'il change seulement de rapports avec la rétine et la cornée transparente, dont il s'éloigne et se rapproche alternativement.

M. Giraud Teulon s'inscrit pour discuter dans la prochaine séance la communication de M. Jules Guérin.

M. Jules Guérin ne tient nullement à soulever une nouvelle dis-

cussion sur ce sujet; il a seulement voulu constater que l'existence de la myopie mécanique était un fait démontré, que ne pouvait en rien infirmer les travaux qu'on a faits depuis. Il veut bien tenir compte de ces travaux et leur accorder une certaine valeur; mais il tient aussi à constater que ses propres recherches sur la rétraction musculaire ont été le point de départ de tous ces travaux ultérieurs.

M. GIRALDÈS proteste contre les affirmations de M. Jules Guérin, affirmations qui, suivant lui, ne s'appuient sur aucun fait anatomique, ne reposent sur aucune de ces preuves rigoureuses qu'est en droit d'exiger la science moderne. M. Jules Guérin ne veut tenir aucun compte des travaux devenus classiques et qui ont pour base les données les plus exactes. Il aura beaucoup de peine à démontrer que la myopie reconnait uniquement pour cause la rétraction musculaire.

M. JULES GUÉRIN fait observer que M. Giraldès lui prête des opinions qu'il n'a pas émises : il tient parfaitement compte des recherches modernes, mais il veut aussi qu'il soit tenu compte des travaux anciens qui en ont été le point de départ.

DISCUSSION SUR LE PANSEMENT OUATÉ

M. ALPHONSE GUÉRIN commence par déclarer que nulle observation ne peut le toucher plus que celle de M. Gosselin. Il est un point, pourtant, sur lequel il ne peut être complétement de son avis. M. Alphonse Guérin continue à penser qu'en débarrassant l'air des corpuscules animés qu'il contient, il soustrait les blessés à l'infection purulente; mais, sur ce point encore, il n'y a, entre M. Gosselin et lui, qu'une divergence d'opinion peu accentuée. Théoriquement, l'ouate filtre l'air et le débarrasse de toutes les poussières, de tous les corpuscules qui y sont suspendus. Je puis dire que le plus ordinairement on ne trouve ni vibrions, ni autres corpuscules animés dans le pus des blessés que j'ai pansés (à l'exception du cas qui a été signalé dans le rapport de M. Gosselin). Si l'on prouvait, contrairement à ma conviction, dit M. Guérin, que des vibrions peuvent se développer dans le pus sous le pansement ouaté, on n'aurait pas encore prouvé que je ne filtre pas l'air, car alors il faudrait reconnaître que je n'ai pas assez épuré l'ouate, que la plaie n'a pas été suffisamment lavée avec des liquides antiseptiques, ou que l'air de la salle de pansement était contaminé ; car, si l'ouate est exactement appliquée, s'il n'existe pas de passage pour les corpuscules animés de l'atmosphère sur les confins du pansement, il faudrait soutenir que l'ouate ne filtre pas l'air, ce qui n'est pas admissible après la démonstration qui en a été faite par MM. Pasteur et Tyndall.

Quand donc le pus contient des vibrions, je dis que le pansement est insuffisant. Il ne suffit pas, en effet, qu'une méthode soit virtuellement bonne, il faut qu'elle soit bien appliquée. (Ici M. Guérin rappelle les conditions d'une bonne application de son mode de pansement; nous aurons l'occasion d'y revenir.)

Je ne veux pas revenir, poursuit M. Alphonse Guérin, sur l'opinion de M. Jules Guérin, qui prétend que mon pansement n'est qu'une émanation de la méthode dite par occlusion. Après l'aveu qu'il nous a fait au sujet de ses trois amputés, qui sont morts à l'ambulance du Grand-Hôtel, je pourrais lui dire que le procédé qui guérit vaut mieux que la méthode qui laisse mourir. Ses malades ont succombé, a-t-il dit, parce que le milieu était infecté. C'est dans un milieu semblable que j'ai guéri, dans le même moment, dix-neuf amputés sur trente-quatre.

Je suis tellement convaincu de l'efficacité du filtrage de l'air et du danger qu'il y a pour les malades qui n'ont que des blessures en apparence légères à ce que leurs plaies soient exposées à l'air empoisonné, que je n'hésiterais pas à traiter tous les blessés de la même manière.

On a dit que des fusées purulentes se produisent sous le pansement ouaté. Un des grands avantages de ce pansement, c'est de prévenir cet accident si redoutable. Il s'y oppose évidemment par la compression exacte due à l'élasticité du coton et à la contention exacte et constante des pièces de pansement.

Ce ne sont pas seulement les membranes synoviales des tendons qui peuvent impunément être ouvertes quand le pansement ouaté doit être appliqué. Autrefois, quand une grande articulation, comme celles du genou ou du coude était ouverte, la mort en était le plus souvent la conséquence. Une pareille plaie n'a rien maintenant qui m'inquiète.

Dans quelques cas, et notamment dans l'un des exemples que M. A. Guérin a cités à cette occasion, ce n'est pas seulement le filtrage de l'air qui guérit. Il y a, dans sa méthode de pansement, d'autres conditions que M. Gosselin a reproduites dans son rapport. Je regrette, ajoute-t-il, qu'il y ait entre nous une petite divergence d'opinions. M. Gosselin attache aux conditions de la plaie une importance un peu plus grande que celle que je leur accorde. Il trouve dans l'inflammation des veines osseuses l'explication de la production de l'infection purulente.

Si je parviens à lui démontrer que l'ostéo-myélite n'est pas aussi à redouter qu'il le pense, à la suite des amputations et des fractures avec plaie des parties molles, nous n'aurions plus de peine à nous entendre sur l'influence du filtrage de l'air.

Quand Dawe et tous ceux qui, après lui, adoptèrent la théorie de la phlébite pour expliquer la production des abcès métastatiques, montrèrent du pus dans les veines d'un moignon, ils croyaient avoir trouvé un argument décisif. Le pus produit dans l'intérieur des veines devait nécessairement entrer dans la circulation et produire les abcès dans les poumons, le foie, les articulations, etc. Mais bientôt on s'aperçut que, dans quelques cas, les veines qui avaient suppuré dans le moignon étaient oblitérées de telle sorte qu'un caillot s'opposait à ce que le pus se mêlât au sang, ce qui ne permettait plus de donner à la phlébite locale l'importance qu'on lui avait attribuée. Ce que Dawe disait de la phlébite du moignon, M. Gosselin le dit de la phlébite des os. Je ne nie pas qu'une plaie faite à un os soit une porte d'entrée pour le poison qui produit l'infection purulente, mais je donne une autre explication que mon collègue. Je pense que les miasmes pestilentiels qui existent dans les salles de chirurgie agissent avec d'autant plus de facilité qu'ils trouvent un plus grand nombre de vaisseaux ouverts. Or quand un os est fracturé ou scié, ses veines restent béantes bien plus longtemps que celles des parties molles.

Voilà pourquoi le poison de l'infection purulente exerce plus fréquemment son action lorsque les os qui ont subi une solution de continuité restent exposés à l'air chargé de principes malfaisants. Si, dans ce cas, l'on trouve du pus dans le canal médullaire des os, c'est qu'il existe dans la membrane médullaire un nombre considérable de vaisseaux absorbant, qui s'enflamment et suppurent sous l'influence des corpuscules contenus dans l'air des salles de chirurgie. Ce qui est une ostéo-myélite simple pour M. Gosselin est pour moi une ostéo-myélite septique.

M. A. Guérin déclare, en terminant, qu'il ne reviendra pas sur la théorie de l'occlusion. Il a déjà reconnu les avantages virtuels de cette méthode, et il est heureux d'avoir trouvé le moyen de la rendre pratique; mais ce n'est pas ce qu'il a imaginé.

Il est un fait qui a frappé tous les savants qui ont examiné la matière purulente que l'on trouve sous les pansements ouatés : ce n'est pas du pus, c'est une émulsion graisseuse. Les globules se sont oxydés, ils se sont décomposés; ils ont disparu souvent complétement dans une substance composée de graisse, de cristaux parfaitement formés et de quelques débris mal définis. Enfin il est devenu acide. Ce n'est pas dans le vide, à l'abri du contact de l'air, que l'on observerait de pareilles transformations.

M. A. Guérin termine en indiquant les dernières modifications qu'il a introduites dans quelques-unes des conditions de son pansement. Nous exposerons ces modifications plus tard.

M. JULES GUÉRIN présentera prochainement un travail complet sur les blessés qu'il a soignés dans les ambulances pendant la guerre de 1870-1871.

Les trois amputés dont a parlé M. Alphonse Guérin, et qui ont succombé malgré la méthode de M. Jules Guérin, se trouvaient dans des conditions exceptionnelles : l'un est mort de pneumonie; les deux autres avaient des fractures compliquées de vastes plaies et avaient déjà présenté des symptômes d'infection putride avant l'application du pansement par occlusion. Mais avant ces trois cas,

M. Jules Guérin avait déjà amputé une série de malades, sur lesquels il n'a eu à déplorer qu'un seul décès.

Quant à la statistique présentée par M. Alphonse Guérin, 19 guérisons sur 34 amputations, M. Jules Guérin fait observer que ce n'est pas là une proportion de guérisons tellement exceptionnelle; on n'avait pas toujours perdu tous les amputés avant la méthode de M. Alphonse Guérin. M. Jules Guérin fait remarquer qu'il a surtout employé sa méthode de pansement par occlusion dans le cas de plaies articulaires. Or il voudrait savoir s'il en a été de même du pansement ouaté, si ce pansement a été appliqué à des cas de blessures articulaires par armes à feu. Alors seulement les deux méthodes pourront être comparées entre elles.

M. Jules Guérin ne croit pas au filtrage de l'air, tel que l'explique M. Alphonse Guérin; si, dit-il, on mettait une substance agglutinative ou occlusive à la surface du pansement ouaté, on obtiendrait évidemment les mêmes résultats.

M. ALPHONSE GUÉRIN dit que ces expériences ont été faites, qu'on a appliqué sur le pansement ouaté des bandes silicatées ou dextrinées; dans ces cas l'air ne passe pas directement sur la plaie, mais il passe sur les confins du pansement. C'est pourquoi dans le pansement ouaté, il faut intervenir plusieurs fois et serrer à plusieurs reprises les pièces de pansement, ce qu'empêcherait de faire le silicate ou la dextrine placés sur le pansement. En résumé, M. Alphonse Guérin considère la méthode de M. Jules Guérin comme très-rationnelle, mais comme très-difficilement applicable. Il ajoute qu'avec le pansement ouaté, il ne craint nullement les plaies articulaires, et il rapporte plusieurs exemples de guérison obtenus par ce moyen.

M. BONNAFONT a appliqué le pansement ouaté, mais il reproche à ce mode de pansement de laisser le pus se former entre l'ouate et la plaie, de comprimer le moignon et les lambeaux au point d'en amener le sphacèle. C'est pourquoi il a cru devoir renoncer à ce mode de pansement.

M. GOSSELIN tient à revenir sur quelques points de l'argumentation de M. Alphonse Guérin; il n'a pas seulement parlé de la phlébite osseuse comme point de départ de l'infection putride, mais il a surtout insisté sur l'ostéo-myélite, qu'il appelle putride, que M. Alphonse Guérin nomme septique, et dans laquelle le pus n'est seulement pas absorbé par les veines osseuses.

Il est un autre point sur lequel M. Gosselin se sépare encore de l'opinion de M. Alphonse Guérin. Suivant lui, on peut trouver des vibrions dans le pus des plaies pansées par la méthode de M. Alqponse Guérin. Il en a trouvé, mais il ajoute que ces plaies n'en marchent pas moins bien vers la guérison. La méthode de M. Alphonse Guérin n'en est donc pas moins recommandable.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 juillet 1875 (1). — Présidence de M. FORGET.

M. DUBUC termine la lecture de son observation :

Pour en finir avec l'histoire de mon malade, je dois ajouter que je l'ai vu une troisième fois, le 28 juin, toujours peu de temps après son déjeuner, et que cette fois-là encore, malgré le régime peu rigoureux, du reste, auquel il s'était soumis, son urine, bouillie avec avec la liqueur de Fehling, donnait la réaction caractéristique du sucre.

Il est une particularité du récit qui précède, sur laquelle j'appellerai immédiatement l'attention: c'est que, les trois fois que j'ai constaté la présence du sucre, l'urine avait été recueillie peu de temps après le déjeuner; tandis que, dans les deux analyses négatives, faites l'une par un pharmacien de province, l'autre par M. Méhu, l'urine examinée était, dans le premier cas, celle du soir et du matin; dans le second cas, celle de la nuit, c'est-à-dire dans les deux cas, de l'urine rendue à un moment éloigné du repas; il y a donc lieu de supposer que, chez ce monsieur, c'est seulement l'urine de la digestion qui est sucrée.

Ce fait, qui est bien loin d'être le seul de son espèce, puisque la plupart des auteurs ont signalé la glycosurie intermittente, et l'ont différenciée du diabète conformé, est néanmoins instructif.

Il montre d'abord qu'il ne faut pas se hâter de croire à une erreur de diagnostic, parce que du sucre, constaté par un premier observateur, n'aura pas été retrouvé par un second à quelques heures ou à quelques jours de distance. Il montre ensuite qu'à côté du diabète véritable, il existe un état morbide qui s'en rapproche et en reproduit les caractères atténués, état qui, bien souvent d'ailleurs, ne doit être autre chose qu'une étape parcourue sur le chemin qui conduit à la maladie confirmée.

Il résulte de ce qui précède que si, au point de vue pratique, les personnes atteintes de glycosurie intermittente ne doivent pas être soumises à un régime aussi rigoureux que les diabétiques vrais, il est cependant impossible de faire abstraction des troubles variés qu'elles ressentent, et de les considérer comme jouissant de la plénitude de leur santé. La déperdition du sucre, même limitée à la période qui suit les repas, produit des troubles variés, tels que la fréquence de la soif et des besoins d'uriner, la diminution des forces et des facultés viriles, qui méritent de fixer l'attention du médecin et lui imposent l'obligation de formuler un traitement dans lequel les aliments féculents et sucrés n'entreront que pour une faible part.

DISCUSSION

M. DE BEAUVAIS. J'ai pu constater la même intermittence dans la production du sucre chez un goutteux, qui émet parfois des quantités considérables d'acide urique, et dans l'urine duquel le sucre disparaît alors complétement. Je m'en suis aperçu pour la première fois après une colique néphrétique intense.

M. DUBUC. Chez mon malade, le changement s'est fait avec une grande rapidité, puisque, après avoir constaté la présence du sucre dans les urines à une heure de l'après-midi, il a été démontré, le lendemain matin, qu'il n'y en avait plus. Marchal de Calvi a cité ces alternatives entre la présence de l'acide urique et celle du sucre.

M. PETER. Dans le fait de M. Dubuc, il est à remarquer que le sucre apparaît après le repas. Il semblerait que cet homme ne brûle pas tout le glycose contenu dans les matières alimentaires qu'il absorbe. C'est un individu qui élimine ce qu'il ne sait pas utiliser, d'autant plus que, chez lui, il n'existe ni troubles rénaux ni troubles circulatoires. J'ai donné des soins à une dame qui présentait des troubles des voies respiratoires, caractérisés par une dyspnée continuelle et non paroxystique, comme cela arrive dans l'asthme classique; elle avait, en outre, de la fréquence du pouls sans lésion cardiaque et du ballonnement gazeux de l'estomac.

J'en conclus qu'il s'agissait d'une névrose du pneumo-gastrique, affaibli dans son triple département du cœur, du poumon et de l'estomac.

J'avais perdu cette malade de vue, lorsque je fus appelé auprès d'elle il y a trois mois. Elle avait alors de l'œdème des membres inférieurs et ses urines contenaient de l'albumine; on n'y trouvait pas de glycose. Or, comme elle n'urinait que 4 à 500 grammes par jour, nous cherchâmes à produire un peu de diurèse en sollicitant la sécrétion rénale. A cette époque, M. le docteur Delpech, qui connaissait déjà la malade, se réunit à nous en consulation et porta le diagnostic : « Diabétique albuminurique » par lésion probable du côté du plancher du quatrième ventricule. Les urines contenaient alors 60 grammes de glycose par litre.

Il ne s'agissait pas là d'une diabétique réelle ou devant le devenir, mais d'une femme atteinte d'une irritation du point cérébral qui préside aux sécrétions; ce que j'avais été amené à penser la première fois que j'avais vu cette malade en proie aux troubles divers dont j'ai parlé d'abord. Aussi voulais-je demander à M. Dubuc s'il en avait observé de semblables.

M. DUBUC. Je n'ai rien constaté d'analogue et je ne crois pas que le malade dont j'ai parlé ne doive pas devenir diabétique, car il présente déjà quelques signes tels que : soif ardente, urines abon-

(1) Suite. — Voir le numéro du 4 septembre.

dantes, etc. En tous cas, au point de vue du traitement, il est au moins utile d'employer les moyens usités en cas de diabète, tels que : usage des alcalins, abstinence de féculents.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Nouveau Dictionnaire pratique de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires (1).

Par MM. Bouley et Reynal.

Le dixième volume de ce Dictionnaire ne le cède pas en intérêt à ceux qui l'ont précédé. Aujourd'hui que les études de médecine comparée sont à l'ordre du jour et que nous voyons les esprits les plus éclairés réclamer même la création d'un organe spécial de cette science, nos confrères verront avec plaisir que nous leur signalions les principaux articles contenus dans ce volume.

Nous lisons d'abord un article intéressant de M. Baillet sur l'if et l'empoisonnement auquel il peut donner lieu. L'immobilité, cette singulière affection du cheval, qui le porte à rester immobile dans certaines attitudes forcées et même instables, et lui défend les mouvements en arrière, est étudiée avec soin par M. Bouley. L'inanition (Arloing), l'incubation (Gayot), une fois traitées, nous arrivons à un article magistral sur l'indigestion successivement étudiée dans l'espèce chevaline, chez les ruminants, les carnivores, les omnivores et les oiseaux ; on n'est pas surpris de toute la science, de tout le talent de son auteur, quand on retrouve la signature de M. Bouley. Nous signalerons aussi le très-savant article consacré par MM. Bouley et Trasbot à l'inflammation. M. Sanson traite ensuite avec tout son talent les articles Instinct et Intelligence. Avec M. Peuch, nous étudions l'invagination. L'iode, l'ipécacuanha, l'ivraie, les insectes, sont autant de petites monographies très-nettement présentées. Avec les études sur la jambe et le jarret, nous retrouvons la plume du savant académicien M. Bouley.

Par cette simple énumération, le médecin voit combien il y a pour lui d'intérêt à demander à la médecine vétérinaire des renseignements pris aux sources de la bonne et saine observation. Ces études sont comprises aujourd'hui, et il est bon d'attirer sur elles l'attention de ceux de nos confrères qui ont cru pouvoir jusqu'ici se passer de ce très-précieux concours.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 6 septembre 1875 : 1° un concours s'ouvrira à l'école de médecine et de pharmacie d'Amiens, savoir :

Le 15 mars 1876, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Le 15 avril 1876, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle.

2° Un concours s'ouvrira le 15 mars 1876 à l'école de médecine et de pharmacie de Limoges pour un emploi de suppléant des chaires de chimie et de pharmacie.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture des concours.

— M. le docteur Martin-Damourette commencera ses cours de sciences physico-chimiques et naturelles, et de thérapeutique, le lundi, 13 septembre.

Le cours préparatoire au quatrième examen du doctorat aura lieu à midi, et le cours pour le troisième de doctorat et le premier de fin d'année aura lieu à deux heures.

(1) In-8°. — Paris, P. Asselin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pathologie et Clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire de bandages et d'embaumement, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, A. Delahaye.

Physiologie du système nerveux cérébro-spinal, par le docteur Édouard Fournié, médecin à l'Institut des Sourds-Muets. — 1 vol. gr. in-8°. Prix : 12 francs. — Paris, 1875, Adrien Delahaye.

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques des tissus et des organes du corps humain, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger. 2e édition entièrement refondue, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 551 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Du rhumatisme syphilitique, par le docteur Vaffier. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Contribution à l'étude de l'hypertrophie de la prostate, par le docteur Zambianchi. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Contribution à l'étude des métamorphoses et du dosage de l'acide urique, par le docteur Magnier de la Source. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'opportunité de l'anus artificiel dans le cas de tumeurs du rectum, par le docteur Richard. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Des causes anatomiques de la cataracte spontanée, par le docteur Chiray. — In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Adrien Delahaye.

De la phthisie laryngée, par le docteur Paul Koch (de Luxembourg). — Grand in-8° de 44 pages, avec une planche en chromolithographie. Prix : 1 franc. — Nancy, 1875, impr. Berger-Levrault, et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hémiplégie du larynx.

M. Luys a eu l'occasion de constater dans son service de la Salpêtrière un fait très-rare d'hémiplégie du larynx, coïncidant avec une hémiplégie d'origine cérébrale. Ce n'est pas sa rareté seulement qui constitue l'intérêt de ce fait, mais plutôt la concordance des symptômes observés avec les lésions constatées à l'autopsie. Voici la relation de ce fait tel que M. Luys l'a rapporté dans le dernier fascicule d'un recueil nouveau très-justement estimé : les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*.

Il s'agit d'une malade qui, en même temps qu'elle avait été frappée d'hémiplégie des membres supérieur et inférieur gauches, était devenue aphone. Cette femme, ayant conservé d'ailleurs l'intégrité de son intelligence, répondait nettement et distinctement, mais à voix basse, aux questions qu'on lui adressait. Elle n'avait ni paralysie de la langue, ni paralysie du voile du palais, ni paralysie des lèvres. Cette aphonie, disait-elle, était survenue à la suite d'une première attaque de paralysie qu'elle avait eue quatre ans avant celle qui avait déterminé son admission à l'infirmerie de la Salpêtrière, le 3 juin dernier. A cette dernière date elle venait d'être frappée d'une attaque subite d'apoplexie. Elle était dans un état de perte presque complète de connaissance, avec hémiplégie du côté gauche, sans trouble de la sensibilité ni des organes des sens.

Les phénomènes congestifs du début s'étant calmés sous l'influence d'un traitement approprié, la malade reprit peu à peu sa connaissance et la lucidité de son intelligence. C'est alors qu'on put apprendre d'elle qu'elle avait été frappée quatre ans auparavant d'une première attaque d'hémiplégie, et qu'à partir de ce moment elle avait perdu complétement la voix, qu'elle n'avait jamais récupérée depuis. L'état de la malade allait s'améliorant et elle semblait entrée en convalescence, faisant quelques pas dans la salle en traînant la jambe, parlant toujours à voix basse, mais avec netteté, lorsqu'au bout de quelques jours il se manifesta de nouveaux symptômes congestifs avec perte de connaissance, contractions, déviation conjuguée des yeux et de la tête à droite, etc., qui entraînèrent la mort.

Voici les particularités que M. Luys a constatées à l'autopsie.

Le tronc basilaire était fortement athéromateux, ainsi que les artères qui en émergent. La substance corticale se présentait avec son épaisseur et sa coloration normales dans les différentes régions où on l'examina. La substance grise du corps strié était criblée d'une multitude de petites vacuoles remplies de sérosités pour la plupart et qui correspondaient à de petites artérioles athéromateuses. On rencontrait, dans la plupart, de petits capillaires à parois rigides et fortement pigmentés. Le noyau extra-ventriculaire du corps strié droit était beaucoup plus fortement atteint que son homologue. Les fibres blanches ambiantes du centre de Vieussens étaient aussi interrompues, çà et là, par des espaces lacunaires analogues aux précédents. Les couches optiques présentaient dans leur trame les mêmes vacuoles, mais beaucoup plus rares que dans les corps striés. Dans le cervelet on ne trouvait qu'une hypérémie très-accusée des corps rhomboïdaux. La protubérance était très-fortement injectée par places dans la substance grise centrale.

L'examen du larynx a montré des lésions multiples dans ses divers appareils nerveux et musculaires. Les nerfs récurrents étaient diminués de volume et d'un aspect jaunâtre ; leurs ramuscules musculaires, peu apparentes, étaient grisâtres ; le récurrent gauche paraissait plus profondément dégénéré.

La plupart des muscles intrinsèques du larynx avaient leur coloration rougeâtre habituelle, sauf le muscle thyro-aryténoïdien gauche, qui était très-profondément dégénéré ; ses fibres musculaires avaient presque complétement disparu et étaient remplacées par un développement corrélatif de tissu conjonctif et de vésicules adipeuses. Les fibrilles musculaires étaient toutes passées à l'état granuleux; les stries n'apparaissaient plus que sous forme de petits points jaunâtres, disposés transversalement ; le sarcolemme se montrait sous forme de fibrilles conjonctives parallèles, avec quelques granulations éparses représentant les derniers résidus des fibrilles musculaires résorbées.

Le thyro-aryténoïdien droit, quoique moins intéressé, présentait aussi les premières phases de l'atrophie, sous l'apparence d'une prolifération de tissu conjonctif se montrant çà et là avec l'aspect d'un tissu fibroïde.

Il est indubitable, comme le pense M. Luys, que cette dégénérescence secondaire de l'appareil musculaire du larynx, survenue à la suite d'une lésion cérébrale et d'un état athéromateux général du système artériel, doit être attribuée à un même processus morbide commun. « Il est vraisemblable d'admettre,

dit M. Luys, que parmi ces diverses lésions du système encéphalique, il en est quelques-unes qui ont intéressé plus spécialement cet ordre de fibres phono-motrices qui conduisent l'incitation volontaire aux muscles du larynx et concourent à faire tendre les cordes vocales; et que le même processus morbide qui a interrompu les voies de propagation de la volonté aux muscles de tout un côté du corps, en amenant une hémiplégie gauche, a rayonné du même coup sur les foyers centraux d'origine des muscles tenseurs de la glotte: de là, la dégénérescence secondaire des nerfs récurrents, ces troubles trophiques consécutifs de la fibre musculaire se caractérisant par une résorption de la substance musculaire et sa fonte granulo-graisseuse avec prolification de vésicules adipeuses; de là, en un mot, une véritable hémiplégie des muscles laryngés, marchant parallèlement avec l'hémiplégie des membres. »

Du lavement froid dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Dans un travail très-intéressant sur le lavement froid et son action physiologique, qu'il a déterminée par une série d'expériences très-concluantes, M. le professeur Foltz (de Lyon) a exposé quelques-uns des résultats heureux que lui a procurés l'administration méthodique du lavement froid dans la fièvre typhoïde. — L'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Lyon, il y a un an, lui a fourni les occasions de multiplier suffisamment les expériences pour leur donner une sérieuse valeur.

La méthode à laquelle M. Foltz s'est arrêté, après quelques tâtonnements, consiste à faire prendre des lavements froids (de 10 à 15 degrés) toutes les deux, trois ou quatre heures, en les éloignant lorsque le malade dort et lorsque la température se rapproche de l'état physiologique. — On comprend que c'est surtout en ralentissant le pouls et en abaissant la chaleur du corps qu'agit le lavement froid. Il a dû parfois recourir à plusieurs lavements coup sur coup, soit pour amener des évacuations abondantes, soit pour combattre les exacerbations fébriles. Le volume du lavement était proportionné au poids du sujet.

Il est bien entendu que l'emploi du lavement froid n'a pas exclu l'usage simultané des autres moyens usités dans le traitement de la fièvre typhoïde. Lorsqu'il a eu affaire à des cas graves, notre confrère n'a pas hésité à employer concurremment le bain froid ou frais (de 25 à 30 degrés). Il a encore fait usage simultanément de la digitale, du quinquina, des laxatifs, des antimoniaux, des astringents, etc., selon les indications spéciales. C'est donc un traitement mixte, en réalité, qu'il a employé, et dans lequel le lavement froid, mis en usage dès le début jusqu'à la fin comme remède principal, a eu pour adjuvants, selon les cas, quelques-uns des moyens usuels.

Sur une statistique de 27 cas de fièvres typhoïdes bien caractérisées et traitées comme il vient d'être dit, 15 étaient graves et 12 bénignes.

Outre les lavements, 15 malades ont pris des bains froids variant de 20 à 30 degrés. Chez quatre d'entre eux, on a dû suspendre les bains pour des complications (deux entérorrhagies très-graves, un œdème douloureux des pieds et une névralgie brachiale). Les lavements ont été continués dans ces cas comme dans tous les autres, et les malades ont guéri. Une seule malade a succombé à une splénisation pulmonaire, consécutive à une série de bains à 20 degrés, qu'il eût peut-être fallu suspendre, de l'avis de M. Foltz, comme dans les cas précédents.

Les autres complications ont consisté en une éruption furonculeuse, deux cas d'ecthyma, un cas de muguet, un cas d'abcès sous-cutané et un cas de sudamina confluents.

Ainsi il n'y a eu qu'un seul cas de mort sur 27.

La durée moyenne de la maladie a été de 19 jours, le mininum étant de 8 jours et le maximum de 50.

De ces faits, dont nous croyons devoir nous dispenser de reproduire ici les détails, M. Foltz tire les conclusions suivantes, dont la vérification sera facile :

Le lavement froid a une action physiologique locale et générale.

L'action locale consiste en une sensation de fraîcheur suivie de contraction intestinale.

L'action générale se traduit par le ralentissement du pouls, la diminution de la température animale et la sédation du système nerveux. Il en résulte un apaisement de la soif, une stimulation de l'appétit et une augmentation des sécrétions.

Cette action rafraîchissante, sédative et tonique, reste la même, quant à sa nature, pour tout lavement dont la température est au-dessous de 38 degrés; mais elle est d'autant plus intense et durable qu'il est plus froid et plus abondant ou renouvelé.

Les indications thérapeutiques du lavement froid sont extrêmement nombreuses : il convient par son action locale dans les maladies de l'abdomen, et par son action générale dans les maladies fébriles. A ce double titre il est indiqué et il réussit, comme remède principal, dans la fièvre typhoïde.

Dr Brochin.

TUBERCULOSE GÉNÉRALISÉE. — TUBERCULOSE DE LA CHOROÏDE (1)

Par M. Dubrisay.

Le fait dont je vais vous entretenir est un cas de tuberculose généralisée, qui s'est présenté cliniquement sous une forme anormale, très-rare, et qui à ce titre mérite, je pense, votre attention.

L..., âgée de huit ans, est entrée le 16 mai 1875 à la salle Sainte-Catherine, n° 16, hôpital des Enfants, service de M. Bouchut.

Trois mois auparavant, elle avait été, disait-on, atteinte d'une pneumonie pour laquelle elle avait été traitée chez ses parents. Depuis lors elle était restée toujours souffrante : on ne put savoir exactement jusqu'à quel degré.

Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, elle était devenue très-oppressée, au point de ne plus dormir.

D'une intelligence ordinaire, elle répondait bien et nettement : elle n'accusait aucune douleur ; n'était ni triste ni abattue : elle se plaignait seulement d'une grande oppression, dont il était d'ailleurs facile de s'apercevoir à première vue : à demi assise sur son lit, appuyée sur le coude droit, elle respirait très-rapidement, et parlait d'une voix entrecoupée, comme les personnes atteintes de bronchite capillaire ou d'une affection cardiaque à la période asystolique ; les jambes étaient légèrement infiltrées.

A l'examen de la poitrine, on constatait : des battements de cœur très-violents et très-étendus; de la matité depuis le deuxième espace intercostal jusqu'au sixième, et par l'auscultation on reconnaissait l'existence de deux bruits de souffle très-intenses : l'un au niveau du deuxième espace intercostal, à droite du sternum : l'autre, au niveau du cinquième et du sixième espace, au-dessous et en dehors du mamelon.

L'enfant ne toussait ni ne crachait; elle n'avait aucune douleur dans le ventre; les fonctions de l'estomac et des intestins étaient régulières; à la percussion de la poitrine la sonorité était bonne, soit en avant, soit en arrière. A l'auscultation, le bruit respiratoire ne présentait rien d'anormal; il était d'ailleurs en très-grande partie couvert par le souffle cardiaque.

(1) Lu à la Société de médecine, séance du 14 août 1875.

Ce cas, intéressant au point de vue pathogénique, parut assez simple comme diagnostic : il s'agissait d'une endocardite aiguë, consécutive à une pneumonie, et ce diagnostic fut inscrit sur la pancarte.

Les deux jours suivants, rien de nouveau : potion à la caféine, sans bénéfice apparent pour la malade.

Le troisième jour, c'est-à-dire le 19 mai, L... présenta des accidents cérébraux bizarres. Tout à coup elle se plaignit de ne plus voir clair et commença à crier et à s'agiter, se tournant incessamment dans son lit, jetant les bras de côté et d'autre, le tout, évidemment, sans conscience de ce qu'elle faisait. Cet état persista toute la nuit; personne, autour d'elle, ne put dormir.

Le 20, à la visite, la situation était la même, et continua du reste, toujours identique, caractérisée par une agitation excessive, de l'insomnie, et sans la moindre paralysie, jusqu'au moment de la mort, qui survint le vingt-deuxième matin.

Que s'était-il donc passé le 19 mai? M. Bouchut, et avec lui les personnes présentes à la visite, portèrent le diagnostic d'embolie cérébrale.

La malade était en effet dans toutes les conditions voulues pour qu'un semblable accident se fût produit. Elle était depuis longtemps (plusieurs mois) malade : le tissu cardiaque avait donc forcément subi un certain degré de dégénérescence. Elle était atteinte d'endocardite valvulaire double, à l'orifice aortique et à l'orifice auriculo-ventriculaire gauche; rien de plus compréhensible, en pareil cas, que la formation d'un *infarctus cérébral*, consécutif, soit à une embolie venant des orifices malades, soit à une thrombose, dont la formation s'expliquait par le mauvais état de la circulation centrale.

A l'appui de cette opinion, en découvrant L..., on aperçut aux deux jambes, sur la face externe, deux taches noirâtres, du volume d'une grosse tête d'épingle, situées dans le tissu cellulaire sous-cutané, ne disparaissant pas par la pression, et tout à fait identiques à ces coagulations cruoriques que l'on trouve à l'autopsie des sujets qui sont morts de diphthérite ou de toute autre affection septicémique. Ces coagulations, vraies thromboses du tissu cellulaire sous-cutané, coïncident ordinairement avec la formation de caillots fibrineux dans le cœur, l'existence de thromboses dans les sinus de la dure-mère et dans les vaisseaux pulmonaires : elles devaient donc servir à confirmer le diagnostic d'embolie ou de thrombose cérébrale.

Malgré l'agitation de la malade, l'examen ophthalmoscopique fut pratiqué, mais, à cause même de cette agitation, il ne fut pas aussi complet qu'on l'aurait désiré. Il fut cependant établi que dans les deux yeux il y avait un double œdème péripapillaire très-prononcé, caractérisé par une couche opaque et diffuse d'aspect nuageux, qui masquait plus ou moins, suivant les régions, le contour du disque optique. Un moment, sur l'œil gauche, M. Bouchut aperçut en bas et en dehors de la papille un point blanc, saillant, du volume d'une tête d'épingle, tout à fait semblable à un tubercule de la choroïde; il en annonça l'existence : mais, au milieu des mouvements incessants de la petite malade, il ne put ensuite retrouver ce tubercule, ni le premier jour, ni les jours suivants; il s'agissait d'ailleurs d'accidents cérébraux aigus, survenus pendant le cours d'une affection cardiaque; l'idée de tubercule fut abandonnée. L'autopsie démontra, comme vous allez voir, que c'était bien à tort.

A l'ouverture du crâne on trouva : dans le sinus de la dure-mère, principalement dans le sinus longitudinal supérieur, des caillots noirs, résistants, qui se prolongeaient dans les veines latérales. Ce premier point était donc acquis. Il y avait eu thrombose des sinus. Sous les méninges et surtout dans les ventricules, un épanchement considérale de sérosité, mais nulle part, ni à la convexité, ni à la base, ni au niveau des scissures de Sylvius, il n'y avait la moindre trace d'infiltration purulente. Épars sous les méninges, sur la convexité des deux hémisphères, et à leur face interne, on apercevait, le long des vaisseaux, des granulations tuberculeuses peu nombreuses, dix ou quinze en tout, et d'un volume variable; les unes très-petites, du volume d'un grain de semoule, d'un blanc grisâtre, dures et résistantes au toucher; les autres plus volumineuses et déjà un peu jaunâtres au centre. Nulle part autour de ces granulations il n'y avait trace d'infiltration purulente, ni d'hypérémie vasculaire. Les hémisphères cérébraux, le cervelet, les pédoncules et le bulbe, coupés par minces tranches, ne présentaient aucune altération; pas de points hypérémiés, pas de points ramollis, mais au centre de la protubérance, à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, existait un tubercule du volume d'un petit pois, d'aspect jaunâtre au centre, et entouré d'une couche blanchâtre. J'ai noté dans le cours de l'observation et je répète ici que jamais la malade n'a été atteinte de paralysie.

Les deux globes oculaires étant sectionnés, perpendiculairement au grand axe de l'œil, sur le fond de la choroïde, on apercevait à travers la rétine, de petites granulations, sept à huit sur chaque œil, lesquelles étaient bien nettement des tubercules, les uns situés en dehors et au-dessous de la papille, les autres en dedans du disque optique à 2 et 3 millimètres de cette papille. C'était l'un de ces tubercules que M. Bouchut avait un instant aperçu et qu'il n'avait pu ensuite retrouver.

Dans la poitrine on trouvait les poumons farcis de granulations tuberculeuses, sans trace de pneumonie concomitante, ce qui expliquait l'absence de toux et de signes stéthoscopiques.

Les ganglions bronchiques étaient tuberculeux, et enfin le cœur se présentait tel qu'on devait s'y attendre : il était énormément hypertrophié, et dans la cavité gauche on constatait une insuffisance mitrale considérable et un rétrécissement aortique très-prononcé.

Les reins étaient hypertrophiés et déjà graisseux. Pas de tubercules dans le foie ni dans les intestins.

En résumé, le diagnostic porté pendant la vie : *endocardite* mitrale et aortique, était vérifié par l'autopsie, mais il y avait eu en plus une tuberculose pulmonaire et cérébrale, dont on n'avait même pas soupçonné l'existence; — l'absence de pneumonie concomitante justifiait cette erreur.

Messieurs, au commencement de cette lecture, je vous présentais cette observation comme très-intéressante : je ne crois pas m'être fait illusion. Dans une leçon clinique, elle serait assurément on ne peut plus féconde en considérations pratiques d'un haut intérêt.

Qu'était-ce, en effet, que cette pneumonie dont on nous parle? Était-ce une pneumonie aiguë qui, sur un terrain préparé, aurait favorisé l'éclosion secondaire de tubercules? ou n'était-elle, au contraire, qu'une première phase de l'évolution tuberculeuse?

En présence des tubercules de la pie-mère, de l'infiltration sous-séreuse, de l'hydropisie ventriculaire, il fallait bien conclure à l'existence d'une méningite tuberculeuse; mais, ni cliniquement ni anatomiquement, ce n'avait été assurément la forme classique de la méningite, affection à marche lente et progressive, à la suite de laquelle on trouve à peu près *toujours* l'infiltration purulente des méninges.

Et ce tubercule de la protubérance qui n'avait jamais donné lieu à la moindre paralysie? Assurément encore, il peut donner à réfléchir aux localisateurs quand même des fonctions cérébrales.

Je me contente toutefois de signaler ces diverses questions, et ne veux, en finissant cette lecture, insister que sur un seul point : *les tubercules de la choroïde.*

Découverts cliniquement par M. Bouchut, en 1866, ils ont été retrouvés depuis en Angleterre par Salbery Wells, en 1867; à Fribourg, par Mauz; à Berlin, par Graëfe; et depuis lors, sans être monnaie courante, ils ont été vus et étudiés par un assez grand nombre d'observateurs soit en France, soit à l'étranger. Liouville, en 1869, à la Société de biologie, a présenté plusieurs faits de tuberculose généralisée avec tubercules choroïdiens. Delorme, élève du Val-de-Grâce, a publié dans sa thèse (1871) des observations sur le même sujet.

Au point de vue anatomique, les tubercules choroïdiens ont été étudiés histologiquement, à Paris par Ordonnez et Cornil, à Berlin par Jaeger et Conheim, à Fribourg par Mauz.

Quoi qu'il en soit de la question historique, sur laquelle je n'ai pas la prétention d'être irréprochable, et qui n'est pas ce qui doit le plus nous intéresser, les tubercules de la choroïde se présentent à l'ophthalmoscope sous l'aspect de petites taches rondes, légèrement proéminentes, de couleur rosée ou grisâtre, quelquefois brillantes et d'un blanc nacré.

Parfois peu distinct à l'ophthalmoscope, ils apparaissent en grand

nombre après la mort; sous le champ du microscope, Conheim, sur une même choroïde, en a compté jusqu'à 50.

D'un diamètre qui varie d'un tiers de millimètre à 2 millimètres et demi, ils se distinguent des autres altérations de la choroïde, et entre autres de l'altération désignée sous le nom d'*atrophie choroïdienne miliaire*, par leur saillie, leur forme, régulièrement ronde, et par l'absence d'un bord pigmenté. En outre, dans l'*atrophie choroïdienne miliaire ou ponctuée*, il n'y a pas de granulations, et sous le microscope on n'aperçoit qu'une dépigmentation anormale des cellules choroïdiennes.

Autour de ces granulations tuberculeuses, le tissu de la choroïde est parfaitement normal.

Histologiquement ces tubercules sont constitués par des granulations moléculaires, des noyaux libres et des cellules choroïdiennes en voie de régression graisseuse. Ce sont donc bien réellement des tubercules; la choroïde, comme les autres tissus de l'organisme, est susceptible de subir la dégénérescence tuberculeuse.

Conheim, après de nombreuses recherches anatomiques, a avancé que l'existence des tubercules choroïdiens était un fait constant dans la tuberculose généralisée, et que si, sur le vivant, ils échappaient à l'ophthalmoscope, on les retrouvait toujours à l'examen histologique.

Poursuivant plus loin ses recherches, ce même auteur a pu produire des tubercules choroïdiens par l'inoculation. Ayant inoculé un cochon d'Inde, cinq semaines après l'inoculation, il a trouvé des tubercules miliaires dans les poumons, le foie, les reins, la rate, les membranes séreuses, et enfin dans la choroïde. Cette même expérience d'inoculation a été reproduite par Liouville, qui en a communiqué les résultats parfaitement identiques à ceux de Conheim à la Société de biologie, année 1873.

Ces faits une fois établis, si nous revenons à la clinique, nous nous poserons cette double question :

Le diagnostic des tubercules de la choroïde peut-il entrer dans la pratique journalière? — Y peut-il être de quelque utilité, ou bien doit-il rester comme une investigation de luxe entre les mains des délicats?

A ces questions, messieurs, je n'hésite pas à répondre que le diagnostic peut être posé par tout le monde, qu'il doit être cherché et que, dans un grand nombre de cas, il peut rendre des services signalés.

Sans nous arrêter au fait de la fille L..., dans lequel un examen plus attentif aurait certainement confirmé ce qu'avait vu une première fois M. Bouchut, et aurait ainsi rectifié l'erreur commise, il y a nombre de faits devant lesquels le médecin le plus expérimenté hésite, et sur lesquels il serait important d'être fixé.

S'agit il d'une fièvre typhoïde, d'une entérite ou d'une tuberculose, tous les jours, dans la pratique, pareille difficulté se présente. Ce sont des cas semblables qui ont été cités par M. Delorme dans sa thèse de doctorat.

Ou bien un enfant a été frappé de convulsions, des accidents cérébraux ont succédé; puis la tempête se calme, les symptômes inquiétants s'évanouissent : famille et médecin ne demandent qu'à s'illusionner sur l'avenir.

Que tel soit le rôle naturel d'une mère, rien de mieux; mais si le médecin peut s'éclairer, il doit le faire, et dans bon nombre de cas semblables, sur des enfants guéris pour le moment de soi-disant méningites simples, grâce à l'ophthalmoscope, il pourra reconnaître que la méningite n'était nullement simple, qu'il y a des tubercules de la choroïde, qu'il doit donc en exister ailleurs, et, s'il ne peut en prévenir l'évolution fatale, tout au moins il s'évitera à lui-même un pronostic erroné.

DE L'HÉMIANESTHÉSIE SATURNINE (1)

Par le docteur De Cours.

Conclusions. — L'hémianesthésie doit avoir sa place dans le cadre nosologique de l'intoxication saturnine. — Si elle diffère des hémianesthésies hystériques et de cause cérébrale par quelques caractères particuliers, elle s'en rapproche par ses caractères généraux. — En conséquence, elle doit avoir le même siége que ces dernières; quant à la lésion qui la produit, elle nous est inconnue. Son pronostic n'est pas grave.

(1) In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'ÉLECTRICITÉ (1)

Par le docteur Althaus (de Londres)
(traduction du docteur Darin).

Tant que l'étui conserve sa position ordinaire, le sommet en haut, le fond en bas, l'élément ne plonge pas dans le liquide; il n'y a ni production de l'électricité, ni dépense par conséquent. Mais, dès que l'étui est renversé ou placé horizontalement, le courant naît et se continue tant que le liquide excitateur n'est pas épuisé (2).

La bobine B est composée, comme la bobine de Ruhmkorff, de deux fils, l'un gros et court, nommé inducteur; l'autre fin et long, nommé induit. Dans cet appareil, les deux fils sont bout à bout; le premier forme six couches, le second dix-huit.

En plaçant convenablement les fils conducteurs, on obtient à volonté avec cet appareil :

1° Une partie de l'extra-courant, pour les organes très-sensibles;

2° L'extra-courant complet;

3° L'extra-courant et l'induit réunis, pour la généralité des cas;

4° L'induit seul.

La graduation de ces courants est obtenue à la manière ordinaire au moyen d'un petit tube de cuivre.

Le trembleur, représenté (fig. 25) au double de sa grandeur, se trouve renfermé dans une joue de la bobine. Pour faire varier la vitesse des intermédiaires, on pousse le levier mobile soit vers L,L', qui signifient lent, soit vers V, qui signifie vite.

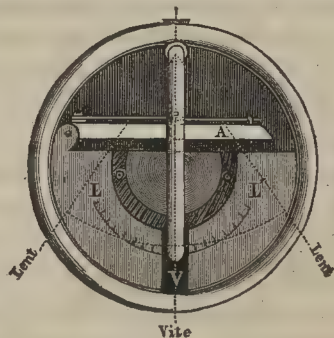


Fig. 25.

Les interruptions isolées se font à la main au moyen d'un petit bouton de contact que porte la bobine dans ce but.

Les fonctions de cet appareil sont rarement influencées à la suite d'une chute de plusieurs mètres, son enveloppe souple amortissant le choc, tandis que tout autre appareil serait mis hors de service. L'arrêt le plus fréquent de cet appareil vient de la rupture d'un des rhéophores de la pile, ce que l'on aperçoit tout de suite et qui se répare de même.

Nous conseillons aux praticiens d'en avoir de rechange, ainsi que des zincs pour la pile.

(1) Suite. — Voir les numéros des 16, 23, 27 mars, 3 avril, 5 juin, 17 juillet, 5, 14, 28, 31 août et 2 septembre.

(2) C'est-à-dire pendant plus d'une heure et demie, avec la faible dépense de 3 à 4 centimes.

On peut se procurer du bisulfate de mercure partout, à raison de 1 franc les 100 grammes.

En un mot, le petit volume de cet appareil et sa puissance relative, l'indépendance et la solidité de tous ses organes, l'herméticité, la propreté et la facilité de mise en marche, en retournant simplement la pile, sont autant de qualités apportées à l'exercice de l'électro-thérapie en dehors du cabinet du médecin.

Son prix est de 60 francs. Le même appareil dans une boîte d'acajou, 30 francs.]

Instruments accessoires. — Passons maintenant à la description des instruments accessoires employés dans les applications électro-thérapeutiques; nous parlerons d'abord du *rhéostat* ou régulateur du courant qui fut inventé par le professeur Wheastone, et introduit dans la pratique médicale par le docteur Brenner (de Saint-Pétersbourg). On a construit une variété d'instruments de ce genre, mais ils ont tous ce trait commun, à savoir, qu'un fil conducteur est introduit dans le circuit et qu'on en peut varier la longueur à volonté, sans faire le moindre changement dans le reste du circuit (fig. 26). Le rhéostat le plus employé en médecine est celui de MM. Siemens; il se compose de plusieurs bobines, dont la longueur du fil correspond à un certain nombre d'unités de résistance de Siemens. L'unité de Siemens est équivalente à la résistance d'une colonne de mercure de 1 mètre de longueur sur une section transversale de 1 millimètre carré, à la température de 0°c. L'instrument peut contenir un nombre variable d'unités. Brenner, qui a le premier employé le rhéostat en médecine, se sert d'un appareil de 2,100 unités; mais un de 1,110 suffit à la plupart des exigences scientifiques et pratiques.

[M. Gaiffe construit des rhéostats gradués en *omhs* (ou unités de résistance de l'Association britannique, dont chacune est matériellement représentée par la résistance d'une colonne de mercure de 1^m,0486 de longueur sur une section de 1 millimètre carré), et composés d'un plus ou moins grand nombre de bobines, contenant chacune des unités séparées ou des dizaines d'unités. Ainsi la figure 26 représente un de ces appareils formés de cinq bobines contenant 1, 2, 4, 8 et 16 ohms, soit en tout 31, qu'on peut prendre un à un.

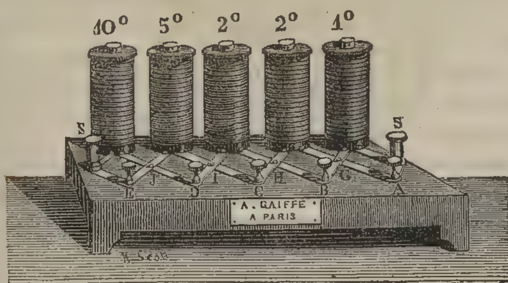


Fig. 26.

1°, 2°, etc., indiquent des bobines de résistance de 1 ohm', 2 ohms, etc.
SS, bornes d'attache des fils conducteurs.
A, B, C, D, E, vis de pression permettant d'intercaler les bobines correspondantes dans le circuit, ou de faire passer le courant directement dans les lames croisées, AGB, BHC, etc.

Nous conseillerions celui composé de 10 bobines, contenant en tout 1,023 ohms, qu'on peut également prendre un à un (1).

Quand le courant, avant d'arriver au sujet, doit traverser le rhéostat, s'il ne rencontre aucune résistance dans ce dernier, il ne pénétrera nullement dans l'organisme, car, quand deux voies sont ouvertes au courant, son intensité dans les diverses parties du circuit est inversement proportionnelle à la résistance. Plus la résistance est considérable dans le rhéostat, plus grande est l'intensité du courant qui traverse le corps; plus la résistance est faible dans le rhéostat, plus est petite l'intensité du courant qui pénètre dans l'organisme. Si, au contraire, l'on dispose l'appareil de telle sorte que le courant ait à traverser, par exemple, trois bobines représentant 256, 64 et 1 ohms, soit en tout 321 unités, une grande partie passera de préférence à travers le corps. Lorsqu'on interpole le maximum de résistance, il ne peut passer à travers le rhéostat qu'une très-faible portion du courant et la partie de beaucoup la plus considérable pénétrera dans le corps du sujet.]

Nul autre instrument que le rhéostat ne peut donner une pareille variété de graduations, ou, comme nous préférerions dire, de *nuances* d'intensité du courant. On peut généralement s'en passer pour les applications périphériques du courant continu; mais, quand il faut user de ce dernier pour le diagnostic ou le traitement d'affections des centres nerveux et des organes de sens spécial, cet appareil devient indispensable et, sans lui, l'application de l'électricité cesse d'être scientifique.

[M. Duchenne a recommandé (*Archives générales de médecine,* 1873) l'emploi d'un *voltamètre-rhéostat* qu'il estime capable de remplacer les appareils précédents. Tout en reconnaissant à ceux-ci une plus grande sensibilité, il croit qu'une pareille précision n'est pas indispensable en thérapeutique. L'auteur trouve cette opinion extraordinaire de la part d'un observateur qui a le droit d'être fier de la rigueur avec laquelle il a conduit ses propres investigations. L'appareil combiné de ce dernier se compose d'un *modérateur à eau*, analogue à celui de M. Gaiffe, représenté figure 27, et d'un voltamètre (fig. 28).

Le modérateur consiste en un tube de verre fermé par deux bouchons de caoutchouc, traversés par deux tiges de cuivre

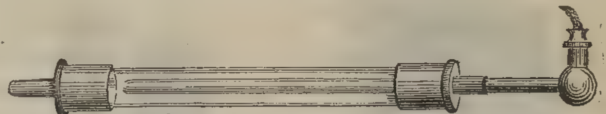


Fig. 27.

nickelé qui peuvent arriver au contact. On remplit le tube d'eau ordinaire; c'est la résistance produite par la plus ou moins grande épaisseur de liquide interposée entre les deux tiges de cuivre qui gradue l'intensité du courant.

On comprend, d'après le peu de conductibilité de l'eau, qu'on puisse, avec une très-faible colonne liquide, faire varier la résistance dans de très-larges limites.

Quant au voltamètre, il sert à constater, par le dégagement de petites bulles de gaz qui se produit autour des fils de platine, la puissance électrolytique du courant.

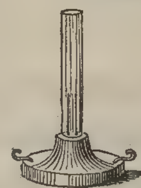


Fig. 28.

Si l'on relie l'un des fils de platine du voltamètre avec le bouton métallique qui termine le rhéostat, et que l'on fasse communiquer l'autre tige de ce dernier et le second fil du voltamètre avec les pôles d'une batterie, on verra que le dégagement des gaz est d'autant plus rapide que la colonne liquide est moins considérable. On a donc ainsi le moyen de juger *approximativement* de l'intensité du courant. Cet appareil peut sans doute être utile pour des appréciations grossières, mais il ne saurait jamais remplacer les véritables rhéostats.

Voilà pour la graduation des courants. Nous avons indiqué précédemment (*Gazette des Hôpitaux,* 1875, n° 83) la manière de les mesurer, de façon à pouvoir comparer les résulats obtenus avec les différentes piles, soit avec la bousssole des tangentes, soit plus simplement avec un galvanomètre gradué.

(1) Son prix est de 140 francs.

Quant à la tension du courant, il suffit pour la faire connaître d'indiquer le nombre et la nature des couples employés.

Lorsqu'il s'agit des courants induits, il est impossible d'indiquer directement la force électro-motrice et l'intensité de ces sortes de courants. C'est pourtant une question d'une extrême importance, puisque, comme l'ont démontré les expériences d'Onimus et Legros, l'on risque, avec un courant d'intensité même faible, d'amener l'arrêt du cœur. « Pour réussir, il y a une limite d'intensité électrique très-difficile à saisir; un peu en deçà on n'agit pas, un peu au-delà on agit trop, et l'on tue alors sans rémission l'animal, alors même que la vie n'était pas tout à fait éteinte. » Ces observations s'appliquent spécialement à l'emploi de l'électricité dans les cas d'asphyxie ou de syncope.

Mais, avec les courants d'induction, il est encore un élément dont il faut tenir compte, nous voulons parler de la rapidité des intermitttences.

M. Onimus, pour juger de l'influence des intermittences lentes ou rapides sur les mouvements du cœur et sur la contractilité musculaire dans certains cas de paralysie, s'adressa à M. Trouvé, et voici l'appareil portatif qu'ils réalisèrent et qui permet de régler à volonté le nombre des intermittences par secondes que l'on désire.

Cet appareil à chariot (fig. 29) se compose :

1° D'une bobine inductrice indépendante des bobines induites;

2° De deux bobines induites (1) (ou d'un plus grand nombre, selon le besoin) s'adaptant successivement au chariot, formées de fils de différentes grosseurs;

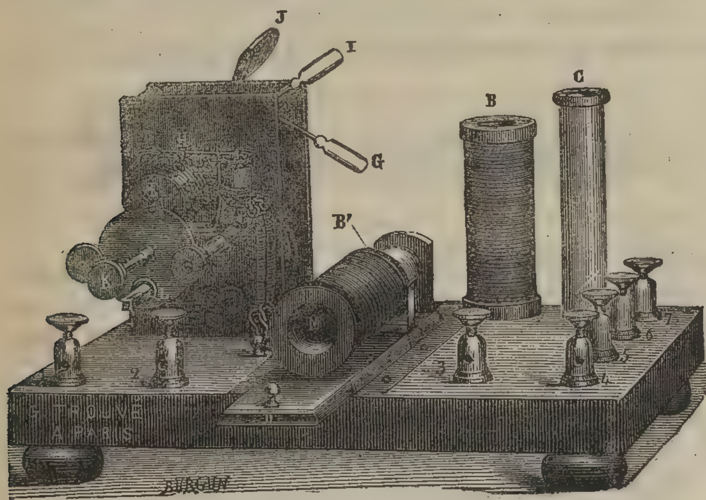


Fig. 29.

3° D'un interrupteur spécial (2) qui constitue la partie principale de l'appareil.

Cet interrupteur (fig. 29 et 30) se compose d'un cylindre divisé en vingt parties dont chacune contient des touches dans la progression suivante, c'est-à-dire de 1 à 20.

Ce cylindre, mu par un mouvement d'horlogerie muni d'un volant à résistance variable, est parcouru instantanément et à volonté par un stylet qui a pour but d'interrompre simultanément, soit le courant direct d'une pile à courant continu, soit le courant d'induction, autant de fois qu'il y a de touches à la division qu'il occupe.

En donnant au cylindre une vitesse de 1, 2, 3, 4 tours, etc., par seconde, chaque touche est multipliée par ces vitesses correspondantes, c'est-à-dire qu'avec ce seul cylindre on obtient avec la plus grande précision depuis 1 interruption par seconde jusqu'à 80; ce qui donne, autrement dit, dans un temps donné, un nombre d'interruptions voulu.

La graduation du courant d'induction dans cet appareil s'obtient à l'aide du chariot (1), d'une manière plus parfaite qu'avec tout autre système, puisque l'on va d'un effet nul à un maximum en passant par tous les intermédiaires.

(*A suivre.*)

(1) M. Trouvé a disposé pour un appareil jusqu'à 10 bobines dont les longueurs des fils étaient 100, 200, 300... 1000 mètres, pour juger de l'influence de la tension sur la contractilité musculaire.

(2) Cet interrupteur se sépare à volonté de l'appareil; ce dernier fonctionne alors avec un interrupteur à levier mobile, appliqué pour la première fois par M. Trouvé aux appareils médicaux en 1864. Nous en avons donné la description et le principe dans un article précédent.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 juillet 1875 (2). — Présidence de M. Forget.

LECTURE

M. GILLETTE lit la note suivante :

Des difficultés du diagnostic dans certaines tumeurs enkystées des régions palmaire et plantaire. — C'est évidemment à l'occasion des tumeurs enkystées que se commet le plus grand nombre de méprises, heureusement peu préjudiciables aux malades. Ainsi, nous avons vu tout récemment un homme se présenter à la consultation d'un des hôpitaux excentriques avec une tumeur siégeant à la partie externe du bras gauche; elle est pédiculée, mollasse, et est prise par le chef de service pour un *molluscum pendulum* : le premier coup de bistouri en fait jaillir un liquide séro-sanguinolent; on avait affaire à un kyste. Un autre malade, un homme également, porte à la région externe de l'épaule gauche une masse ovoïde, fluctuante et rénitente en même temps, non mobile et indolente; on croit à un abcès froid, et le bistouri démontre que c'est un lipome recouvert par quelques fibres du deltoïde, et non une tumeur liquide :

Nous pourrions en citer bien d'autres exemples, mais nous croyons que ces erreurs sont surtout fréquentes à la main et au pied.

Trois exemples de tumeur liquide enkystée de la plante du pied et de la paume de la main et des doigts, que nous venons d'observer dans les hôpitaux et qui ont donné lieu à des hésitations bien pardonnables, nous paraissent de nature à prouver que dans ces régions le diagnostic d'abcès ou de kyste n'est pas toujours aussi aisé à poser que dans d'autres parties du corps : voici l'exposé succinct de chacun de ces faits.

1° Un enfant de deux ans est amené à la consultation de M. Péan (hôpital Saint-Louis), pour une petite tumeur siégeant à la région plantaire gauche. Elle remonte à deux mois environ, est du volume d'une grosse fève, et ne fait qu'une saillie peu accusée à la vue, mais dont on se rend bien compte par le palper. On sent alors, en explorant, une masse solide, non mobile, très-peu douloureuse à la pression et siégeant évidemment sous la peau de la plante du pied : aucune fluctuation ne peut y être perçue, et c'est à peine si elle offre de la rénitence : sa consistance est si *dure* que le chirurgien n'hésite pas à croire qu'il a affaire à un fibrome; il incise la peau, et l'issue d'une petite quantité de pus d'assez bonne nature démontre que c'était là un *abcès enkysté*, entouré par un anneau plastique très-induré et développé dans la couche la plus superficielle du tissu cellulaire sous-cutané. La guérison eut lieu rapidement.

2° Une autre malade, jeune fille d'une vingtaine d'années, entre dans le service de M. E. Cruveilhier, à l'hôpital Saint-Louis, pour se faire débarrasser d'une petite tumeur indolente située à la partie antérieure de la deuxième phalange de l'indicateur gauche et datant

(1) Système Haske et Siemens.

(2) Fin. — Voir les numéros des 4 et 9 septembre.

de plusieurs mois. Elle est régulièrement ovalaire, occupant toute la longueur de cette phalange, saillante, sans changement de couleur, d'une *dureté extrêmement grande*, jouissant d'une grande mobilité latérale et ne se trouvant pas fixée lorsqu'on engage la malade à mettre son doigt en crochet en contractant avec violence l'extenseur correspondant. Malgré la consistance très-ferme de la tumeur, je crus sentir une certaine élasticité ou rénitence en la pressant en deux points opposés : me rappelant alors l'observation précédente, je ne pus me défendre, tout en hésitant, de pencher vers l'idée d'un kyste. M. Cruveilhier, en raison de la *dureté* très-grande de cette masse, crut au contraire avoir affaire à un petit fibrome sous-cutané. Au second coup de bistouri on vit sortir de la matière milicérique : on avait sous les yeux un kyste sébacé dont le siége était quelque peu insolite.

3° J'ai observé la troisième malade dans le service de M. B. Anger, que je remplace actuellement à l'hôpital Saint-Antoine. C'était une jeune fille de quatorze ans qui portait à peu près depuis deux mois, dans la paume de la main droite, une petite tumeur située au niveau de la base de l'annulaire. Elle etait logée sous la peau, allongée, aplatie, grosse comme un haricot et remarquable par son extrême dureté. Elle jouissait d'une certaine mobilité latérale quand le doigt était étendu, et, lorsqu'il était fortement fléchi, cette mobilité existait encore, quoiqu'à un degré moindre. La situation de ce corps et la présence d'un petit prolongement que je sentais profondément me firent bien croire que je pouvais avoir affaire à un kyste; mais, d'autre part, sa *consistance extrêmement dure* me faisait hésiter et pencher un peu vers le fibrome : de plus, il existait un phénomène qui ne se rencontre pas d'ordinaire dans les kystes ; quand on exerçait une pression assez forte sur cette saillie, la malade accusait une douleur ou plutôt un fourmillement ascendant sur le trajet des filets du nerf cubital, jusqu'à la partie inférieure du bras. Etait-ce un névrome? ou l'une de ces petites masses dénommées tubercules sous-cutanés douloureux? Une ouverture étroite me fit voir que j'avais sous les yeux un *kyste de la gaîne synoviale tendineuse*, car il s'échappa de la substance gélatiniforme, d'une coloration jaunâtre : j'appliquai immédiatement le collodion et établis une compression ouatée ; il n'est survenu aucune complication.

Ainsi voici trois cas où le diagnostic a présenté, malgré la situation sous-cutanée de la tumeur, des difficultés sérieuses qui proviennent surtout de la *consistance très-dure*, presque ligneuse, offerte par ces kystes des régions palmaire ou plantaire.

A quoi tiennent ces difficultés? La réponse est facile, à notre avis : à la constitution anatomique de la région où ces kystes se sont développés.

D'une part, en effet, la peau de la région dorsale de la main et du pied est mince, fixe, très-mobile sur les parties profondes : le tissu cellulaire sous-jacent est lamelleux, lâche, très-peu chargé de graisse et susceptible de se laisser distendre facilement; aussi les abcès qui s'y développent, les kystes qui y prennent naissance, soit dans son épaisseur, soit plus profondément, forment une saillie bien distincte, plus facile à délimiter et dont la rénitence et la fluctuation sont aisées à apprécier : aussi, dans ces cas, l'hésitation n'est pas permise.

D'autre part, la disposition anatomique des tissus cutané et sous-cutané des régions palmaire et plantaire est au contraire bien différente, et imprime, par cela même, des caractères tout autres aux tumeurs qui prennent naissance dans leur intérieur. La peau, et comme épiderme et comme derme, est beaucoup plus épaisse : ce dernier est plus dense et ne jouit pas de la même mobilité que celle qui existe à la région dorsale : de plus ce derme envoie, par sa face profonde, des prolongements fibreux traversant la couche aréolaire, qui elle aussi est beaucoup plus adipeuse et a une plus grande épaisseur, surtout au voisinage de la racine des doigts.

Nous voyons là autant de caractères anatomiques qui contribuent à rendre le diagnostic des tumeurs de la paume de la main fort délicat : c'est une opinion qui du reste me semble partagée par mon excellent ami et collègue le docteur Polaillon, puisque dans son remarquable article *Main* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, il dit que les chirurgiens les plus autorisés ont cru à un enchondrome, à un kyste tendineux, à une adénome des glandes sudoripares, à un abcès, quand en réalité il s'agissait d'un fibrome : autre part encore et inversement, un anévrysme dont la poche, ne communiquant plus avec l'artère, a pu être prise pour une tumeur fibreuse.

En effet, certains kystes ou abcès enkystés qui se développent dans la paume de la main, bien que limités et circonscrits, ne peuvent, en prenant de l'accroissement, repousser la peau avec autant de facilité qu'à la région dorsale; ils s'aplatissent donc, restent en quelque sorte bridés et acquièrent par cela même une *dureté toute particulière* qui en impose, si on n'est pas prévenu, pour une tumeur solide, un fibrome.

Nous avons cru de quelque intérêt d'appeler l'attention sur ce caractère clinique, qui, tout simple qu'il peut paraître, n'en a pas moins son importance, surtout au point de vue de la thérapeutique applicable aux tumeurs de la paume de la main.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Le secrétaire annuel : GILLEBERT DHERCOURT *fils*.

Concours de l'internat. — Sur la réclamation d'élèves israélites qui, par suite de la fête du Grand Pardon, n'auraient pu prendre part au concours de l'internat des hôpitaux de Paris, l'ouverture de ce concours, annoncée pour le samedi 9 octobre, est remise au surlendemain lundi 11 octobre, à midi.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

L'École de Salerne, avec la traduction burlesque du docteur Martin. Nouvelle édition revue par Philibert LE DUC, membre de l'Académie de Lyon, etc.— 1 vol. petit in-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, 13 septembre 1875.

LES CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Pendant que la plupart de nos sociétés savantes libres chôment, et que nos académies siégent presque dans le vide, la science court les champs, semant de çà et là ses richesses et jetant au vent des germes qui ne manqueront pas de fructifier plus tard sur le sol qui les aura recueillis.

L'automne est la saison des congrès et des assises scientifiques provinciales. Pendant que la grande Association médicale britannique tenait son assemblée générale annuelle à Édimbourg, la Société française pour l'avancement des sciences, sa jeune cadette, se réunissait cette année, pour la quatrième fois, à Nantes. La section des sciences médicales avait élu pour son président M. Leudet (de Rouen). Elle a tenu une dizaine de séances, dans lesquelles il a été fait un grand nombre de communications, dont nous allons nous borner à donner pour le moment une simple énumération, plusieurs d'entre elles pouvant être plus tard l'objet d'une analyse ou même d'une reproduction textuelle, suivant leur importance.

La première communication entendue par la section a été un mémoire de M. LECADRE (du Havre) sur *la mortalité par la phthisie pulmonaire*, envisagée au point de vue de sa fréquence et des causes qui peuvent l'expliquer. L'émigration des campagnes, l'extension de l'industrie et les difficultés de la vie pour les ouvriers dans les grandes villes, tels sont, aux yeux de M. Lecadre, les premiers agents de propagation de la phthisie.

M. Cl. BERNARD, dans deux communications successives, a entretenu la section de diverses recherches physiologiques sur la question de la chaleur animale et de ses expériences sur le curare.

On sait que pour M. Cl. Bernard il n'existe pas de foyer unique de calorification; la chaleur se fait partout, mais il y a des points où elle est plus élevée, tout en étant réglée par des lois définies. M. Cl. Bernard a rappelé les expériences d'après lesquelles il a démontré que le sang noir a une température plus élevée que le sang rouge. Ces expériences lui ont fourni l'occasion de signaler un point intéressant de physiologie, qui éclaire la pathologie. On sait qu'à l'état normal l'opium amène un abaissement considérable de la chaleur. Chez un animal en expérience et en proie à une fièvre des plus intenses, une forte dose d'opium fut administrée sans que la température en fût sensiblement abaissée. De cette expérience rapprochée de l'observation faite par Heidenhain, savoir, qu'une excitation nerveuse amène un abaissement de température, mais que si l'animal est fébricitant, la même excitation ne produit aucune modification, M. Cl. Bernard déduit l'idée clinique suivante : c'est que la fièvre est un phénomène purement nerveux, provenant de modifications, de troubles qui se passent du côté du système nerveux. Elle ne serait que la résultante de modifications profondes du côté de ce système et qui a pour effet principal l'élévation de la température.

Une note de M. LAFFITTE sur l'*emploi des injections sous-cutanées d'eau pure*, et les bons effets que l'on en peut tirer contre l'élément douleur dans une foule d'affections.

Un travail de M. PETIT, intitulé : *De locis minoris resistentiæ*. L'auteur désigne ainsi les points du corps qui ont été, à un moment donné, le siége d'une affection quelconque, traumatique ou spontanée, et qui, à raison de cette circonstance, n'ayant jamais été restitués dans leur état d'intégrité complète, sont plus impressionnables et deviennent plus particulièrement accessibles à l'influence des causes morbides diathésiques.

Une communication orale de M. LANCEREAUX sur *la maladie de Bright*, dont le sens est celui-ci : La maladie de Bright, en tant qu'entité morbide, n'existe pas. Il faut considérer isolément au double point de vue anatomique et clinique les formes pathologiques différentes qui ont été englobées jusqu'ici sous un même nom : telles sont, entre autres, les néphrites conjonctives dites interstitielles, les unes primitives, d'origine goutteuse, saturnine, ou procédant de lésions artérielles; les autres consécutives à des obstacles divers à l'émission de l'urine; la néphrite épithéliale dite parenchymateuse, résultant du froid humide, des fièvres éruptives, de la diphthérie, du choléra; la dégénérescence graisseuse, stéatose rénale, produite par l'alcool, le phosphore, la fièvre jaune, l'ictère grave; la dégénérescence amyloïde, suite d'une suppuration prolongée, de cachexies diverses, etc.

Une étude de M. TRÉLAT sur le *vaginisme*, dont le but pratique est d'appeler l'attention des observateurs sur les causes variées de cette affection, et surtout de recommander aux praticiens l'usage judicieux des médications rationnelles appropriées à ces causes. Dans trois cas rapportés par M. Trélat, cette cause était un état inflammatoire superficiel du col utérin, qu'il a suffi de combattre pour faire cesser le vaginisme.

Un mémoire de M. DE SYNÉTY, dans lequel sont exposés les résultats de ses récents travaux *sur l'utérus et l'ovaire*.

Un travail de MM. TRIPIER et ARLOING sur les *sections nerveuses dans les névralgies*, application pratique au traitement de

certaines névralgies rebelles, déduite des recherches expérimentales que les mêmes auteurs ont fait connaître l'année dernière à la session de Lille sur la sensibilité récurrente.

Une étude physiologique de M. Fieuzal sur le *peigne des oiseaux.*

Un travail de M. Poncet sur *la matière colorante du sang produisant l'ictère hématique traumatique*, fondé sur des observations qui établissent l'existence de l'ictère par résorption de la matière colorante du sang chez les blessés atteints d'ecchymoses ou d'infiltrations sanguines. La substance agissant en ce cas serait l'hémoglobine modifiée.

Recherches de M. Dagrève sur les *matières colorantes de l'urine*, pouvant servir au diagnostic différentiel des néphrites parenchymateuses et des néphrites interstitielles, suivant les modifications de couleur que produit la réaction de l'acide azotique.

Recherches comparées *sur l'élimination des phosphates dans la chlorose vraie et dans la phthisie commençante,* par M. Teissier fils (de Lyon). L'auteur a cherché si l'examen de l'excrétion des phosphates ne pourrait pas conduire au diagnostic de la chlorose vraie et de la phthisie à ses débuts.

« Toute chlorotique qui, sans être soumise à un régime très-animalisé, présente, même si elle maigrit, une diminution de l'excrétion des phosphates, ne tournera probablement pas à la phthisie pulmonaire.

« Toute chlorotique qui, abstraction faite de l'influence du régime, présentera une augmentation des principes phosphatés, a de grandes chances de devenir phthisique. »

Telles sont les deux propositions qui résument en manière de conclusion les recherches de M. Teissier fils.

M. Laennec (de Nantes) a soumis à l'appréciation de la section quelques préparations histologiques, faites avec la collaboration de M. Malherbe fils, sur la *structure du tissu osseux et du cartilage.* Il y a entre le tissu cartilagineux et le tissu osseux un état transitoire caractérisé par un tissu de calcification. La transition s'établit graduellement des cellules du cartilage aux cellules du tissu osseux.

M. Verneuil, sous le nom de *processus traumatique*, a décrit un des phénomènes les plus fréquents et les plus importants du traumatisme, qu'il définit ainsi :

Dans les lésions traumatiques, on peut prouver : 1° que le foyer, aussitôt formé, est inévitablement soumis au contact normal de corps étrangers divers; 2° que ces corps étrangers agissent d'une manière plus ou moins active sur les éléments anatomiques qui constituent les parois du foyer; 3° que réciproquement, dans un grand nombre de cas, les éléments anatomiques réagissent sur les corps étrangers susdits; 4° que ces actions réciproques résultent des phénomènes nouveaux qui marquent le début du travail réparateur ou préparent l'invasion des accidents compliquant les blessures.

En un mot, dans toute lésion traumatique les éléments anatomiques blessés sont exposés au contact anormal de corps étrangers et aux conséquences de ce contact. Le processus traumatique se compose d'une série d'actes réparateurs ou destructeurs, mais formant en somme une série d'actes physiologiques et pathologiques qui se présentent tous dans un ordre déterminé.

M. Houzé de l'Aulnoit a présenté une pince à pression, destinée à établir l'*ischémie linguale.*

La suite de cette énumération à un prochain numéro.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Lailler.

La pelade.

Nous allons terminer l'étude des teignes par celle de la pelade; mais auparavant, je voudrais entrer dans quelques considérations générales et vous faire en peu de mots l'historique de la question.

En 1853, M. Bazin décrit cinq teignes :

1° Favus, avec acorion ;

2° Tondante, avec tricophyton ;

3° Mentagrophytie avec microspermum mentagrophyton de Robin ;

4° Teigne achromateuse ;

5° Teigne décalvante.

Ces deux dernières, sans désignation ni figuration du parasite.

Dès l'année suivante, 1854, il publie une brochure dans laquelle il émet des doutes sur l'existence de la mentagrophytie.

Enfin, en 1858, il supprime définitivement la mentagre avec champignon spécial.

Cette affection est constituée par le tricophyton de la teigne tondante.

L'herpès circiné, le sycosis et la mentagre ne sont que la manifestation d'un même champignon, et M. Bazin réunit les deux dernières espèces sous le nom de *pelade*, ayant pour parasite le *microsporum Audouini*, champignon décrit par Grouby en 1842.

Dans un article du *Dictionnaire encyclopédique* publié en 1873, il revient sur ses idées et considère la teigne décalvante comme une simple variété de la tondante avec un parasite unique, le *tricophyton decalvans.*

Dès lors, il ne reste plus pour lui que trois teignes :

1° La faveuse ;

2° La tondante;

3° L'achromateuse ou pelade.

Nous allons étudier les divers parasites qui constituent la teigne, à l'aide du microscope.

1° *L'acorion Schœnleinii,* champignon du favus, présente des spores de 4 à 5 millièmes de millimètre de diamètre, avec des tubes droits ou ramifiés ; il est situé entre les lames épidermiques et apparaît au dehors sous forme de godets.

2° *Le tricophyton tonsurans* présente des spores de 3 à 6 millièmes de millimètre de diamètre, s'accouplant bout à bout, de façon à former des tubes moniliformes, plus rarement des tubes ramifiés. Il habite les cheveux et forme une gaîne blanche à l'extérieur, visible à l'œil nu.

3° *Le microporum furfur* du *pityriasis versicolor* présente des spores de 4 à 5 millièmes de millimètre de diamètre ; c'est le plus volumineux; il offre des tubes sporophores et habite entre les lamelles et l'épiderme.

4° *Le microporum Audouini* de la pelade présente des spores de 1 à 4 millièmes de millimètre. Ce sont les plus petites spores de toutes celles que l'on rencontre dans les teignes ; elles habitent la surface de l'épiderme, sous forme de poussière.

Jusqu'ici nous avons étudié deux teignes, le favus et la tondante, et tout le monde admet que les deux affections sont des manifestations d'un champignon.

Quant à la pelade, *alopecia acrata* des Allemands, autrefois *porrigo decalvans,* qui constitue la troisième classe des teignes, pour M. Bazin, ce serait une affection caractérisée par une chute des poils, avec ou sans achromie de la peau. Elle pré-

sente des surfaces glabres, minusculaires, qui en se réunissant donnent à la lésion un aspect festonné.

M. Bazin distingue deux variétés dans la pelade : 1° la variété achromateuse; 2° la variété décalvante.

La pelade dans son évolution présente trois périodes :

1° Une période germinative caractérisée par une apparence poudreuse et terne des cheveux: c'est la première manifestation de la maladie;

2° L'altération des cheveux persistant, l'aspect de la partie envahie par le champignon devient grisâtre; les cheveux commencent à tomber et la plaque présente un aspect tomenteux et légèrement mamelonné :

Il se passe quelquefois des années sans qu'on puisse observer ces deux périodes;

3° Enfin le malade présente quelques plaques glabres, pourvues tout au plus de quelques poils follets décolorés, s'arrachant facilement. La peau est dépigmentée et l'épiderme est devenu plus mince. C'est cette décoloration de la peau qui a fait donner, par M. Bazin, le nom d'achromateuse à cette affection.

Deux modes de terminaison s'observent dans la pelade: soit la guérison absolue, soit la guérison avec calvitie plus ou moins complète.

L'évolution de cette affection dure de quelques jours à une année. Ainsi on a pu observer la perte complète de tous les cheveux en une seule semaine.

Tantôt la pelade présente des plaques variant de la grosseur d'une lentille à celle d'une pièce d'un franc; tantôt, au contraire, elle étend son domaine à tout le cuir chevelu: tous les cheveux tombent, et il se produit une dépilation générale. Ailleurs les malades présentent un aspect des plus étranges, dû à la perte de leurs sourcils. Cette affection peut occuper toutes les parties du corps recouvertes de poils, menton, thorax, bras, jambes, etc. On constate sa présence chez l'enfant, l'adulte, le vieillard, et toujours sous des formes à peu près semblables.

La première période, comme je l'ai dit, passe ordinairement inaperçue : ce que le malade accuse généralement, ce sont des plaques glabres, d'un blanc laiteux; mais, si on cherche alors avec soin, on observe quelques plaques en voie d'épilation ou une dépilation localisée, incomplète, avec élevure marginale à peine appréciable, sans changement de coloration des téguments.

Ensuite l'apparence de la peau devient laiteuse; sur la frontière de la plaque apparaissent des cheveux maigres, grisâtres, atrophiés. Si on passe la main sur la partie malade, en frottant même légèrement, des mèches s'enlèvent, mais sans entraîner la gaîne épidermique.

Si la maladie continue à faire des progrès et que la calvitie doive être la terminaison, on observe alors des plaques absolument glabres; tandis qu'au contraire, si la guérison complète doit avoir lieu, on voit les poils follets qui existaient sur la plaque devenir de plus en plus nombreux, plus forts, plus longs, plus résistants et plus colorés. Peu à peu la plaque dénudée se recouvre complétement et la pelade ne laisse aucune trace. Il faut en excepter cependant quelques personnes âgées, qui ont présenté une coloration spéciale des cheveux, dans les points envahis par la pelade et qui conservent alors ces mèches blanches de l'épaisseur de la plaque morbide.

Quelquefois la guérison est incomplète, et tel qui présentait plusieurs plaques en voit guérir le plus grand nombre, mais garde une portion des téguments tout à fait dénudée, d'une étendue variable, d'une pièce de 50 centimes à 1 franc ou plus.

Un des caractères les plus importants de cette affection est la récidive à plus ou moins longue échéance, à laquelle restent exposés les individus qui en ont été atteints. Au bout d'une, deux, trois et quatre années, la pelade peut en effet reparaître, soit dans les points qu'elle avait primitivement envahis, soit dans les parties voisines.

Pour M. Bazin, la pelade est une affection absolument parasitaire, caractérisée par la présence du *microsporum Audouini*, décrit par Grouby. Cette opinion néanmoins n'est admise que par les partisans de M. Bazin. Anderson, en Angleterre, l'admet également; Hébra l'admet, puis la rejette avec Wilson. Les auteurs allemands et américains ne l'acceptent point.

En France, l'opinion prédominante est le parasitisme. Il est certain qu'il y a des champignons dans la pelade, et plusieurs faits semblent affirmer qu'il y a eu contagion. Toutefois nulle inoculation expérimentale n'a été faite, et nombre de faits contradictoires existent. Ainsi, dans une famille, un membre atteint de cette affection guérit avec ou sans alopécie, et nulle autre personne n'est atteinte. C'est pour moi une chose incertaine.

On rencontre le champignon entre les squames épidermiques, mais il est très-difficile de l'observer; si difficile même qu'à plusieurs reprises M. Bazin a vainement cherché de me le démontrer. C'est en 1875 seulement qu'un des externes de ce service, faisant sa thèse pour le doctorat sur ce sujet, a pu, aidé de l'habile micrographe M. Malassez, trouver le fameux champignon. Les caractères de ce parasite sont de réunir en grappes ses spores, comme *le microscoporum furfur*; mais ces dernières sont de beaucoup plus petites que celles que nous avons étudiées dans les autres affections, et parfois elles sont allongées. Elles ne se trouvent jamais dans l'intérieur des cheveux, mais toujours à leur surface.

M. Malassez a trouvé des spores dans le *pytiriasis capitis* et dans d'autres affections. Elles appartiendraient à un champignon plus petit, qui, dans ces cas, serait la cause de la chute des cheveux.

En faveur de l'opinion qui représente le champignon comme cause de la pelade, il y a l'apparence de contagion, et, pour ceux qui rejettent cette opinion, le champignon ne serait qu'un produit morbide et l'affection due à une trophonévrose; chose peu probable, vu les limites ordinairement restreintes de la lésion, qui, ainsi que nous l'avons dit, ne s'étend pas souvent au-delà d'un rayon de 3 à 4 centimètres.

Nous croyons donc qu'il vaut mieux à cet égard rester encore dans le doute et faire des recherches.

Quant au diagnostic, une seule affection pourrait être confondue avec la pelade, c'est la calvitie des convalescents. Mais il sera facile de la distinguer avec tant soit peu d'observation sérieuse.

La teigne achromateuse se distinguera par une plaque bien circonscrite, d'apparence laiteuse, et atrophique et par la marche toujours lente de l'affection.

La teigne décalvante présente au contraire une plaque diffuse, n'offrant point l'apparence laiteuse et atrophique de l'achromateuse; elle est recouverte d'une crasse parasitaire et entourée de rares cheveux maigres et chétifs, décolorés, et d'un aspect semblable à celui des baliveaux d'un bois récemment taillé; elle est en outre plus souvent généralisée que la précédente.

Dans l'article *Microscoporum* du *Dictionnaire encyclopédique*, M. Bazin la considère comme une teigne tonsurante pseudo-pelade, avec un tricophyton *decalvans*. Je n'ai, pour mon compte, jamais trouvé ce tricophyton, mais voici ce qu'on remarque sur les bords: c'est jusqu'à environ 2 millimètres

tout autour, une zone formée par des cheveux petits, courts, plutôt que cassés, et ayant l'aspect de radis à moitié sortis du sol; ils s'enlèvent facilement avec la racine et ne se cassent pas.

Je renverserai, pour mon compte, les termes employés par M. Bazin, et, au lieu d'employer la désignation de teigne tonsurante pseudo-pelade, je me servirai de l'expression beaucoup plus juste, à mon avis, la pelade pseudo-tondante.

Cette affection, qui n'offre point de gravité, est donc bien obscure et doit être encore bien étudiée.

Quelquefois on rencontre sur un même sujet à la fois la pelade et la tondante, mais c'est toujours la pelade qui débute, et la tondante n'est qu'une affection consécutive que le malade contracte à l'hôpital, où elle lui est communiquée. Je n'ai, pour mon compte, jamais vu les choses se passer autrement, et toujours, dans ce cas, j'ai d'abord constaté la tondante.

La maladie se termine presque toujours par la guérison; je n'ai observé qu'un seul cas de pelade décalvante que je n'ai pas vu guérir, ayant perdu le malade de vue à la sortie de l'hôpital; il a parfaitement pu guérir depuis.

Généralement il reste une plaque glabre plus ou moins étendue, qui est pour ainsi dire la signature de la maladie, et parfois, chez les personnes âgées, c'est une mèche de cheveux blancs qui pousse dans toute l'étendue primitivement occupée par la plaque.

Cette affection présente de nombreuses récidives, qui guérissent tout aussi bien.

En ce qui concerne le traitement, M. Bazin pratique l'épilation, puis il emploie la pommade au turbith, procédé qui a été critiqué par M. Bergerac, disant : «On n'épile pas l'ivoire.» Pour moi j'y ai renoncé. M. Vidal appliquait des vésicatoires sur les surfaces atteintes. On comprend que ce traitement, facile quand la surface atteinte est petite, devient bien difficile si l'affection est généralisée ou seulement très-étendue.

Voici le traitement que j'emploie actuellement. Je fais raser la surface malade deux fois par semaine si cela est possible, et tous les deux jours si l'affection est localisée à la barbe; les parties malades sont ensuite frictionnées avec des pommades irritantes. Voici les formules que je préfère :

Teinture de savon.	} ãã 100 grammes.
Baume de Fioraventi	
Alcool camphré.	20 grammes.

Si c'est une réaction plus active que je veux obtenir, c'est à la suivante que j'ai recours :

Teinture de pyrèthre.	} ãã 20 grammes.
— de capsicum	
— de cantharides.	

Quant aux moyens prophylactiques, au sujet desquels j'ai été prié de donner mon avis pour en faire une instruction à l'usage des instituteurs, je vous dirai qu'ils se résument en une affaire de mœurs et de précautions administratives.

Dans les *Annales d'hygiène*, M. Bergerac indique des moyens prophylactiques excellents, mais il faudrait que l'on consentît à les employer, ce dont je doute fort.

Ainsi que je viens de vous le dire, c'est une véritable question de mœurs, et, soyez-en persuadés, avec l'amélioration des conditions sociales vous verrez disparaître les teignes. Déjà même le favus n'est-il pas devenu plus rare?

Quant au sycosis, fréquent il y a dix ans, c'est presque un mythe aujourd'hui. La cause en est dans les soins de propreté plus minutieux et plus répandus. Chacun en effet veut avoir un rasoir, un linge à soi, etc.

La seule précaution efficace consisterait à exiger, à l'entrée dans l'école, un certificat analogue à celui qu'on demande pour la vaccination et dans lequel un médecin constaterait l'absence de toute affection contagieuse.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Plaie profonde du pied par instrument tranchant; pansement par occlusion; amputation partielle cinq jours après l'accident; apparition du tétanos le neuvième jour. Administration à hautes doses d'hydrate de chloral; mort le treizième jour.

Par le docteur Alphonse Deu, de Mas d'Agenais (Lot-et-Garonne).

Dans la matinée du 7 août courant, je fus appelé auprès du nommé C..., cultivateur à Sénestis, âgé de trente et un ans, qui s'était fait une grave blessure du pied droit, avec une forte hache dont le coup avait porté à faux. L'incision, d'une régularité parfaite, était dirigée, en ligne oblique, de l'extrémité du troisième orteil au milieu du premier métatarsien, et comprenait toute l'épaisseur de cette région jusqu'aux téguments plantaires, qui seuls furent épargnés. Du côté interne du métatarsien intéressé, une portion des couches musculaires tenait encore au lambeau, et je conçus un vague espoir de conserver ce dernier. La netteté de l'incision étant complète, je n'eus qu'à rapprocher les lèvres de la plaie, en mettant autant que possible les os et les tissus divisés dans leurs rapports respectifs, et à les maintenir ainsi très-exactement au moyen d'une bande roulée.

Cela fait, je fis aussitôt appeler un confrère, pour donner son avis sur cette situation.

Le docteur Samondès, désigné par les parents, arriva dans la soirée, et nous fîmes, tout en laissant la bande, un pansement par occlusion, en vue de la conservation possible du lambeau. Cinq jours après l'accident, l'aspect des orteils compris dans ce dernier, et l'odeur caractéristique qui s'en exhalait, indiquaient qu'il n'y avait plus à compter sur les efforts naturels. L'appareil contentif fut enlevé, et, la mortification des tissus séparés étant imminente, nous prîmes le parti d'amputer le lambeau sur-le-champ.

L'opération ne pouvait consister évidemment qu'à diviser simplement les tissus que la hache n'avait pas atteints et à faire un pansement simple tous les jours renouvelés, en attendant la guérison de l'énorme plaie à découvert qui devait en résulter. Nous n'eûmes pas à nous repentir de cette conduite; car, trois jours après, la plaie était très-belle, les bourgeons charnus pullulaient, et très-certainement la guérison aurait eu lieu. Mais une complication des plus imprévues surgit, au moment où nous comptions le plus sur un heureux résultat.

Le 17 août, j'allai, comme les jours précédents, voir mon malade, qui se plaignit de ressentir depuis la veille un peu de roideur dans la mâchoire et d'avaler assez difficilement les aliments solides, à cause de l'insuffisance de la mastication. C'était évidemment le prélude du tétanos. Je dissimulai l'inquiétude que ce symptôme me causait et je prescrivis immédiatement l'hydrate de chloral à la dose de 1 gramme toutes les heures. Quand 8 grammes eurent été pris par le malade, je fis suspendre la médication pendant quatre heures pour la recommencer alors de la même façon.

Le 18 au matin, je revis le malade, qui dormait profondément. Il avait absorbé 14 grammes de chloral. Le trismus persistait, mais sans autre accident tétanique. La médication fut continuée de la même manière.

Le 19, dans la matinée, la situation n'avait pas sensiblement changé. Le malade était très-assoupi, mais, en le secouant, on le réveillait assez pour obtenir quelques réponses. Il accusa quelques douleurs vagues à la nuque. Le médicament fut toujours maintenu.

Dans la soirée de ce jour-là, l'estomac perdit sa tolérance pour le chloral, qui provoquait des vomissements. Je le fis administrer en lavements, qui furent bien gardés et parfaitement absorbés, puisque le sommeil se maintenait toujours.

La nuit devint tout à coup très-mauvaise, et le tétanos s'accentua très-rapidement.

Le 20, à neuf heures du matin, le docteur Samondès et moi nous assistions à la période asphyxique du tétanos; la situation était navrante et sans ressources. Nous fîmes prendre encore 10 grammes de chloral en lavements et nous nous retirâmes, bien persuadés que la terminaison funeste était imminente et très-désappointés par les résultats absolument négatifs du chloral. Le malade mourut dans la même journée, à trois heures.

L'intérêt de cette observation consiste dans ce fait assez exceptionnel, à savoir que, le temps écoulé entre les premiers et les derniers symptômes du tétanos ayant duré trois longs jours, l'on a pu administrer dans les meilleures conditions l'hydrate de chloral et saturer en quelque sorte l'économie tout entière de ce médicament.

Je ne présume pas que les partisans de cette médication m'objectent que l'injection dans les veines aurait ici donné des résultats différents.

Pour combattre des accidents de la nature de ceux du tétanos, peu importe le lieu d'absorption du médicament, pourvu que celle-ci ait lieu.

Dans les cas de tétanos à marche rapide, il est préférable, j'en conviens, de pratiquer l'injection veineuse. Alors le péril est imminent; il faut agir avec célérité. Le médicament, jeté directement et en masse dans le torrent circulatoire, produira sur-le-champ les effets stupéfiants que l'on attend de lui.

Mais, dans le cas particulier dont il s'agit et dans les cas analogues, l'administration par les voies digestives me paraît devoir être préférée, parce que l'autre méthode ne peut pas être plus avantageuse et qu'il n'est pas bien sûr qu'elle soit sans danger.

REVUE DE LA PRESSE

De la rétention de la bile dans le cancer de la vésicule biliaire. — On sait que le cancer de la vésicule biliaire s'accompagne le plus souvent de calculs biliaires et de rétention de la bile. En voici un nouvel exemple, emprunté au service de M. Heurot, à l'Hôtel-Dieu de Reims.

En mai 1875, une femme de quarante-neuf ans, sans antécédents morbides, vit son appétit diminuer et ses forces s'affaiblir. A ces premiers symptômes succédèrent, en septembre et en octobre, des pesanteurs d'estomac, accompagnées de nausées et de vomissements, puis de l'amaigrissement, une douleur vague à l'épigastre et de l'ictère.

La palpation révèle, à l'épigastre, une douleur dure, uniforme, plus marquée à droite qu'à gauche. Langue blanche, anorexie.

Le 14 décembre, la température s'élève, le soir, à 41°,1. La douleur à l'épigastre devient plus marquée.

Un violent frisson éclate tout à coup. T. 41°. Des sueurs abondantes terminent la crise. Les jours suivants, la température descend à 36°,6.

Le 23, nouveau frisson. La température s'élève; la crise se termine comme précédemment.

Le 28, nouvelle crise. T. 41°,4. Subdelirium.

Le 30, la tumeur occupe les deux lobes du foie. On sent une saillie lobulée à la limite de la région épigastrique et de l'hypochondre droit. La ligne mamelonnée du foie est de 22 centimètres.

Dans le courant de janvier, surviennent des vomissements alimentaires et glaireux. Diarrhées, selles involontaires, fétides.

Le 18, coma. Mort.

A l'autopsie, le foie mesure, dans son diamètre transversal, 22 centimètres, et 21 dans son diamètre vertical. Le lobe gauche est hypertrophié. La capsule de Glisson et le péritoine forment, près du ligament suspenseur, une poche de la grosseur d'une noix, contenant un liquide purulent et verdâtre.

La face inférieure du foie, la vésiculaire biliaire, les canaux hépatique, cystique, cholédoque, forment une masse cancéreuse. Les parties voisines sont également envahies par le cancer; la petite courbure de l'estomac, le pylore, adhèrent à la tumeur. La seconde portion du duodénum présente, à sa partie postérieure, une anfractuosité qui conduit dans une poche située au sein de la masse cancéreuse, remplie d'un liquide vert foncé, épais, visqueux. Un diverticulum de cette cavité contient 45 à 50 calculs de cholestérine pure.

Le foie est infiltré par la bile; les conduits biliaires ont pris la forme de chapelets, dont les dilatations renferment du pus et de la bile. Le lobe gauche offre de véritables cavernes remplies de ce même liquide.

L'intestin grêle est diminué de calibre; contenu visqueux, noirâtre. Hypertrophie de la rate. On fait sortir de la cavité péritonéale un litre et demi d'un liquide clair et jaunâtre.

Le diagnostic pouvait être douteux. Était-on en présence d'un abcès ayant pour point de départ des calculs? ou bien avait-on sous les yeux un encéphaloïde? L'intensité de la fièvre ne permettait pas de conclure en faveur de cette dernière hypothèse.

Enfin les frissons n'étaient-ils pas dus à la rétention absolue de la bile dans les vésicules, et les petits calculs encastrés dans le tissu carcinomateux n'étaient-ils pas la conséquence de cette rétention?

Il existe, en effet, des faits analogues, où la rétention de la bile dans les canaux, dans le cancer hépatique, s'est accompagnée comme ici d'une inflammation aiguë des conduits et des signes cliniques de cette dernière, frisson, fièvre, subdelirium.

Dans ce cas, la rétention de la bile était due à l'obstacle apporté à son cours dans les grands canaux par le cancer et par les calculs.

Ailleurs, elle est due à ce que les petits canaux biliaires, situés au pourtour des lobules, sont envahis par le cancer ou remplis d'un exsudat inflammatoire. (*Journal des connaissances médicales.*)

Généralisation de tumeurs sébacées. — On n'avait pas signalé jusqu'à ce jour la généralisation de tumeurs sébacées. En voici un exemple très-intéressant qui s'est présenté à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Richet.

A la suite de l'ablation par les caustiques d'une loupe du cuir chevelu chez une femme âgée de quarante ans, il survint, autour de la région occupée par la portion mortifiée, une série de bourgeons charnus qui offraient, lorsque la malade se présenta dans le service de M. Richet, toute l'apparence de fongosités cancroïdales. La masse fongueuse tomba par l'application d'une large couche de pâte au chlorure de zinc. La malade quitta l'hôpital.

En février 1875 celle-ci aperçut, à la partie supérieure de son cou, à droite, plusieurs grosseurs s'étendant depuis le bord postérieur de la branche du maxillaire inférieur jusqu'au muscle sterno-mastoïdien et s'accompagnant jour et nuit de douleurs ayant parfois le caractère dilacérant. La peau, d'abord intacte, devient chaude, luisante, tendue, douloureuse à la pression. Au milieu, les ganglions gonflés se dessinent sous forme de tumeurs elliptiques, obliquement dirigées en bas et en avant. La fluctuation est obscure.

En présence de cet état, M. Richet crut avoir affaire à une polyadénite parotidienne et pratiqua une incision sur la plus grosse des tumeurs. Il en sortit une matière solide, blanche, sèche, présentant tous les caractères microscopiques de la matière sébacée. L'examen histologique donna les mêmes résultats.

Après l'incision, la tumeur ne cédant pas sous l'influence des cataplasmes émollients, M. Richet fit, le 18 avril, l'opération suivante. Après avoir agrandi l'incision, il enleva avec une spatule la matière sébacée qui remplissait les ganglions parotidiens et les plus antérieurs des ganglions cervicaux. Dans leur cavité évidée il introduisit une large couche de pâte au chlorure de zinc. La malade retourna chez elle.

A la suite de cette opération, un érysipèle se déclara, qui disparut quelques jours plus tard. M. Richet, appelé à domicile, constate l'état suivant : les bords et le fond de la plaie sont occupés par un gros bourgeon, mou, violet, saignant au moindre contact. La tumeur fait des progrès en tous sens. La tuméfaction occupe toute la région sous-maxillaire droite et dépasse la clavicule. La peau se décolle. Les cartilages du pavillon de l'oreille sont détruits à leur point d'im-

plantation, en bas; le 10 mai, la peau du conduit auditif externe, ulcérée, donne issue à de nouvelles fongosités. Gêne de la déglutition considérable.

Le 22 mai, la malade entre à l'hôpital. M. Lannelongue, chargé par intérim du service, confirme le diagnostic de M. Richet.

L'état général empire. La malade quitte l'hôpital le 2 juin, après avoir présenté tous les symptômes de la paralysie faciale du côté malade, due à la destruction du facial dans son trajet parotidien. Elle succomba, le 7 juin, à la diminution graduelle des forces et aux progrès de la gêne de la respiration. L'autopsie n'a pu être faite.

Bien qu'ici l'examen microscopique n'ait pas été fait, on pourrait se demander s'il s'agit d'une variété d'épithéliome, d'une tumeur analogue au cancroïde glandulaire. M. Richet penche vers cette opinion. Quoi qu'il en soit, on ne saurait objecter une erreur de diagnostic de la part du médecin qui le premier a vu le malade, car M. Richet a lui-même observé dès le début deux tumeurs du cuir chevelu, qui toutes deux ont été suivies de récidive dans les ganglions. Dans ces deux cas, les caractères présentés par ces tumeurs étaient ceux des loupes ordinaires. On ne saurait donc, en présence d'une tumeur sébacée du cuir chevelu, se montrer trop réservé au point de vue du pronostic. — (*Union médicale.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 août 1875. — Présidence de M. GALLARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend deux numéros du *Progrès médical.*

COMMUNICATION

M. CAMUSET lit un rapport sur le travail de M. le docteur Dubrisay, intitulé :

Tuberculose généralisée. — Tubercules de la choroïde. — (Voir le numéro du 11 septembre).

M. DUROZIEZ. Je puis compléter aujourd'hui l'observation de kyste hydatique du poumon, dont j'ai entretenu la Société il y a trois mois. Il s'agissait d'un enfant malade depuis quatre ou cinq mois, lorsque les parents me demandèrent mon avis à propos d'une déviation qu'ils remarquaient dans sa taille; la percussion me révéla une matité très-marquée. Je songeai de suite à un épanchement pleural et je proposai la thoracentèse. Les parents prirent alors l'avis d'un chirurgien, qui pensa que l'on pouvait attendre. Nous nous contentâmes donc des vésicatoires, d'ailleurs très-mal supportés par l'enfant, puis au bout d'un mois, ne trouvant aucune amélioration, je demandai que l'on prît un parti. On se décida cette fois, et M. le docteur Potain et moi nous fîmes la thoracentèse. Il s'écoula une très-petite quantité de liquide, ce qui nous fit penser d'abord à un épanchement enkysté et compliqué d'adhérence. Mais la nature du liquide ne nous permit pas d'hésiter : nous avions affaire à un kyste hydatique. Le lendemain, à l'auscultation on percevait un souffle amphorique intense; il est probable que le kyste avait lésé une assez forte bronche, et que, la poche une voie vidée, l'air y entrait comme dans une caverne de tuberculeux. La toux qui avait paru pendant l'opération continua, et les crachats abondants prouvèrent que le kyste continuait à se vider par les bronches. M. le docteur Barthez fut appelé en consultation, et nous trouvâmes à ce moment quelques signes de purulence dans la cavité; malgré ma crainte de voir des lavages produire des accès de suffocation en passant par la communication bronchique, cette opération fut faite, puis répétée sans aucun inconvénient. Malgré cela, l'odeur persistait, ainsi que la matité dans la moitié inférieure. Je pensai dilater l'orifice à l'aide de la laminaria, et le lendemain matin il sortit par là une grosse poche hydatique. Le soir même nous fîmes l'aspiration, et il en résulta l'issue des flots d'hydatides, dont le volume peut être représenté par celui d'un utérus à terme. L'amélioration fut de suite considérable; l'odeur diminua. Le souffle amphorique devint de moins en moins fort. La matité persista en bas. Puis, dans ces derniers jours, le côté sain me donna quelques craintes; j'y avais entendu des râles caverneux qui disparurent. Aujourd'hui l'enfant est parti pour Arcachon dans un état assez bon, digérant bien, et pouvant se lever.

Je dois ajouter que cet enfant eut, pendant le cours de cette maladie, une fièvre scarlatine compliquée d'anasarque et d'albuminurie, ce qui rendait la situation bien grave; heureusement l'albumine a disparu. Quand le petit malade reviendra d'Arcachon je donnerai de nouveaux renseignements à la Société.

M. CAMUSET demande à M. Duroziez pendant combien de temps l'enfant a rendu des hydatides.

M. DUROZIEZ. Huit jours après l'opération d'abord, puis il est probable que par la suite il en a avalé, puisque le kyste se vidait par les bronches. Enfin au bout de deux mois, il sortit des flots d'hydatides au moment de l'aspiration.

M. CAMUSET. Y avait-il voussure?

M. DUROZIEZ. Considérable, et même il s'était formé vers les premières côtes une tumeur de la forme et du volume d'une demi-orange, et qui diminua légèrement sous l'influence des vésicatoires, ce qui explique mon expectation du premier mois.

M. DE SAINT-GERMAIN. Je désirerais entretenir la Société d'un fait qui porte avec lui un enseignement pratique. Il s'agit d'un enfant ayant présenté un sou arrêté dans l'œsophage.

A chaque instant nous voyons des mères apporter des enfants qui sont supposés avoir avalé divers corps tels que sou, noyau, etc., et, dans ce cas, j'ai pour habitude de ne tenter aucune investigation avant d'avoir fait avaler à l'enfant un morceau de pain. Si celui-ci passe, tout est dit.

L'autre jour on m'apporte un petit malade qui avait, dit-on, avalé un sou. Je fais faire mon expérience habituelle; le pain est mastiqué, avalé, mais régurgité. Je pratique alors le cathétérisme, et je suis arrêté dans l'œsophage après un trajet de 11 à 12 centimètres. Mais en ce point, malgré le bout métallique de la sonde, je n'obtiens qu'un contact moelleux et doux, et nullement en rapport avec la nature de l'objet avalé. On parlait autour de moi d'employer le panier de Graefle. On connaît cet instrument, composé d'une longue tige terminée par des sortes de valves qui passent aisément et qui chargent l'obstacle lorsqu'elles le rencontrent au retour. J'employai donc cet instrument, que je poussai jusqu'à l'obstacle; mais, cette fois encore, je n'obtins aucun contact métallique. Comme je sais qu'il ne faut pas forcer en pareil cas, je retirai l'appareil, qui ramena des mucosités légèrement sanguinolentes. Je songeai alors à me servir d'une de ces baleines terminées par une olive d'ivoire et que Trousseau employait dans les cas d'œsophagisme. Je choisis la plus petite olive et je l'introduisis doucement : la partie rétrécie fut franchie, et je sentis que j'étais arrivé dans l'estomac. Il se produisit alors des mouvements de régurgitation, et l'enfant vomit des glaires, du pain et le sou. Il est certain que, dans mes recherches, je butais non pas directement sur le sou, mais sur un véritable rétrécissement produit au-dessus du corps étranger par le gonflement de la muqueuse. Que serait-il donc arrivé si, ayant pénétré au-delà de ce point avec le panier de Graeffe, j'avais essayé de ramener le sou au-dehors? J'aurais pu produire une rupture. Ce n'est donc pas un instrument à préconiser en pareil cas, et je préfère, à l'aide de la titillation de l'œsophage et même de l'estomac, provoquer des mouvements qui feront forcer le rétrécissement à l'obstacle.

J'ai dit qu'il ne fallait pas violenter l'œsophage, et je puis citer à l'appui de ce dire l'observation d'une blanchisseuse chez laquelle l'ingurgitation d'acide sulfurique avait déterminé un rétrécissement œsophagien. M. Maisonneuve pratiqua la section des brides au moyen d'une longue sonde contenant des curseurs tranchants glissant dans des rainures. Les suites de l'opération furent très-simples. Malheureusement on voulut plus tard, après la cicatrisation, dilater à l'aide d'une grosse sonde, et il se produisit immédiatement des symptômes d'une gravité exceptionnelle; la malade mourut dans la soirée, présentant des symptômes analogues à ceux de la péritonite. En résumé, pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage, je pense qu'il faut être très-réservé touchant l'emploi du panier de Graeffe.

M. ANTONIN-MARTIN. Ne serait-il pas possible en pareil cas, et

pour exciter les mouvements, d'employer une olive communiquant avec un des pôles d'une machine électrique et d'agir en appliquant l'autre pôle sur les parois de la poitrine?

M. DUROZIEZ pense qu'il serait plus simple de provoquer les vomissements avec l'ipéca.

M. GILLETTE Je suis parfaitement de l'avis de M. de Saint-Germain, et crois qu'il ne faut se servir de l'instrument de Graeffe que lorsque l'on perçoit un choc métallique, et alors, passant au delà de l'obstacle, il faut ramener vivement l'appareil de façon à faire sauter le corps étranger hors de la cavité buccale. Dans le cas rapporté par M. de Saint-Germain, on aurait certainement déchiré la muqueuse en opérant ainsi. Pour ce qui est de l'œsophagotomie interne, les résultats obtenus semblent prouver que c'est une mauvaise opération. Entre autres faits, je connais un cas dans lequel, à l'Hôtel-Dieu, M. Maisonneuve opéra un homme porteur d'un cancer de ce conduit; il fit l'œsophagotomie interne, puis la dilatation, mais le malade mourut, et l'on constata une perforation du médiastin.

M. GALLARD. L'histoire des rétrécissements de l'œsophage n'est difficile et embrouillée que parce que l'on a rapproché les rétrécissements fibreux et ceux qui sont de cause cancéreuse. M. de Saint-Germain nous a montré les avantages de l'œsophagotomie interne dans les rétrécissements fibreux, mais les inconvénients de la dilatation brusque. Il faut en effet agir lentement et avec persévérance, car ces rétrécissements ont une tendance marquée à reprendre leur coarctation primitive, et il leur faut une dilatation constante pour se maintenir. Encore, ce résultat obtenu, est-on souvent forcé de revenir de temps en temps au cathétérisme, comme cela arrive d'ailleurs pour l'urèthre.

M. MERCIER. C'est précisément ce que j'ai fait remarquer à propos des rétrécissements de l'urèthre.

M. DELASIAUVE. La discussion me remet en mémoire un rétrécissement de l'œsophage, fibreux. Le malade, âgé de soixante-douze ans, était arrivé, depuis près de deux ans, à ce point de difficulté de déglutition qu'il ne pouvait plus se nourrir. Les liquides surtout ne passaient pas. Un moment je l'alimentai avec la sonde œsophagienne; mais, croyant à une cure plus efficace, je provoquai une consultation avec Velpeau. Il conseilla de toucher l'obstacle avec de l'alun, au moyen d'un morceau conique d'éponge préparée, solidement fixé au bout d'une tige de baleine. Les applications, répétées de deux jours l'un, furent très-bien supportées. En moins de quinze jours, je parvins à franchir le rétrécissement et à obtenir le passage des deux espèces d'aliments. Je reculai dès lors les applications alunées d'un jour, de deux jours et d'une semaine. Le traitement dura environ deux mois et demi. Une certaine gêne accompagnait la fonction, elle s'accomplissait. Le malade vécut ainsi, ayant recouvré ses forces, jusqu'à quatre-vingt ans et demi, où, debout à table, après dîner, il s'éteignit sans qu'on s'en aperçût. (*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

268. Robert. Du scorbut dans la dysentérie chronique.

269. Lapeyre. Essai sur la pathogénie de la gangrène du poumon.

270. Ducrocq. Recherches expérimentales sur l'action physiologique de la respiration d'air comprimé.

271. Chopinet. Étude sur l'hydrocèle et son traitement par le procédé de Defer.

272. Pouillet. De la blennorrhagie chez l'homme; essai critique sur ses divers modes de traitement.

273. Bourdet. L'évolution de la médecine.

274. Bourgeois. Études sur les accidents cérébraux du rhumatisme articulaire aigu.

275. Dartiguenave. Corps mobiles articulaires.

276. Japiot. De la luxation métacarpo-phalangienne du pouce en arrière.

277. Paliard. Recherches thérapeutiques sur la cinchonine.

278. Planchud. De la coïncidence des fistules vésico et recto-vaginales.

279. Fiaux. Recherches expérimentales sur le mécanisme de la déglutition.

280. Blanchard. Considérations sur quelques modes de traitement employés contre l'hémoptysie tuberculeuse déclarée.

281. Boissel. Des perforations de la paroi interventriculaire du cœur (traumatiques, congénitales, pathologiques).

282. Baudelocque. Recherches expérimentales sur la chloroformisation par un mélange titré d'air et de chloroforme.

283. Laventure Augé. Considérations sur les écoulements purulents de l'oreille dans le cours de la tuberculose.

284. Rousset. Quelques considérations cliniques sur l'héméralopie essentielle.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — PROGRAMME DU PRIX A DÉCERNER EN 1876. — La Société étant d'avis que les théories récemment proposées tant en France qu'en Allemagne, pour expliquer la formation des œdèmes, sont incomplètes et ne reposent pas sur des expériences assez probantes, met au concours la question suivante : *Exposer la pathogénie de l'œdème.*

Le prix est une médaille d'or de 300 francs, à décerner à la fin de l'année 1876.

Les mémoires, écrits très-lisiblement, en français ou en latin, doivent être adressés, *francs de port*, à M. Douaud, secrétaire général de la Société, allées de Tourny, 10, jusqu'au 31 août 1876, limite de rigueur. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent point concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître; ils doivent désigner leur mémoire par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leur nom, leur adresse ou celle de leur correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 109. — JEUDI 16 SEPTEMBRE 1875. 48e ANNÉE. JEUDI 16 SEPTEMBRE 1875. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une seule question a occupé hier l'Académie et pendant une heure seulement, c'est le débat soulevé entre M. Jules Guérin et M. Giraud-Teulon sur la myopie. On a vu dans le compte rendu de la séance précédente que, sur le rappel que M. Jules Guérin venait de faire du texte de sa communication à l'Académie des sciences en 1841 sur la myopie, M. Giraud-Teulon s'était engagé à discuter et les faits et la doctrine de son collègue. C'est cet engagement qu'il a tenu par l'exposé critique dont nous avons donné un résumé dans le compte rendu de la séance.

Étrange destinée de certains faits en médecine ! Il y a bientôt trente-cinq ans, M. Jules Guérin, alors en pleine évolution de ses recherches sur la rétraction musculaire comme élément étiologique primordial d'un grand nombre de difformités, a l'idée d'appliquer sa théorie à l'étude et à la curation du strabisme et de ses conséquences sur la vision. Il est conduit par cette étude nouvelle à la conception d'une myopie d'origine mécanique ou musculaire, et, passant de la conception à l'application, il obtient du même coup, dans plusieurs cas, à l'aide de la section sous-conjonctivale des muscles rétractés, le redressement du strabisme et les guérisons de la myopie qui en était la conséquence.

M. Giraud-Teulon, à cette époque, n'eut pas trop d'éloges pour l'idée de M. Jules Guérin. Aujourd'hui il la considère comme complétement erronée et absolument inadmissible. Que s'est-il donc passé dans cet intervalle? Un fait considérable, cela est vrai : toute une doctrine nouvelle de l'optique, qui a non-seulement renversé les notions anciennes, mais qui a entraîné avec elle une nomenclature nouvelle dans laquelle les expressions de myopie et de presbytie n'ont plus le sens qu'on leur assignait autrefois. A l'action des muscles extrinsèques du globe oculaire, qui étaient tout autrefois dans la fonction de l'accommodation, a été substituée celle d'un muscle intrinsèque, le muscle ciliaire, qui suffit à tout maintenant.

Cela est très-bien, et rien n'est plus heureux assurément que ce jour nouveau jeté par les recherches récentes de l'école ophthalmologique moderne sur la physiologie de la vision. Mais que deviennent au milieu de tout cela les faits de M. Jules Guérin ? il faut cependant bien leur faire une place, leur donner une signification quelconque. M. Giraud-Teulon pense aujourd'hui que ce n'est pas à une véritable myopie, mais à une amblyopie que M. Jules Guérin a eu affaire dans l'un des cas qu'il a rapportés; il pense aussi que ce n'est pas par un effet direct de la section de l'un des muscles péri-oculaires qu'il a obtenu ce résultat, mais par un effet indirect, par une sorte d'action réflexe sur les véritables agents de l'accommodation. Soit; cela ne change rien en fait au résultat, mais en complique simplement l'explication.

Le fond de la question qui nous paraît subsister est celui-ci : si la doctrine optique nouvelle est en contradiction formelle avec la théorie de la myopie mécanique, par laquelle M. Jules Guérin a cherché à expliquer les faits qu'il a fait connaître en 1841, ainsi que M. Giraud-Teulon l'a expressément avancé dans son savant exposé critique, est-il bien démontré que cette doctrine embrasse assez complétement la totalité des faits pour qu'il n'y ait pas à côté ou au-dessus d'elle une place pour l'ordre de faits que M. Jules Guérin a eu en vue dans sa communication à l'Institut? C'est ce que la suite de cette discussion nous apprendra sans doute.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Ostéo-périostite des malléoles de la jambe gauche, paraissant consécutive à une arthrite.

Je vais vous entretenir d'une femme couchée au n° 31 bis de la salle, chez laquelle vous serez disposés, à la simple inspection, à n'admettre qu'un phlegmon caractérisé par l'empâtement qui précède la suppuration, de la rougeur, de la chaleur et un gonflement modéré. Ce phlegmon, si c'en est un, m'a beaucoup préoccupé, parce que, comme tel, il présentait quelque chose d'anormal.

Tout d'abord, chez un sujet bien portant et jeune comme l'est notre malade, qui n'a que dix-sept ans, le phlegmon ne vient guère d'emblée; ordinairement il est consécutif soit à l'inflammation de vaisseaux, soit à celle des troncs lymphatiques, à la lymphangite ou l'angioleucite, et, sous ce rapport, cette femme n'est certainement pas dans les conditions des gens qui ont des abcès chauds.

Autre chose, chez elle, éveille mon attention. La rougeur est

considérable, la douleur est également très-vive, et cependant le gonflement n'est pas énorme ni l'empâtement en rapport avec l'intensité de la rougeur et de la chaleur.

En outre, elle souffre depuis un certain temps de la jambe gauche. Des douleurs se font également ressentir par tout le corps, mais elle est particulièrement plus vive, notamment dans le membre inférieur. A la pression, au-dessus des parties qui sont le siége de l'inflammation, on constate, en dehors, du côté de la malléole externe, une rougeur et un empâtement analogues et même un gonflement général du dos du pied.

En présence de ces signes, je me demande si ce gonflement, si cette rougeur d'apparence phlegmoneuse, ne seraient pas tout simplement la conséquence d'une ostéo-périostite de la malléole externe et même de la malléole interne, et si ces mêmes symptômes ne seraient pas consécutifs à une arthrite. Dans cette hypothèse, nous aurions alors trois questions à résoudre.

L'arthrite est-elle simplement rhumatismale? aurions-nous affaire tout simplement à un rhumatisme ordinaire localisé dans l'articulation tibio-tarsienne et entraînant la périostite des malléoles? Le fait est possible, quoiqu'il ne soit pas ordinaire. Dans ce cas, la maladie aurait bien moins de chances à se déterminer par la suppuration que les apparences ne l'indiquent au premier abord.

La seconde question que nous avons à nous poser est la suivante : Ne serait-ce pas une arthrite blennorrhagique? Je ne le crois pas, car la maladie n'en a pas les allures franchement articulaires. Les douleurs ne sont pas aussi vives que dans cette dernière affection, quoique cependant la malade ait un écoulement et avoue elle-même avoir contracté la chaude-pisse. Il pourrait donc se faire que nous ayons devant nous une arthrite blennorrhagique, avec ostéite et ostéo-périostite, et, dans ce cas, la maladie aurait de la tendance à se terminer par résolution.

Enfin un point que j'ai cherché à éclairer, et sur lequel je ne suis pas fixé du tout, est celui-ci : est-ce que, par hasard, cette ostéo-périostite avec rougeur de la peau ne serait pas due à une gomme syphilique? J'avoue que ce n'est pas là l'aspect ordinaire de ces sortes de lésions. Ici la gomme serait survenue bien rapidement, et il faudrait admettre que le malade ait subi l'intoxication syphilitique vers l'âge de douze ou quatorze ans, ce qui me paraît peu probable. D'un autre côté, la rougeur est étalée, molle, pâteuse, sans être proéminente, comme cela a lieu dans certaines gommes. Néanmoins, on comprendrait comment, sous l'influence de cette cause générale, serait survenue l'inflammation des malléoles et la propagation de la phlegmasie au dos du pied. Les douleurs que la malade ressent à la pression dans le tibia viendraient s'ajouter à l'appui de cette opinion. Mais il faudrait que la malade eût contracté la syphilis; car, malgré nos recherches, je n'ai pu constater aucun antécédent de cette nature. Pas davantage de psoriasis palmaire ni plantaire, pas de roséole ni d'ecthyma. Cependant, sur l'amygdale droite, j'ai trouvé un signe qui présente quelque chose d'un peu suspect, et que l'on pourrait prendre pour une plaque muqueuse, mais il n'en a pas la coloration grise; c'est une tache d'un blanc laiteux d'un aspect analogue à celui de la pulpe de l'angine pulpeuse, et que je considérerai plus volontiers comme un aphthe. De plus, cette tache est seule et les plaques muqueuses se présentent rarement à l'état isolé.

Quoi qu'il en soit, cette malade est aussi intéressante, parce qu'il n'est pas probable qu'elle ait une inflammation ordinaire, et que chez elle la phlegmasie, en raison de ce que je vous ai dit, doit avoir moins de tendance à suppurer qu'à se terminer par la résolution. Aussi ai-je cru devoir indiquer le traitement dans ce sens, en pratiquant une dérivation sur le canal intestinal et en exerçant la compression des parties malades dès que cette femme sera en état de la supporter.

Perforation syphilitique de la voûte du palais. Nécessité d'y remédier pendant le repas.

Enfin, je voudrais en dernier lieu, vous dire quelques mots d'une femme couchée dans la même salle, dont la santé générale est fortement ébranlée, et qui offre ceci d'intéressant que la faiblesse et la cachexie qu'elle présente, elle les doit d'abord à un empoisonnement syphilitique, puis, d'un autre côté, à une insuffisance d'alimentation, résultant de la perforation du voile et de la voûte du palais. Ces cicatrices, sur la description desquelles je ne m'arrêterai pas, sont caractéristiques et présentent bien tous les signes de la nécrose syphilitique. D'ailleurs de telles lésions, lorsqu'elles existent en dehors de la scrofule, sont le plus ordinairement des manifestations tertiaires de la syphilis.

Cette communication de la bouche avec la cavité nasale présente toujours de fâcheuses conséquences. Outre que les ondes sonores passant en partie par le nez donnent à la voix un accent nasonné, les aliments eux-mêmes pénètrent en grande partie dans les fosses nasales, sont rejetés, et il en résulte, si l'on ne remédie promptement à cet inconvénient, une nutrition incomplète, qui amène la cachexie.

Tel est précisément le cas de notre malade. Depuis plusieurs mois qu'elle se nourrit mal, son intelligence et son énergie se sont affaiblies; elle se décourage et refuse de manger. Elle est épuisée déjà par son empoisonnement syphilitique et ne répare pas la déchéance organique qui est la conséquence de la diathèse par une alimentation suffisante.

Dans ces circonstances, je lui ai donné, pour obvier à ce fâcheux inconvénient, un conseil très-simple : c'est de chercher et d'employer un moyen mécanique qui empêche le passage des aliments d'une cavité dans l'autre, en un mot, d'obturer les trous de la voûte palatine. Je ne parle pas de pratiquer chez elle la palatoplastie; l'influence de la diathèse sous laquelle elle se trouve est encore trop énergique, et les sutures ne prendraient pas. Mais j'ai vu bon nombre de malades qui arrivaient d'eux-mêmes à comprendre cette nécessité de boucher les orifices de communication de la bouche et de la cavité nasale, du moins au moment des repas, soit avec du papier mâché, des boullettes de mie de pain, des tampons de charpie ou de ouate, etc., en un mot, avec tout ce qu'ils voulaient, pourvu qu'ils obtinssent une obturation momentanée. J'ai conseillé à notre malade de suivre ces indications. Elles lui permettront, si elle les met en pratique, de manger alors comme tout le monde et de profiter de l'alimentation solide à laquelle nous allons la soumettre.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. BOULAND.

Ceinture orthopédique destinée aux courbures dorsales principales excessivement flexibles.

Dans certaines circonstances, la flexion qui accompagne toujours la scoliose chez les jeunes sujets est très-prononcée, et constitue un des éléments principaux de la difformité. Ce fait se rencontre surtout dans les cas où le bassin est incliné latéralement par suite d'une inégalité de longueur des extrémités

inférieures. Schlœfer, ancien médecin militaire allemand, dit que dans son pays il a souvent vu réformer pour cette cause. Aussi recommande-t-il, avec raison, d'examiner les membres pelviens chez les scoliotiques (*Deutsche Klinick*, n° 24, 16 juin 1866, p. 223). Il faut cependant reconnaître que cette question de l'inclinaison du bassin dans la scoliose a été singulièrement exagérée; nous nous sommes récemment expliqués à cet égard, M. Bouvier et moi, dans notre article RACHIS (*déviations*) du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. Ier, 3e série, p. 568; j'y renvoie le lecteur. Dans l'observation suivante les membres inférieurs sont d'égale longueur, mais, une paralysie infantile ayant détruit les fessiers et le triceps crural gauches, le genou restait à demi-fléchi dans la station et le bassin se trouvait entraîné de ce côté.

X..., âgé de dix-sept ans, constitution très-délicate, est fils d'un des médecins de la marine militaire. Il a été atteint de paralysie dans sa première enfance, et depuis il s'est développé une scoliose dorsale gauche excessivement souple, qui a déterminé une déformation considérable du thorax et une gibbosité antérieure un peu moins prononcée que celle du dos; la saillie de cette dernière est en effet de 27 centimètres et celle de la première de 12 centimètres; la flèche de la courbure dorsale a 10 centimètres. La marche n'est possible qu'à l'aide d'une béquille placée sous l'épaule gauche, ce qui a le grave inconvénient de rejeter le haut du corps sur la hanche droite, et d'augmenter la flexion rachidienne.

La paralysie a été combattue pendant plusieurs années par la faradisation. Contre la scoliose on n'a employé que la gymnastique, dont on a continué l'usage quotidien jusque dans ces derniers temps. Le père, convaincu de l'impuissance de l'art contre la déviation de son fils, l'a amené à Paris pour chercher un appareil qui lui permît de supprimer sa béquille. M. Péan, qu'il a consulté à cet égard, me l'a adressé dans le courant du mois d'octobre dernier.

Je conseillai d'appliquer l'appareil à force élastique de Mathieu pour la paralysie des muscles extenseurs de la jambe, en remplaçant les ressorts métalliques en spirale par une forte pièce de tissu de caoutchouc tendue en avant du genou, comme ce fabricant le fait pour les fractures non consolidées de la rotule. Mais mon attention fut surtout attirée par la déviation du rachis. Après avoir examiné le sujet debout (fig. 1) et dans la position horizontale (fig. 2), je fis comprendre au père que la difformité de son fils constituait un état grave, parce qu'elle progresserait fatalement si on n'y opposait aucun obstacle sérieux. La comparaison des deux moules (fig. 1 et 2) permet en effet d'apprécier le degré énorme de l'inclinaison, et l'on sait que, dans la marche progressive de la scoliose,

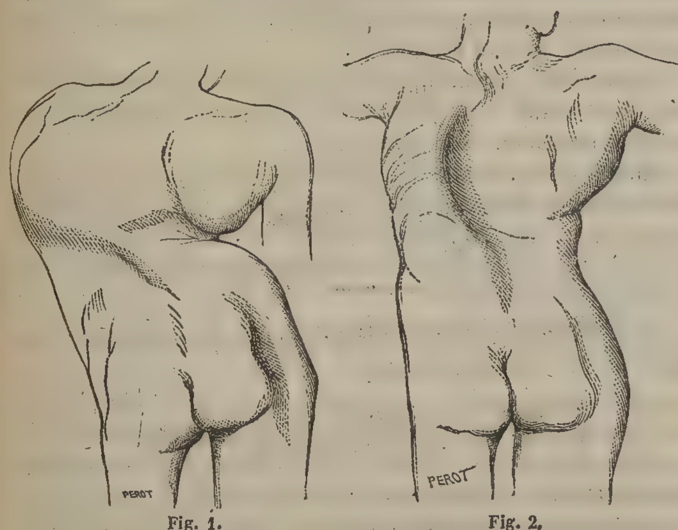


Fig. 1. Fig. 2.

la flexion est le prélude de la déformation qui ne fait qu'établir d'une manière définitive les inclinaisons temporaires de la flexion. Chez notre sujet, lorsqu'on la supprime par le décubitus (fig. 2), la flèche de la courbure rachidienne diminue de moitié, et la saillie de la gibbosité postérieure s'efface dans la même proportion; elle tombe de 17 centimètres à 8 centimètres. L'influence de ce redressement sur la forme du thorax est tout aussi appréciable; le diamètre transverse augmente à mesure que les côtes, pressées les unes contre les autres à la concavité, s'écartent et tendent à reprendre leur courbe normale d'enroulement. Les poumons retrouvent alors une liberté d'ampliation qui favorise l'hématose.

De cet examen ressortait donc cette indication, qu'il fallait s'efforcer de conserver pendant la station verticale le redressement obtenu par le décubitus; ce résultat devant très-probablement suffire pour arrêter les progrès de la déformation et pour empêcher les conséquences graves qu'elle entraîne fatalement du côté des voies respiratoires, de la circulation et de la digestion.

Mais ici se présentait une difficulté. A quel appareil s'adresser? Tous ceux dont on fait ordinairement usage soutiennent le tronc en pressant latéralement sur les côtes, et, en soulevant les épaules à l'aide de crosses axillaires qui exercent une traction d'autant plus considérable que les systèmes ligamenteux et musculaires du rachis sont plus faibles. Ici la souplesse articulaire était excessive, et, quant aux muscles sacro-spinaux de la convexité, on sait que leur action, toujours nulle dans les courbures arrivées à ce degré, devient même quelquefois aggravante (*article cité*, page 571). Il est d'ailleurs probable que ces muscles sont frappés d'un certain degré de paralysie, car je n'ai pu déterminer aucune contraction électro-musculaire appréciable, ni par la faradisation, ni par le courant voltaïque interrompu. Je n'ai pas essayé l'électroponcture. D'un autre côté toute pression latérale était impossible : le thorax ne présente en effet que deux points d'appui résistants, l'un situé au niveau de la crête de la gibbosité postero-gauche, et l'autre sur l'angle des trois ou quatre premières côtes droites dont la convexité est sensiblement exagérée en arrière. En pressant de bas en haut sur ces dernières avec la main droite, tandis que la main gauche appliquée sur la saillie postero-gauche offrait une résistance proportionnée, on pouvait diminuer considérablement l'inclinaison de la colonne, placer les épaules au même niveau, élever la stature et raccourcir la flèche de l'arc dorsal. On ramenait ainsi le buste à ce qu'il est pendant le décubitus (fig. 2). L'appareil orthopédique devait donc agir de la même manière que les mains et dans les mêmes points.

En me fondant sur ces considérations, j'ai fait construire chez M. Mathieu la ceinture représentée figure 3, que le sujet porte depuis plus de trois mois, et qui satisfait à toutes les exi-

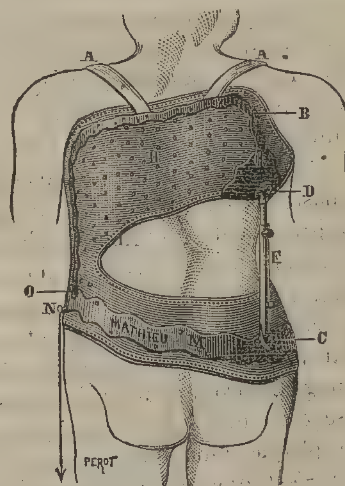


Fig. 3.

gences. Cet appareil, en cuir moulé d'un seul morceau, est garni de deux lames d'acier Bo, M, et porte une crémaillère F; il couvre le tiers supérieur du dos, la face latérale gauche du tronc, et forme en bas une large ceinture qui embrasse le bassin et le bas-ventre. Il n'a ni plaques thoraciques, ni béquillons, ni crosses; il laisse la poitrine libre de toute contrainte ; les épaules sont dégagées ; deux petites bandes de cuir très-

souple qui les contournent A, A, suffisent pour le maintenir appliqué contre le corps.

Des deux lames d'acier, l'une M a deux centimètres de largeur sur trois millimètres d'épaisseur ; elle entoure le bassin, et conserve au cuir la forme que le moulage lui a donnée. L'autre Bo, large de douze millimètres sur deux d'épaisseur, est fixée en O sur la lame pelvienne ; elle s'élève verticalement jusqu'au-dessus de la gibbosité postéro-gauche, suit les contours du cuir et se termine à une plaque de tête D disposée de manière à contenir sans gêne l'angle inférieur de l'omoplate droite lorsque le bras est abaissé (fig. 1). L'extrémité supérieure de la crémaillère F y est fixée en D, et l'extrémité inférieure est solidement attachée en C sur la lame pelvienne.

Il est facile de comprendre que l'appareil ainsi disposé agit sur le haut du tronc par l'arc métallique Bo et par la crémaillère F, à la manière d'un levier du deuxième genre dont la puissance serait appliquée en D, la résistance en H et le point d'appui en O.

La figure 3 montre exactement l'effet produit par l'appareil. On voit que l'action des mains se trouve remplacée mécaniquement, et que le redressement opéré par le décubitus horizontal est suffisamment maintenu pendant la station verticale. Le cuir ne pénètre pas dans le creux axillaire droit, comme l'indique la figure 3 ; il s'arrête à son bord postérieur ; ensuite c'est non à droite, mais à gauche, que la fesse et la cuisse sont atrophiées.

Le montant externe de l'appareil de la jambe est fixée en N sur la lame de la ceinture pelvienne, et, comme en bas il est pris dans la chaussure, il en résulte que le point d'appui O se trouve en réalité reporté sur le sol. Grâce à ses deux appareils, X... est très-notablement redressé et marche facilement sans appui. Je l'ai cependant engagé à faire usage d'une canne, afin de prévenir les chutes.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action d'un arséniate de fer naturel dans la chlorose et la dyspepsie.

Lorsque nous attirions l'attention du corps médical sur les dragées Dominique de Vals, nous espérions voir nos confrères expérimenter cette nouvelle forme de médicament. Il était, en effet, fort intéressant de savoir exactement ce qu'on pouvait obtenir d'un arséniate de fer et de soude naturel. A côté des vues théoriques, il fallait la sanction expérimentale. Nos confrères ont entendu l'appel qui leur a été fait et nous publierons les observations qu'ils nous adresseront jusqu'à ce que l'enquête ait éclairé ce point de pratique.

M. le docteur Godefroy nous signale d'abord les résultats obtenus dans un cas de chlorose ancienne.

« *Chlorose.* — Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, lymphatique au suprême degré, atteinte de flueurs blanches qui allaient toujours en augmentant. Elle était pâle, amaigrie, décolorée; chairs molles. A ce cortége, était venu bientôt se joindre de la gastralgie, des vomissements, des maux de tête et des douleurs erratiques dans les membres. Elle toussait beaucoup la nuit. J'avais essayé, après plusieurs confrères, l'usage de diverses préparations ferrugineuses. Je n'avais obtenu aucune amélioration, lorsque, le 20 juillet dernier, je lui conseillai les dragées de la Dominique, à la dose de deux par jour, une à chaque repas.

Peu après — vers la fin de juillet — elle avait repris un peu de force. Elle mangeait mieux et digérait. Les flueurs blanches avaient presque disparu; elle ne se plaignait plus de ses douleurs et toussait très-peu.

Le 10 août, j'ai constaté une amélioration marquée, et hier (17 août) elle m'a paru aussi bien que possible. Je lui ai conseillé de continuer l'usage des dragées de la Dominique pendant au moins quelques mois.

Quand la malade a pris les dragées, j'avais interdit tout autre traitement. Je voulais voir l'action de l'arséniate de fer naturel des dragées de la Dominique. Toutefois je faisais donner à la malade un régime alimentaire confortable. »

Pharyngite granuleuse. — M. le docteur Cayral pense avoir obtenu une amélioration plus rapide dans un cas de pharyngite granuleuse, en donnant les dragées de la Dominique qu'en se servant de ses traitements antérieurs.

Il s'agit d'une dame âgée de trente ans, atteinte depuis quelques années d'une pharyngite granuleuse. Appelé pour une rechute, notre confrère pensa que les dragées de la Dominique étaient indiquées. Elles avaient, de plus, l'avantage de se présenter sous une forme agréable à une personne fatiguée de prendre des médicaments dont on masque difficilement la saveur.

Dyspepsie. — M. le docteur Cayral signale aussi les bénéfices qu'il a tirés de l'emploi des dragées de la Dominique dans le cas suivant.

La malade, âgée de vingt-six ans, avait éprouvé, il y a un an, des hémorrhagies si abondantes qu'elle en était profondément débilitée. Au commencement d'une nouvelle grossesse, elle se trouva en proie à une dyspepsie grave (manque d'appétit, nausées, vomissements muqueux, salivation incessante, etc.). La conception remontait à un mois. Les mêmes accidents, moins forts cependant, s'étaient manifestés à la première grossesse. Attribuant l'intensité des phénomènes sympathiques à l'appauvrissement du sang, j'ordonnai les dragées de la Dominique. L'amélioration fut rapide. La salivation disparut à la cinquième dragée, et les autres symptômes s'amendèrent successivement.

De son côté, le docteur Faivre a essayé les dragées de la Dominique dans deux cas où un état dyspeptique, aggravé de vomissements journaliers non alimentaires, existait (sans lésions organiques), accompagnant une diminution notable des globules rouges du sang ; à la dose de quatre par jour, deux immédiatement avant chaque repas, elles ont fait cesser les vomissements et ramené les digestions faciles. Les forces tendent à revenir et le teint à se colorer.

A eux seuls, ces deux faits ne constituent pas une base suffisamment solide pour édifier une médication nouvelle. Il y a lieu de continuer l'expérimentation.

Mais relevons, dans la communication de notre confrère, cette déclaration intéressante pour le praticien : « Les dragées de la Dominique, irréprochables comme forme et comme aspect, ont une saveur légèrement styptique, que le goût du sucre masque rapidement. »

Nous terminerons cette petite revue en mentionnant l'opinion de M. le docteur Driot :

« Le goût agréable des dragées de la Dominique permet aux malades de les croquer comme dragées ordinaires ; fait qui, dans certains cas, facilite leur administration d'une manière remarquable. — Elles n'ont jamais déterminé la constipation, conséquence ordinaire de l'usage des ferrugineux. — Enfin, et c'est le point capital, l'association de l'acide arsénieux m'a paru activer l'effet corroborant du fer. Il se peut que la constitution des globules rouges ait été activée, car l'arsenic est, comme on le sait, un agent combattant la désassimilation. De

plus, son association m'a permis de donner le fer dans certaines hypertrophies du cœur, où l'usage seul du fer est peut-être dangereux. »

L'action des dragées de la Dominique sur la chlorose et la dyspepsie semble certainement hors de doute, et nous aurions à signaler un grand nombre de praticiens, qui ont reconnu leur action favorable. Mais quelle est l'action thérapeutique de ce médicament dans les manifestations de la scrofule, soit sur la peau, soit sur la muqueuse pulmonaire? Là est un point que nous signalons aux praticiens comme très-dignes de leur attention.

Les heureux résultats obtenus chaque jour dans ces maladies par l'emploi des eaux de la source Dominique de Vals, semblent *à priori* promettre aux dragées de la Dominique — qui ne sont autre chose que la boue même de cette source — enveloppée de sucre — un succès assuré dans les cas de scrofule ou de maladies de peau. Mais c'est à l'expérimentation de prononcer.

DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

CONSIDÉRÉS AU POINT DE VUE DE LA MARCHE ET DU TRAITEMENT (1)

Par M. le docteur DUCLAUX.

L'auteur de cet intéressant travail donne la préférence à la méthode des ponctions capillaires. Cette méthode, grâce aux modifications que lui a fait subir M. Dieulafoy, offre une grande sécurité au praticien et doit dorénavant être comptée au nombre des meilleures.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 septembre 1875. — Présidence de M. CHATIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu d'une épidémie de dysentérie qui a régné, en 1874, dans l'arrondissement de Guingamp (comm. des épidémies).

2° Un rapport sur le service médical à l'hôpital thermal militaire d'Hamman mes Koutin pour l'année 1875.

3° Un rapport de M. le docteur Jaubert, médecin inspecteur des eaux thermales de Gréoult pour l'année 1873 (comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend un rapport sur une endémo-épidémie observée dans le bourg et la commune de Cossé-le-Vivien (Mayenne) par M. le docteur Ém. Mahier. (comm. des épidémies).

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente, au nom de M. Bérenger-Féraud, une brochure intitulée : *Études anthropologiques.*

M. HENRI ROGER présente, de la part de M. Husson fils, la deuxième édition d'un ouvrage de M. Armand Husson sur les consommations de la ville de Paris.

La parole est à M. Giraud-Teulon pour la suite de la discussion sur la myopie.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA MYOPIE

M. GIRAUD-TEULON. M. Guérin, à l'appui de ses opinions sur l'origine et le mécanisme de la myopie, a lu deux observations que j'ai demandé à étudier avant d'en entreprendre la discussion.

Pénétré de l'importance des acquisitions de la science nouvelle sur cet important sujet, il m'était interdit de fermer les yeux sur l'objet de l'intervention de M. Jules Guérin dans cette question, à savoir : la négation de la physiologie oculaire moderne. L'esprit qui a présidé à son argumentation dans la séance du 31 août se retrouve dans les conclusions du mémoire présenté dans la dernière séance. (Voir les conclusions 6 et 7.)

La connaissance de la fausseté desdites conclusions était nécessaire pour l'intelligence exacte de ces observations.

Les deux propositions fondamentales énoncées dans ces conclusions sont effectivement le contraire absolu de la vérité objectivement démontrée.

Ainsi il est aujourd'hui directement établi :

1° Que les muscles droits, par leur contraction, pas plus que les muscles obliques, n'ont aucune action directe sur le mécanisme de l'adaptation de l'œil aux différentes distances;

2° Que cette même adaptation est réalisée par la seule et unique modification de la courbure des surfaces du cristallin, qui ne change point de place ni de distance relative, soit à la cornée, soit à la rétine, pendant cette modification de forme.

Ces deux lois, le contraire mot pour mot de la théorie de M. Guérin, sont expressément établies, acquises comme une des conquêtes scientifiques de notre époque.

M. Giraud-Teulon s'attache à démontrer d'abord cette première proposition : que les muscles droits ne prennent aucune part directe et mécanique dans l'acte de l'accommodation.

Par contre, ajoute-t-il, on observe tous les jours que l'instillation d'une forte solution d'atropine, qui laisse parfaitement intacte l'action des muscles moteurs de l'œil, paralyse complétement le pouvoir accommodatif.

D'autre part, on voit journellement encore l'effet inverse se produire sous l'influence de la fève de Calabar.

M. Giraud-Teulon démontre ensuite directement que cette adaptation, contrairement à l'énoncé de la dernière proposition de M. Jules Guérin, a lieu par une modification survenue dans le degré de courbure de la lentille et n'a lieu que par elle.

On peut donc rayer absolument du tableau de la science actuelle les deux propositions de M. Jules Guérin. Le terrain ainsi débarrassé, nous pouvons aborder l'examen des observations qui nous ont été soumises.

Ici M. Giraud-Teulon examine les deux observations en question, puis il continue ainsi :

Mais nous pouvons opposer aux conjectures de notre confrère autre chose que des conjectures. M. Knapp, professeur à Heidelberg, au lieu de s'arrêter à la conception du mécanisme, a cherché si les faits y répondaient.

Sur vingt-neuf cas de strabisme, il a mesuré les rayons de courbure du méridien vertical et du méridien horizontal. Sur ces vingt-neuf cas, voici ce qu'il a constaté :

1° Contrairement à ce que pouvait faire prévoir l'induction, il n'a rencontré que deux fois le rayon horizontal de la cornée, plus petit que le vertical;

2° Dans les cinq sixièmes de ces cas, l'œil dévié présentait la même forme que l'autre;

3° Dans le dernier sixième seulement, l'œil dévié présentait une asymétrie pathologique.

La ténotomie n'a amené que deux fois une modification dans la courbure de la cornée.

Ainsi donc, si M. Jules Guérin persiste à vouloir substituer aux lois de la physiologie de la vision, qui font par leur précision l'honneur de notre époque, le mécanisme qu'il proposait en 1841, il faut qu'il collige de nouveaux faits, qu'il apporte des mesures précises. Ceux que nous venons de discuter viennent d'échouer, faute de démonstration.

Sous l'apparence de vaines discussions théoriques, dit en terminant M. Giraud-Teulon, se trouvent ici débattus d'immenses intérêts.

Je ne parlerai pas de la nécessité où m'a mis M. Guérin de défendre, quinze ans après leur promulgation, les lois organiques de la réfraction physiologique, les bases mêmes de la constitution actuelle de l'ophthalmologie; ces lois n'avaient pas besoin de défenseur, mais un de leurs corollaires pouvait être ébranlé dans ce conflit, et les

(1) In-8°. — Paris, A. Parent.

effets de cet ébranlement eussent été des plus graves. Le point de doctrine attaqué par M. Guérin a été la proposition moderne qui présente la myopie, dans son expression générale, comme une maladie acquise résultant presque exclusivement du travail rapproché. Je ne pouvais laisser mettre en doute une loi aussi incontestable, aussi indispensable à tout médecin.

On croit trop universellement que la myopie est une simple condition de la réfraction oculaire, et que cette condition est plutôt favorable que contraire. Le tableau que j'ai présenté a dû édifier l'Académie sur la valeur de ce préjugé.

Or, la myopie étant démontrée une maladie acquise, des plus sérieuses, pouvant être prévenue par des mesures prophylactiques, importe-t-il ou non que son mécanisme soit scientifiquement établi?

M. JULES GUÉRIN ne demandera pas, comme M. Giraud-Teulon, une semaine pour préparer sa réponse. Il se contentera de rappeler l'orateur à la question.

M. Giraud-Teulon, dit-il, s'appuie sur la nouvelle théorie de l'accommodement pour combattre les faits que j'ai allégués. Or ces faits sont pertinents, incontestables, et ils se trouvent en parfaite contradiction avec la formule de la théorie de Donders, qui est la suivante : « Les divers troubles de l'accommodation (myopie, hypermétropie) sont dus à des anomalies de la réfraction. »

Il n'y a dans cette formule qu'un mot à changer pour que nous soyons parfaitement d'accord : au lieu du mot *réfraction*, mettons celui de *rétraction* musculaire, et la théorie de Donders sera alors conforme à la vérité.

Il résulte de tout ceci que Donders a pris l'effet pour la cause. J'ai posé ce principe, que le strabisme n'était, comme le pied-bot et la plupart des déformations, que le résultat de la rétraction musculaire. Or le strabisme entraîne avec lui divers troubles optiques ; ce sont ces troubles que Donders a parfaitement étudiés. Mais, si l'on remédie au strabisme par la strabotomie, on remédie par cela même à ces troubles oculaires. Cela prouve bien qu'ils ne sont que la conséquence du strabisme.

M. GIRAUD-TEULON dit que la théorie de Donders est aujourd'hui prouvée par des milliers de faits, tandis que celle que défend M. Jules Guérin depuis trente ans attend encore sa démonstration.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 août 1875 (1). — Présidence de M. GALLARD.

LECTURE

M. ANTONIN MARTIN présente à la société un épi de blé trouvé dans un abcès de la région costale, et lit à l'appui l'observation suivante :

Le 16 juillet dernier, la femme G... apporta à ma consultation son enfant, âgé de onze mois, pour un abcès siégeant au niveau de la partie postérieure de la dixième côte du côté droit. Cette femme me raconta que son enfant avait depuis trois mois été un peu souffrant; il avait eu de la bronchite, une diminution de l'appétit, avec un peu de ballonnement du ventre. L'abcès s'était montré le 15 juin (un mois avant que l'enfant m'eût été présenté); la mère l'avait porté, le lendemain 16 juin, à la consultation de Sainte-Eugénie. On pensa à un abcès froid, et l'on prescrivit des cataplasmes et un peu de sirop d'iodure de fer. L'abcès avait un peu augmenté, puis était resté stationnaire. Il était allongé transversalement; la peau amincie, bleuâtre, les dimensions de l'abcès étaient de 8 centimètres transversalement sur 1 centimètre et demi de hauteur.

Je portai le même diagnostic qu'à Sainte-Eugénie. Je fis à la partie postérieure de l'abcès une petite incision sur le point le plus aminci et le plus déclive; il en sortit une demi-cuillerée de pus mal lié, sanguinolent.

(1) Fin. — Voir le numéro du 14 septembre.

Prescription : sirop d'iodure de fer, cataplasmes, bains salés.

Huit jours plus tard, le 24 juillet, la mère effrayée me rapporte son enfant; l'abcès s'est ouvert à sa partie antérieure; on voit saillir quelque chose de brun, pointu, que la mère croit être un fragment de côte (on lui a parlé de carie costale); j'extrais le corps, et, à ma grande surprise, je retire l'épi que j'ai l'honneur de présenter à la Société. La mère se rappelle alors que l'enfant jouait sur sa paillasse avec la paille et les épis.

M. DELASIAUVE. Puisque l'ordre du jour est épuisé, la Société me permettra de lui communiquer plusieurs faits récents dont le hasard m'a rendu témoin. 1° Il y a environ deux mois, allant visiter une institutrice, je la trouvai le visage embéguiné et fort inquiète. Toutes les parties, depuis le front jusqu'au-dessous du cou et derrière l'oreille droite, étaient le siége d'un gonflement pâle et renitent; elle ne pouvait ouvrir les paupières. Aucune rougeur, du reste, de la conjonctive oculaire. Ce mal s'était déclaré quatre jours auparavant, sans cause connue. Le médecin, outre des lotions de guimauve, l'avait purgée deux fois. La tuméfaction n'offrait aucune ressemblance avec celle que l'on observe dans les affections ordinaires. Soupçonnant quelque contact irritant, j'attirai l'attention de la malade sur ses actes des jours précédents. Elle se ressouvint que, la veille ou l'avant-veille, elle avait conduit quelques élèves au jardin botanique, et que là, sans précaution, elle avait pris dans ses mains, pour les leur montrer, une foule de plantes dont quelques-unes vénéneuses. On sait ce qui arrive à la suite des frictions d'huile de croton tiglium, si l'on n'a soin de recouvrir exactement la surface onctionnée. Le patient y porte involontairement les mains et contamine d'autres points dont la rougeur diffuse étonne au moins un moment. Évidemment le gonflement ici avait une origine analogue. Je rassurai la malade, qui, en effet, était délivrée la semaine suivante.

De pareils exemples ne sont pas rares.

2° Le cocher d'un de mes amis vint me consulter pour une éruption presque générale ayant l'aspect d'un psoriasis. La teinte cuivreuse semblait indiquer quelque chose de chronique et de suspect. Le mal ne s'était produit que depuis trois à quatre jours. Le garçon était robuste et exempt d'antécédents syphilitiques. Interrogé avec soin, il m'avoua que tout récemment il avait fait un grand nettoyage des meubles avec du vernis. Est-ce à l'essence de thérébentine que sont dus de tels accidents ? Le cas est commun. Le traitement fut simple : quelques bains, du chiendent miellé nitré, en quelques jours firent justice de cette éruption si grave en apparence.

3° Moi-même, au début de ma carrière médicale, dans une bourgade de province, je payai mon tribut à une impardonnable imprévoyance. Tout à coup je vis apparaître autour de la plupart des articulations une éruption érythémateuse non moins agaçante que singulière. C'était une démangeaison et un sentiment de brûlure se manifestant sur un point. Le gonflement et la rougeur s'y montraient en même temps. L'un et l'autre s'affaissaient pour apparaître ailleurs. Tour à tour chaque articulation était ainsi prise. Mon supplice était continuel. Il dura cinq à six jours. Je l'avais oublié, lorsqu'environ un mois après il se renouvela plus intense et plus durable, malgré les bains réitérés. Cette fois, je m'alarmai. Scrutant l'origine, je songeai que j'avais, quelques jours auparavant, malaxé, dans le creux de ma main, environ 20 grammes de pommade de sulfure rouge de mercure que je devais porter à un malade de la campagne. J'avais éprouvé pendant l'opération un fourmillement significatif. Il y avait eu absorption. Précisément la coïncidence avait été la même entre la préparation et l'éruption précédentes. La relation n'était donc point douteuse; je fus tourmenté horriblement pendant une quinzaine; mais, *causa evitata*, le mal ne revint plus.

Ces faits, à mon sens, comportent un grand enseignement pratique. Beaucoup de maladies peuvent être dominées par des causes cachées qui les font renaître ou qui les entretiennent.

3° Il me souvient d'avoir eu à soigner une femme de trente ans, d'un tempérament sanguin-nerveux et très-vigoureuse. Elle semblait atteinte d'une de ces fièvres qu'on appelait, du temps de Pinel, fièvre gastrique. Le soulagement attendu ne se prononçait pas. La chambre où elle reposait était vaste et bien aérée. Cependant, chaque fois que j'y entrais, j'étais offusqué par une odeur analogue à celle qui émane d'un lieu obscur et concentré. Ne serait-elle pour rien dans

la prolongation des accidents? La pièce sortait d'être repeinte et lambrissée. Je fis transférer la malade dans une autre chambre. Fièvre et malaise avaient cédé dès le lendemain.

Que de surprises heureuses les vers ne nous ménagent-ils pas? En 1832, je soignais un jeune garçon de sept ans pour une pleuro-pneumonie du côté gauche. Grâce à deux petites saignées et à deux applications de sangsues, il en était complétement délivré le huitième jour. Il prenait des bouillons et de légers potages. Je n'osais lui donner des aliments solides, car il conservait une fréquence du pouls que je ne m'expliquais pas. Un matin je le trouvai avec une fièvre assez intense et une douleur au côté fort aiguë. Plèvres et poumon étaient tout à fait libres. La douleur, d'ailleurs, au lieu d'occuper le mamelon, avait son maximum d'intensité dans le flanc, au-dessous des fausses côtes. Le malade, chétif, était épuisé par les émissions sanguines et la diète. J'eus recours à un large vésicatoire fortement camphré pour prévenir l'irritation du col vésical. Est-ce à l'action du camphre que serait dû le résultat? L'enfant vomit huit vers enchevêtrés, et fut guéri à l'instant même.

6° Un bambin de trois ans présentait tous les signes d'une méningite intense. Tête brûlante, céphalalgie profonde, prostration, vomissements. Au début, sangsues, glace, laxatifs, n'empêchaient pas la marche des accidents; danger imminent. Calomel à l'intérieur; vésicatoires, aux oreilles d'abord et aux mollets ensuite. Dans une nuit dix à douze lombrics furent expulsés. Guérison immédiate.

6° Autre cas, plus étrange, s'il est possible. Un page de seize ans, dans une ferme tombe malade. C'était un garçon robuste. En une huitaine, les accidents prennent de graves proportions. On le transporte à quatre lieues de là, chez ses parents. Mandé le lendemain, je constate l'état suivant : accablement profond; somnolence; haleine fétide; langue et gencives sèches, fuligineuses; peau brûlante; pouls fréquent, plein, un peu onduleux; ventre tendu, ballonné, douloureux uniformément. Avait-il eu des épistaxis? Aucun renseignement possible. Avions-nous affaire à une entérite, à une fièvre typhoïde? J'oscillais entre ces deux diagnostics, d'autant plus que le pouls n'était point dicrote, que le cachet de stupeur manquait, que le gargouillement n'était pas limité à la fosse iliaque droite et qu'il n'y avait pas de taches lenticulaires.

Je fis une petite saignée et prescrivis une applicatiation de sangsues sur le ventre. Le lendemain, j'arrive anxieux : qu'aperçois-je? Mon malade sur pied, ayant rendu un flot de vers, qu'on me montre dans une casserole de terre et qu'on estime à plus de cent cinquante.

7° Un an plus tard, je soignais pour une double pneumonie un paysan de cinquante ans, d'une constitution frêle. Quatre saignées successives et deux vésicatoires volants n'ayant pas réussi à enrayer les accidents, j'eus recours à l'émétique à haute dose, selon la méthode rasorienne.

Il y eut, au lieu de la tolérance, une superpurgation énorme. Pendant une nuit, vomissements et déjections avaient été incessants, entraînant avec eux l'issue de soixante gros et longs vers bien comptés. Le malade, émacié, avait l'air d'un spectre. Mais les poumons étaient libres et la fièvre nulle. La convalescence fut rapide.

Dans ces divers exemples, la cause, tangible aurait pu être devinée et découverte. Mais ne peut-elle être intime obscure, inaccessible à nos moyens d'investigation? Nos devanciers le soupçonnaient. En présence d'un groupe symptomatique, ils ne s'arrêtaient pas exclusivement au désordre du fonctionnement ou à la lésion des organes. Un principe latent pouvait, suivant eux, présider à ces manifestations morbides. C'est ce qu'ils considéraient comme le génie de la maladie, et qui thérapeutiquement se traduisait par cet axiome : *Naturam morborum ostendunt curationes*. Nos connaissances positives se sont agrandies; mais n'abandonne-t-on pas trop bénévolement à notre époque les anciens errements? Beaucoup en sont convaincus.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : Dr GILLEBERT-DHERCOURT FILS.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

285. Ulmo y Truffin. Considérations sur les ongles, séméiotique et médecine légale.

286. Daudré. Contribution à l'étude de l'urémie intestinale.

287. Lebesgue. Considérations sur les climats froids, leurs influences et leur pathologie.

288. Beauregard. Séméiotique des dactylolyses.

289. Exchaquet. D'un phénomène stéthoscopique propre à certaines formes d'hypertrophie simple du cœur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Recherches d'anatomie pathologique oculaire sur un cas de choroïdite purulente, avec décollement de la rétine, par le docteur Fr. PONCET (de Cluny), agrégé du Val-de-Grâce. — Mémoire couronné par la Société de médecine du Nord. — In-8° de 36 pages avec 6 planches lithographiées. — Paris, 1875, G. Masson.

De la glycosurie ou Diabète sucré, son traitement hygiénique, avec notes et documents sur la nature et le traitement de la goutte, la gravelle urique, l'oligurie, le diabète insipide avec excès d'urée, l'hippurie, la pimeliorhée, etc., par A. BOUCHARDAT, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris. — 1 fort volume grand in-8°. Prix : 15 francs. — Germer-Baillière.

Die mineralwasser des Kaukasus. — Eine balneologische studie von Hofrath, docteur Carl Lange (mit 1 geographischen karte und analytisghen tabellen). — In-8° de 101 pages. — Riga, 1875, in commission bei N. Kymmel.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Pansement ouaté facilitant la réunion immédiate.

M. Alphonse Guérin, dans l'exposé qu'il a fait à l'Académie de médecine des conditions principales du pansement ouaté, a indiqué incidemment une modification qu'il a introduite tout récemment dans ce mode de pansement et sur laquelle nous nous sommes promis de revenir. C'est ici le lieu et le moment de tenir cette promesse.

N'ayant recherché dans le principe que la réunion par seconde intention, et ayant obtenu des résultats satisfaisants, M. Alphonse Guérin ne crut pas tout d'abord devoir chercher mieux. Il était confirmé dans cette pensée par une tentative de réunion immédiate malheureuse faite par un de ses collègues. Dans ce cas il s'était produit une mortification d'une partie des lambeaux, ce dont on crut devoir accuser le procédé. Cependant, ayant bien mesuré les forces qui peuvent être employées sans danger pour le malade, et convaincu par son expérience qu'il ne pouvait y avoir mortification qu'à la condition que la quantité de coton employée serait insuffisante, M. Guérin se décida à tenter la réunion immédiate, et, depuis qu'il l'a tentée, il se croit en droit d'affirmer que la réunion par première intention doit être désormais la règle après les grandes amputations.

On peut voir encore dans son service à l'Hôtel-Dieu une malade à qui il a pratiqué l'amputation de l'avant-bras. L'opération fut faite le 30 juin. Après avoir lavé la plaie avec de l'eau-de-vie camphrée, il réunit les extrémités des lambeaux par des points de suture séparés; puis, les deux lambeaux étant exactement maintenus, appliqués l'un contre l'autre, on procéda à l'application ordinaire du pansement.

Pour éviter que la compression porte au niveau de la section de l'os plus que sur les autres points, M. Guérin a le soin d'appliquer d'abord deux morceaux de ouate sur les lambeaux; puis, ces plaques étant convenablement maintenues, on enveloppe le membre tout entier, comme cela a été indiqué dans la description du procédé opératoire.

La fièvre traumatique fut presque nulle. La température s'éleva à 48°,4 le troisième jour; le pouls monta à 92 le quatrième jour. Le cinquième jour la température était à 37°,5, le pouls à 76, et le jour suivant la température et la circulation étaient normales.

Le pansement fut enlevé le quinzième jour, l'opérée ayant toujours mangé et dormi comme en bonne santé. Les deux lambeaux adhéraient l'un à l'autre dans toute leur étendue. La consistance des lambeaux indiquait suffisamment que l'union était intime dans toute leur étendue, et on aurait cherché en vain à les faire glisser en sens contraire.

Aujourd'hui cette femme attend pour quitter l'hôpital le membre artificiel dont elle a besoin pour travailler (1).

Le 26 juillet M. Alphonse Guérin a pratiqué l'amputation de la jambe à la base des malléoles chez un jeune homme affecté de carie de tous les os du pied. Bien qu'il ne dût pas se dissimuler que l'ostéite devait remonter au-delà du point où elle se manifestait objectivement, M. Guérin crut devoir amputer la jambe à sa partie inférieure, afin de réduire le plus possible la mutilation. L'os était rouge, en effet, dans toute sa largeur, au niveau de la section. Un lambeau plantaire interne ayant été taillé, les bords en furent réunis avec ceux de l'autre section et le pansement fut appliqué suivant les règles.

Comme M. Alphonse Guérin comptait moins dans ce cas sur la réunion immédiate que pour le fait précédent, il attendit dix-huit jours pour enlever le premier appareil. Lorsqu'il l'enleva, la réunion était complète; elle avait lieu dans tous les points du lambeau, et le coton était à peine taché par du pus desséché.

Chez ce malade comme chez la femme dont il a été question plus haut, les fils à ligature, ayant été emprisonnés dans la cicatrice, sont restés très-longtemps en place. Quelques-uns ont passé par de petits pertuis dont la suppuration ne s'est traduite que par de petites croûtes au niveau du trou de sortie, d'autres sont restés comme incrustés dans la cicatrice.

Cette dernière guérison est d'autant plus remarquable qu'il s'agissait d'un sujet scrofuleux.

Angine tonsillaire droite, abcès du cou, hémorrhagie, mort.

L'angine tonsillaire est loin d'être toujours une affection bénigne; les accidents de voisinage qu'elle provoque parfois, tels que les phlegmons rétro ou péripharyngien peuvent acquérir, dans certains cas, une gravité extrême et entraîner la mort. En voici un exemple qui nous est communiqué par un de nos correspondants, M. le docteur Bourguet, de Graissessac.

(1) Nous avons vu cette opérée hier. Elle était pourvue de l'appareil qu'elle attendait et a dû quitter l'Hôtel-Dieu hier même dans la journée.

G. V..., âgé de vingt ans, occupé à des travaux à l'extérieur dans la Compagnie des mines, exposé par suite à toutes les intempéries, fut pris, le 15 mars, de douleur à la gorge. Il avait travaillé les jours précédents à la pluie, par un temps sombre et froid.

M. le docteur Bourguet, appelé le 16, constate de la rougeur dans le gosier, à droite. Pas de gonflement, peu de frissons, un peu de lourdeur de tête, face un peu animée, fièvre modérée, gêne de la déglutition, langue sale. Il prescrit des diaphorétiques et des gargarismes alumineux.

Le 17, le cou est très-volumineux et gonflé en dehors, les sueurs sont très-abondantes, la gêne de la déglutition persiste, le pouls est à 108.

De 18, même état. On constate peu de gonflement de l'amygdale, qui n'arrive pas au contact de la luette.

Le 19, pas d'amélioration. Le décubitus est impossible sur le côté sain. On ordonne des frictions mercurielles et des cataplasmes.

Le 21, il y a un peu moins de tension des tissus et moins de gonflement; la douleur est toujours vive, le pouls à 96, la déglutition très-difficile. Insomnie, délire léger. (Application de sangsues.)

Le 22, le pouls est tombé à 72, le gonflement est très-diminué, la peau de la région a sa couleur normale, et cependant la douleur accusée est très-forte. Mucosités abondantes, gluantes, très-difficiles à expulser.

Le 23, les phénomènes ordinaires de l'angine s'accusent davantage; voix nasonnée, hypersécrétion caractéristique de la muqueuse pharyngienne. La déglutition se fait assez bien pour les liquides. Il y a eu du sommeil la nuit et le pouls est au même chiffre (72).

Le 25, M. Bourguet voit le malade à cinq heures du soir; il trouve son état très-satisfaisant. Il y a eu, toutefois, dans la journée, quelques actes de violence dont il paraît ne pas se souvenir.

Le soir du même jour, à huit heures, après avoir soupé avec assez d'appétit, et au moment où il songeait à regagner sa chambre, le malade a subitement rejeté du sang par la bouche en grande quantité. M. Bourguet prescrit des gargarismes froids et la position élevée au cas où l'hémorrhagie ne cesserait pas.

Le 26 au matin, il voit le malade, qui a eu à six heures une seconde perte de sang d'environ 100 grammes, présentant tous les caractères du sang artériel. On lui montre une partie des caillots de la veille; leur quantité indique qu'il s'agit d'une hémorrhagie artérielle grave. La gorge, examinée avec le plus de soin possible, laisse voir l'amygdale droite violacée, plus gonflée que l'autre. Le pouls est lent, régulier, assez fort. (Repos, la tête élevée. Gargarismes astringents froids.)

Le 27, troisième hémorrhagie à quatre heures du matin; écoulement de sang continu sans saccades, pendant dix minutes environ, par la bouche et le nez. Pouls, 72.

(Ajouter du perchlorure aux gargarismes, 20 gouttes dans la journée. Vin de quinquina.)

Une quatrième hémorrhagie a eu lieu le même jour à six heures du soir.

Le 28 au matin, nouvelle perte de sang abondante. Retour des accidents à neuf heures, dix heures et deux heures. Pouls, 72. Un peu d'affaiblissement.

En présence de la gravité de cet état, la translation du malade à l'hospice de la ville voisine (Bédarieux) fut décidée.

Le 29, le transport fut fait. Il y avait eu le matin une petite hémorrhagie survenue après une quinte de toux. Le pouls était à 72, assez résistant. Les téguments très-pâles. La gorge ne présentait que de la rougeur; l'amygdale faisait peu de saillie; le cou était encore douloureux et un peu gros.

Voici les renseignements qui ont été transmis depuis par M. le docteur Sabatier, chirurgien de l'hôpital :

Hémorrhagie assez forte à la gare, vers midi; hémorrhagie à son entrée dans les salles, vers deux heures; enfin hémorrhagie mortelle le 1er avril, vers huit heures du soir.

M. Sabatier pense qu'il y a eu abcès du cou, avec ulcération consécutive de la carotide interne. Il était décidé à lier la carotide primitive quand la mort est survenue. Ce chirurgien émet des doutes sur le résultat qu'aurait pu avoir cette opération; mais, ajoutait-il : *Melius remedium anceps quam nullum.*

L'autopsie n'a pas été faite, et c'est chose regrettable, au point de vue des éclaircissements qu'aurait pu en recevoir ce fait.

Telle qu'elle est cependant, et malgré cette lacune, cette observation ne manque pas d'intérêt. Ainsi voilà un sujet jeune, vigoureux, sans maladies diathésiques qui auraient pu le prédisposer, qui succombe aux suites d'un phlegmon compliquant une angine tonsillaire, simple en apparence au début, lequel phlegmon a dû amener l'ulcération et la rupture d'un gros vaisseau artériel.

Fallait-il lier la carotide primitive? C'était l'avis de M. Sabatier, le chirurgien de l'hôpital de Bédarieux. S'il existait une chance de guérison, c'était celle-là. Malheureusement le départ du malade eut lieu dans des circonstances telles que M. Bourguet ne put, sur l'heure, communiquer à son confrère les renseignements de nature à l'éclairer sur les antécédents, et temps fut trop court pour que le chirurgien, qui n'avait pas une connaissance suffisante de ces antécédents, pût prendre un parti.

Avant que se posât la question de l'indication de la ligature, il y a lieu de se demander aussi s'il ne s'en présentait pas une autre, celle de l'ouverture artificielle du phlegmon. Mais l'observation manque de détails précis sur le siége exact de ce phlegmon, sur son étendue et sur ses points d'accessibilité. Sa marche rapide et insidieuse a évidemment pris notre confrère au dépourvu. Mais il n'a pas voulu que les enseignements que ce fait entraîne avec lui fussent perdus pour l'avenir, et nous devons lui savoir gré, à ce point de vue, de sa communication.

Dr Brochin.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

SUR LE PROTOXYDE D'AZOTE (1).

Par le docteur Blanche,
Préparateur de physiologie à l'Ecole pratique des hautes études à la Faculté des sciences.

Conclusions. — Le protoxyde d'azote, chimiquement pur, ne peut entretenir la respiration des animaux, non plus que celle des végétaux; la combustion, dans laquelle consiste la respiration, n'est pas assez énergique pour décomposer ce gaz. — Respiré pur par les animaux, le protoxyde d'azote est donc un gaz asphyxiant, qui amène la mort en produisant tous les signes généraux de l'asphyxie par strangulation ou par respiration de gaz inertes (hydrogène, azote). — Si le protoxyde d'azote respiré pur produit l'anesthésie, c'est en agissant comme asphyxiant, par suite de privation d'oxygène dans le sang. L'insensibilité ne se montre que lorsqu'il commence à n'y avoir plus dans le sang artériel que 2 à 3 pour 100 d'oxygène. Le sang est alors très-noir. Les animaux, au contraire, peuvent vivre en respirant des atmosphères artificielles de protoxyde d'azote et d'oxygène, dans les proportions des gaz de l'air, le protoxyde d'azote remplacant l'azote sans présenter des troubles de

(1) In-8. — Prix : 2 francs. — Paris, Paul Dupont.

la sensibilité. — Le protoxyde d'azote paraît cependant avoir une action mal définie sur le cerveau, se rapprochant, du reste, de celle déterminée par la diminution d'oxygène et n'amenant pas la perte de la sensibilité. — Le gaz protoxyde d'azote étant un gaz irrespirable, dont la préparation présente certaines difficultés, ne produisant l'anesthésie que par suite de l'asphyxie, qu'il détermine, son emploi ayant causé la mort dans plusieurs cas, nous pensons que son usage devra, si non être complétement aboli, du moins être fort restreint dans la pratique médicale.

DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'ÉLECTRICITÉ (1)

Par le docteur ALTHAUS (de Londres) (traduction du docteur Darin).

Les courants sont obtenus au moyen de la pile hermétique (grand modèle) que nous avons déjà décrite.

M bobine inductrice et C son tube graduateur ; BB' bobines induites, dont l'une à gros fil de 100 mètres de long, et l'autre à fil fin de 200; D chariot pour graduer les courants induits; E cylindre avec mouvement d'horlogerie; H stylet interrupteur à mercure (4); K bouton pour déplacer le stylet; JJ' (fig. 29 et 30) ailette du volant à résistance variable; L remontoir du

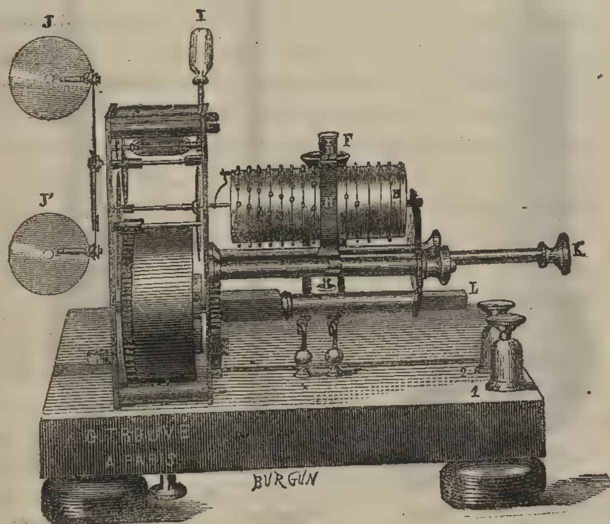


Fig. 30.

mouvement d'horlogerie; I et G même levier en positions différentes; I est pour la mise en mouvement de l'interrupteur et G pour l'arrêt; 1 et 2 serre-fils pour recevoir les rhéophores de la pile à courant continu; 3 et 4 serre-fils de la pile pour produire les courants d'induction; on recueille ces derniers en plaçant les cordons des électrodes en 5 et 6, pour l'extra-courant en 6 et 7 on recueille les courants induits; en 5 et 7, l'extra-courant et les induits réunis.

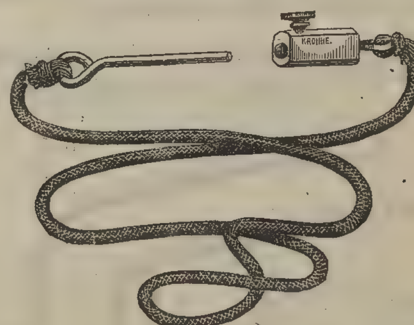
Cet appareil laisse bien loin derrière lui tous les appareils électro-médicaux de ce genre construits jusqu'à ce jour ; aussi MM. Legros et Onimus, après avoir démontré que dans les asphyxies, lorsqu'on agit avec les courants induits sur les phénomènes cardiaques et respiratoires, la rapidité des intermittences est bien plus nuisible que l'intensité du courant, ajoutent-ils :

« Si l'idée si juste de Hallé et de Sue, de placer des appareils électriques dans les postes de secours aux noyés, était exécutée, ce sont des appareils offrant ces conditions qu'il faudrait employer ; car, en limitant le nombre d'intermittences, des mains même non exercées pourraient s'en servir sans danger. »

Connaissant une fois pour toutes la force électro-motrice et l'intensité de la pile de M. Trouvé, mesurée d'après les méthodes ordinaires, on a, d'une part : 1° l'intensité du courant; 2° la durée; 3° le nombre d'interruptions dans un temps donné.

Par cela même cet appareil est appelé à rendre de grands services aux physiologistes en leur permettant de se placer toujours dans les mêmes conditions pour déterminer l'influence que produit sur les nerfs et sur les muscles l'excitation électrique, depuis une simple excitation pas seconde jusqu'à cent, en passant par les intermédiaires, etc. M. Trouvé s'en sert encore pour déterminer d'une manière irréfutable le nombre des vibrations que doit donner le trembleur d'une bobine de Ruhmkorff quelconque pour obtenir de suite de cette bobine le maximum d'effet.]

D'autres instruments essentiels sont les *fils conducteurs* ou *rhéophores* et les *électrodes* (excitateurs, etc.). Les rhéophores


Fig. 31.

doivent se composer de fil de cuivre flexible, de 2 mètres à 2 mètres 50 de longueur, et soigneusement isolés par un tissu

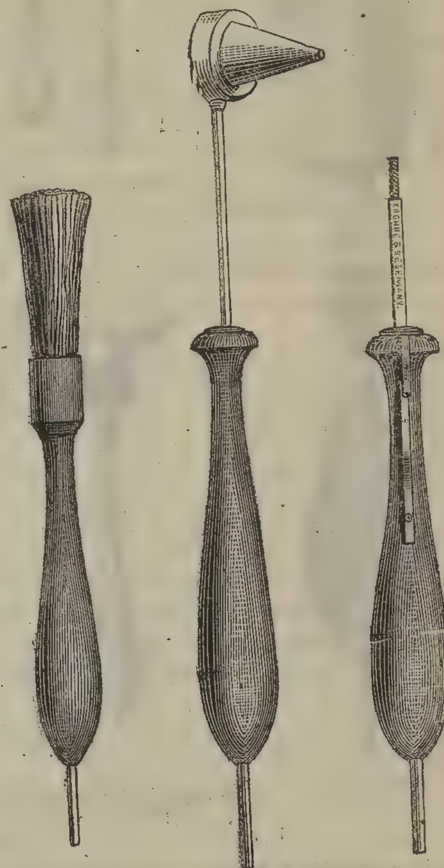

Balai métallique. Électrode auriculaire Manche avec interrupteur.

Fig. 32.

(1) Suite. — Voir les numéros des 16, 23, 27 mars, 3 avril, 5 juin, 17 juillet, 5, 14, 28, 31 août, 2 et 11 septembre.

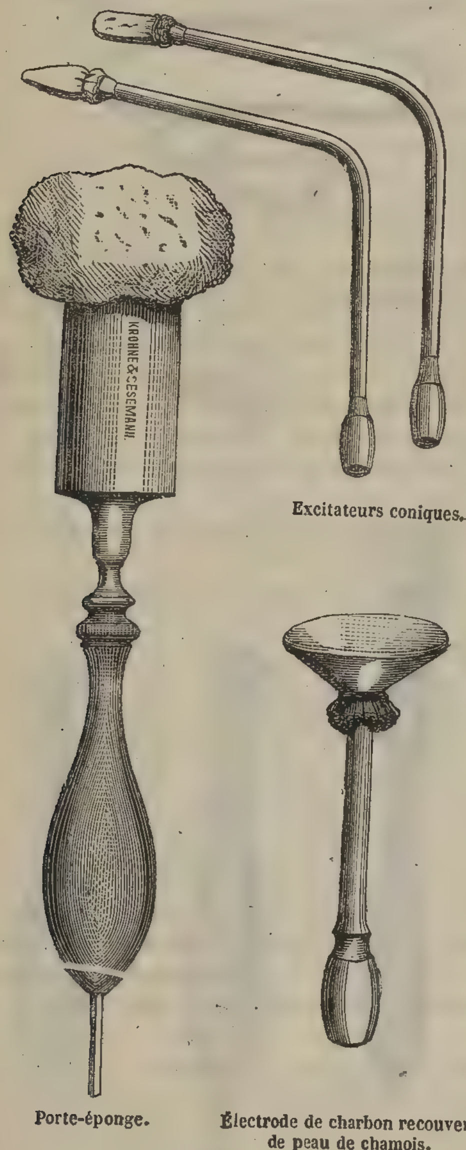
(2) M. Trouvé a substitué à cet interrupteur Foucault, qu'il avait adopté tout d'abord, un interrupteur à contact de nickel, qui, dans ce cas, lui est bien préférable.

de soie ou de coton (fig. 31). Nous employons toujours des conducteurs de couleurs différentes pour les deux pôles, afin de pouvoir reconnaître immédiatement la direction du courant, sans observer la batterie. Cette précaution évite beaucoup d'embarras dans le cas où les fils viennent à s'emmêler.

Les électrodes le plus communément employés sont des cupules métalliques fixées sur des manches isolants de bois et terminées par un pas de vis sur laquelle se montrent les excitateurs. On se sert encore beaucoup de pointes de charbon, garnies d'éponge ou de peau de chamois. MM. Weiss ont dernièrement construit, sur notre commande, des électrodes dont les surfaces terminales et les tiges sont de vulcanite et dont l'intérieur est muni d'un fil épais recouvert de platine. Ces appareils ont l'avantage d'être toujours parfaitement propres, ce qui n'est pas le cas avec le laiton ou le bois.

La figure 32 représente un balai métallique pour la faradisation de la peau, un spéculum d'ivoire avec conducteur métallique pour l'oreille et un manche muni d'un interrupteur, sur lequel peuvent se visser d'autres excitateurs.

La figure 33 montre une autre série d'instruments : un manipule porte-éponge d'assez grand diamètre ; un autre sous



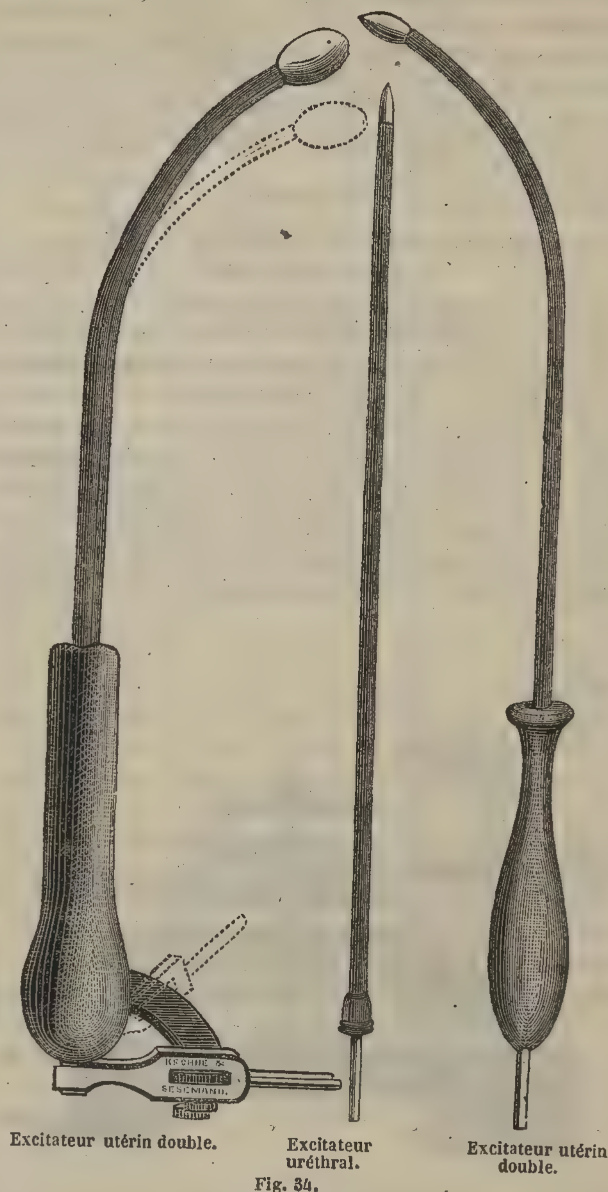
Excitateurs coniques.

Porte-éponge. Électrode de charbon recouvert de peau de chamois.

Fig. 33.

forme de cupule métallique garnie de peau de chamois, et deux autres excitateurs plus petits, garnis de la même manière.

La figure 34 représente un excitateur utérin simple, un excitateur uréthral et un excitateur utérin double, composé de



Excitateur utérin double. Excitateur uréthral. Excitateur utérin double.

Fig. 34.

deux branches courbes isolées, terminées par des plaques métalliques, et mobiles sur un manche, avec un régulateur à l'extrémité du manche.

(A suivre.)

DU BRUIT DE SOUFFLE MITRAL DANS L'ICTÈRE (1).

Par le docteur Gangolphe.

Conclusions. — On peut voir naître, dans le cours d'un ictère, une insuffisance mitrale temporaire. — Cette insuffisance est due : 1° probablement à une légère dilatation du cœur ; — 2° surtout, sinon exclusivement, à la paralysie des muscles papillaires, qui n'amènent la valvule nitrale à produire qu'une occlusion incomplète de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. — Cette paralysie est due à l'action des divers toxiques hépatiques, soit qu'ils agissent isolément sur la substance musculaire du cœur, soit qu'ils agissent concomitamment sur cette substance et sur le système nerveux moteur du cœur. — La production de l'insuffisance mitrale dans le cours d'un ictère coïncide le plus souvent avec le ralentissement cardiaque. Le souffle symptomatique de l'inoclusion morbide a été constaté dans nos observations toutes les fois que ce ralentissement

(1) In-8. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Adrien Delahaye.

s'est présenté. — L'accélération des battements du cœur paraît s'opposer, dans l'ictère, à la production de l'insuffisanee mitrale. — Cette action de l'accélération cardiaque n'est pas constante; on peut observer la présence d'un souffle systolique à la pointe du cœur, avec l'existence d'une accélération du pouls.

LES CONGRÈS SCIENTIFIQUES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (1)

Exposition par M. Béchamp de sa théorie générale des microzymas.

Présentation par M. Marey d'un appareil destiné à mesurer simultanément la pression et la vitesse du sang dans les artères.

Mémoire de M. Chauveau sur la *pyoémie*. L'auteur s'est proposé, dans ce mémoire, de rechercher quelles sont les conditions qui rendent infectant le pus des blessés. Par deux séries d'expériences, les unes consistant à injecter soit du pus sain, soit du pus putride dans la veine jugulaire, les autres à pratiquer ces mêmes injections dans l'artère carotide, expériences faites comparativement et de manière à se contrôler mutuellement et à être contrôlées les unes et les autres par un troisième procédé, l'injection sous-cutanée, M. Chauveau est arrivé à un résultat identique, qu'il formule dans les termes suivants : avec le pus sain, pas de lésions; avec le pus putride, dans plus des deux tiers des expériences les animaux se sont rétablis après avoir présenté des lésions inflammatoires circonscrites ou diffuses plus ou moins accusées; dans moins d'un tiers, les animaux ont succombé à ces accidents arrivés à leur *summum* d'intensité. D'où les conclusions suivantes :

Pour que du pus introduit dans le torrent circulatoire soit apte à déterminer des lésions pyohémiques, il ne suffit pas qu'il soit putride : il faut encore que la putridité de ce pus se soit développée dans des conditions spéciales. On doit admettre pour ce pus une sorte de spécificité.

Si malheureusement il ne nous est pas encore donné de connaître l'agent ou les agents qui donnent au pus cette spécificité, au moins avons-nous l'avantage de connaître empiriquement quelques-unes des conditions de son développement. On sait que toutes les plaies putrides ne sont pas capables de fournir du pus doué de la propriété de provoquer par son introduction en très-petite quantité dans les vaisseaux les lésions inflammatoires circonscrites ou diffuses de la pyohémie.

Enfin il résulterait de ces expériences que l'atmosphère nosocomiale agit directement sur l'accident primitif, sur la plaie exposée, source indéniable de l'agent pyohémique. Elle favorise la production de cet agent. De là l'indication, pour prévenir la pyohémie ou en arrêter les progrès, de porter son attention sur le foyer primaire, c'est-à-dire sur le lieu où prend naissance l'agent pyohémique.

Note de M. Laroyenne (de Lyon) sur les *effets comparés de la cautérisation pratiquée sur les tissus normaux et les tissus anémiés d'après la méthode d'Esmarch.* M. Laroyenne a constaté que la cautérisation, soit objective, soit subjective, sur les tissus privés de sang, est plus active, que ses effets sont incomparablement plus marqués, bien qu'ils soient presque inappréciables au moment même où s'effectue la cautérisation. Il résulte de ce fait que l'on doit se tenir en garde relativement à ces effets, et que, d'autre part, grâce à cette anémie temporaire, il est facile d'obtenir rapidement une destruction des fongosités et une modification profonde des parois osseuses qui, à la suite d'un évidement ou d'une extraction de sequestre, réclament ce complément opératoire. Les cautères potentiels n'ont presque pas de prise sur les membres soumis à la compression.

Note de M. Poncet (de Lyon) sur *le poids comparatif des os des membres supérieurs.* Réponse à cette question médico-légale : Peut-on affirmer d'une façon absolue qu'un sujet ait été de son vivant droitier ou gaucher? Les pesées comparatives du squelette des membres supérieurs fournissent les éléments de la solution de cette question en montrant une différence en faveur du poids total des os du membre droit chez les droitiers ou du gauche chez les gauchers.

Lecture de M. Masfranc sur *la rage,* dont l'objet est de montrer le développement fréquent de la maladie chez les chiens en rut qui n'ont pu satisfaire leurs besoins sexuels.

Présentation, par M. Lantier, d'une planche représentant un appareil destiné à servir à la chirurgie dite pneumatique.

Mémoire de M. Letiévent sur *l'esthésiographie.* Les recherches de l'auteur l'ont conduit à reconnaître à la surface du corps humain de quarante-deux à quarante-quatre départements distincts, dans chacun desquels la sensibilité possède une mesure spéciale.

Des applications du caoutchouc à la chirurgie, par M. Courty. Indications des nombreux services que rend l'usage du caoutchouc : enveloppement des plaies et ulcères des jambes; ligatures de caoutchouc comme moyen de diérèse, etc.

Étude sur *la paralysie saturnine*, par M. Malherbe. La paralysie saturnine est tantôt d'origine périphérique, tantôt d'origine centrale. Le centre nerveux peut emmaganiser les poisons plombiques, mais le poison peut aussi influencer directement certaines portions périphériques du corps et des membres. M. Malherbe a recherché quelles pouvaient être les altérations consécutives des tissus chez les intoxiqués par le plomb, et il propose de continuer longtemps l'usage des préparations éliminatoires du poison.

Dans une note sur les *déviations rachidiennes*, M. Dally croit avoir trouvé l'une des causes de ces déviations dans la déviation primitive du bassin, qui produit ensuite la scoliose lombaire.

Note de M. Gayet (de Lyon), exposant ses *tentatives d'aspiration soutenue des cavités pathologiques.* — Conclusions :

1° Toute aspiration ne saurait être forte, appliquée aux surfaces suppurantes (1 mètre d'eau suffit).

2° Son application ne doit pas être absolument permanente et réclame une exacte surveillance.

3° Dans l'empyème, il doit rendre de très-grands services.

M. Toussaint a traité de l'*intervention des puissances respiratoires dans certains actes mécaniques de la digestion.* L'auteur a étudié à ce point de vue les divers phénomènes de la réjection dans la rumination, de l'éructation chez l'homme, du vomissement et de la déglutition. Dans les phénomènes de la réjection, de l'éructation et de la déglutition, ces puissances respiratoires viennent en aide aux organes de la digestion. Dans le vomissement, au contraire, ces mêmes puissances opposent aux organes digestifs un obstacle non insurmontable, mais dont il y a lieu de tenir compte, et qui montre qu'il n'est pas possible d'assimiler ces deux actes, la réjection mérycique et le vomissement.

Mémoire de M. Franck sur les *changements de volume des*

(1) Fin. — Voir le numéro du 16 septembre.

organes sous l'influence de la circulation. Expériences faites sur la main dans le double but de vérifier ce fait physiologique déjà signalé depuis longtemps, savoir : que tout organe riche en vaisseaux et dont la texture est assez souple, présente des alternatives d'expansion et de resserrement qui correspondent aux systoles et aux diastoles cardiaques, et résultant de la dilatation et du retrait successifs des vaisseaux qu'il contient, et d'étudier la série d'influences mécaniques et physiques qui en résultent.

Lecture sur le *venin des serpents*, par M. Viaud-Grand-Marais. L'auteur s'élève contre cette opinion erronée que la morsure de la vipère n'est pas mortelle, et il cite des exemples nombreux de mort dans lesquels on n'avait ni sucé ni cautérisé la piqûre. La succion est, à ses yeux, le meilleur remède. (Voir les nombreuses communications de l'auteur sur ce sujet dans la *Gazette des Hôpitaux.*)

Communication de M. Tripier sur le *Genou en dedans.*

Dans ses recherches sur la déformation spéciale désignée sous le nom de *genou en dedans,* M. Tripier a cherché à se rendre compte de son mécanisme de production en considérant que les malades qui en sont atteints sont, en général, des ouvriers exerçant des professions qui les obligent à se tenir presque continuellement debout. Il a vérifié cet aperçu étiologique par des expériences dans lesquelles il a reproduit à volonté, chez de jeunes animaux, la lésion en question.

Comme conséquence de cette notion, la première chose à faire pour le traitement, c'est de recommander le repos ; en outre, traitement tonique et reconstituant, et enfin traitement orthopédique.

Note de M. Papillaud *sur quelques indications du chloral et du bromure de potassium.* Citation de divers exemples de guérison du tétanos par le chloral, et des avantages que l'auteur dit en avoir retirés dans le traitement de la variole pendant l'épidémie de 1870-1871 ; en l'employant dans le but de calmer les grandes souffrances, il a constaté des guérisons dues à la sédation et à l'apaisement produits par cet agent.

Note sur *la réunion immédiate dans l'opération de la hernie étranglée*, par M. Masse. Énoncé de deux cas où le succès de la réunion immédiate a été complet et rapide.

Communication de M. Bertin sur l'*otorrhée cérébrale.* Dans un cas où un malade a succombé à l'affection qu'Itard a désignée sous ce nom, M. Bertin a rencontré, à l'autopsie, un foyer purulent enveloppé d'une poche très-épaisse reposant sur le rocher et ayant usé l'os, à la manière d'un anévrysme.

Étude *sur les épanchements abondants de la plèvre chez les tuberculeux*, par M. Leudet.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Dans le cours de la tuberculose pulmonaire, la plèvre peut être remplie par un épanchement.

2° Cet épanchement est le plus souvent pseudo-membraneux ; il peut être séreux, purulent, hémorrhagique.

3° Les pleurésies qui occupent toute une plèvre sont plus souvent de nature tuberculeuse qu'idiopathiques.

4° Les malades qui succombent pendant la période d'état de ces épanchements présentent fréquemment des cavernes, des tubercules en partie arrêtés ou crétacés, en un mot les lésions d'une tuberculose régressive, appartenant surtout à la phthisie irrégulière. Plus rarement la tuberculose est double et ramollie; enfin il est plus rare encore de ne rencontrer que des tubercules miliaires.

5° La tuberculose n'est pas plus étendue et plus avancée du côté de l'épanchement ; souvent même elle l'est moins que du côté opposé.

6° La pleurésie abondante de la plèvre ne provoque pas le plus souvent la mort par son abondance.

7° Quelques malades succombent avec la résolution complète de l'épanchement, dans un état cachectique.

8° Les deux tiers des malades atteints de pleurésie abondante, dans le cours de la tuberculose pulmonaire, guérissent de l'épanchement de la plèvre.

9° La guérison de l'épanchement est, en général, plus lente que chez les individus non tuberculeux.

10° La pleurésie purulente, chez les tuberculeux, est susceptible de guérison.

11° L'épanchement abondant de la plèvre n'accélère pas le plus souvent le développement de la tuberculose pulmonaire ; il ne provoque pas en général une évolution plus rapide de la tuberculose dans le poumon du côté de l'épanchement que du côté opposé.

12° La pleurésie purulente semble ne pas accélérer le développement de la tuberculose du poumon.

Observation sur *la dénudation étendue de la carotide primitive* dans le cours des opérations, par M. Nepveu. Relation d'un fait dans lequel M. Verneuil, en pratiquant l'ablation d'un énorme lymphadénome du cou, dut mettre la carotide primitive à nu dans une étendue de 3 centimètres. Rupture de l'artère au quatorzième jour. Compression digitale suivie d'hémiplégie. Mort. Conclusion : toutes les fois que la dénudation de l'artère carotide sera étendue, pratiquer la ligature.

Travail de M. Dron sur l'*influence de la syphilis sur les cicatrices de la peau et le cal des fractures.*

VARIÉTÉS

Nouvelle géographie universelle, la terre et les hommes (1).

Par Élisée Reclus.

Que nous sommes loin de l'époque où la géographie était une étude aride, sèche, et dont tout l'intérêt réel se perdait dans une nomenclature sans vie et sans mouvements ! L'exposition des Tuileries a réveillé plus vivement l'attention publique sur ces questions, et le moment nous semble propice de vous présenter l'œuvre considérable que M. Élisée Reclus entreprend sous les auspices de la maison Hachette.

Nous allons aborder l'étude de l'Europe : c'est par elle que l'auteur entreprend l'histoire de notre globe. Il est presque inutile de justifier ce début, car aucune partie du monde n'est aussi bien connue que l'Europe : les travaux sont nombreux et vraiment scientifiques, qui nous font connaître chaque point de cette Europe ; et, sans nous arrêter à des considérations d'un autre ordre, nous pouvons suivre l'auteur dans sa description.

Il ne s'agit plus ici de descriptions sèches ; tout vit, tout s'anime. L'histoire, la poésie, les mœurs, les usages, vont à tour de rôle animer le récit de notre géographe. A peine aura-t-il fixé les limites de l'Europe, indiqué sa forme, ses divisions naturelles, ses montagnes, son littoral ; étudié son climat, ses races, son équilibre et ses divisions politiques, que nous le verrons tout d'abord se fixer sur la méditerranée. Pouvait-il plus habilement choisir son point de départ ? Et comme l'antiquité va se mêler agréablement aux descriptions actuelles de ces pays baignés par la plus douce des mers, chantés par les poëtes de tous les âges et de tous les temps, et qui se présentent,

(1) In-4°, paraît par livraisons hebdomadaires au prix de 50 centimes la livraison. — Paris, Hachette et Cᵒ.

hâtons-nous de le dire, sous des aspects en réalité bien moins charmants que notre imagination ne les a faits!

Voici donc la Méditerranée ; elle va nous conduire rapidement à l'étude de la Grèce, qui formera le sujet des huit premières livraisons de sa *Nouvelle géographie universelle.* Avec la neuvième livraison commencera l'étude de la Turquie d'Europe, sur laquelle les événements actuels attirent toute notre attention.

Nous ne croyons pas devoir entrer ici dans une analyse détaillée que ne comporte pas la nature même de nos études. Mais nous pensons rendre service à nos confrères en leur signalant une œuvre savamment écrite, où tout se réunit pour présenter la science sous un jour éminemment utile. Rempli de l'intérêt du meilleur aloi, M. Reclus emprunte à chaque division du pays des reproductions très-exactes et des lieux et des personnes. Un nombre considérable de cartes très-soigneusement gravées nous font connaître intimement le pays. D'autres cartes, coloriées avec le plus grand soin, donnent les aspects généraux.

En résumé cette *Géographie* est appelée à faire connaître et aimer une science où nous étions un peu restés en arrière. Il a suffi de le savoir, pour que des géographes de premier ordre soient sortis, dans notre pays, de l'ombre où leur modestie les retenait. Grâce à eux le mouvement est donné, et nous verrons un jour que la France n'a pas perdu le sceptre du travail consciencieux et intelligent.

Grâce à cette publication hebdomadaire, chacun peut acquérir facilement une œuvre qui en volumes eût paru d'un prix élevé. C'est une œuvre de propagande scientifique. Il suffit de la signaler à l'attention éclairée de nos confrères.

Quand la description de la Turquie sera terminée, nous en entretiendrons nos lecteurs.

Dictionnaire de chimie pure et appliquée (1).

Par Ad. Wurtz (de l'Institut).

Le vingtième fascicule (feuilles 87 à 96 du deuxième volume) vient de paraître. Nous signalerons dans ce fascicule les articles *Savons, Sels, Silicium, Sodium,* comme les plus considérables.

Cet ouvrage marche rapidement vers sa fin. Nous n'avons rien à ajouter à nos appréciations antérieures : mêmes soins, même luxe typographique.

Les souscripteurs ne regretteront pas d'avoir soutenu une œuvre aussi considérable et si consciencieusement exécutée.

(1) Grand in-8°. — Prix : 3 fr. 50 la livraison. — Paris, Hachette et Ce.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

290. Gauthier. De la périarthrite scapulo-humérale.
291. Richard. De l'épilepsie considérée surtout au point de vue du diagnostic.
292. Hubert. Des fibro-sarcomes kystiques du sein.
293. Laurent. Recherches sur l'avortement par empoisonnement.
294. Smester. De la valeur des taches bleues dans la fièvre typhoïde.
295. Bernard. Étude sur les résultats opératoires chez les scrofuleux.
296. Poulain. De la dystocie par obliquité antérieure du col.

Laboratoire Gay-Lussac. — Préparation aux troisième et quatrième examens de doctorat, et au premier fin d'année. — Les conférences commenceront le lundi 20 septembre, à trois heures, et se continueront les mercredi, vendredi et lundi suivants à la même heure. Reconnaissance des plantes et médicaments. Principales réactions et diverses expériences de chimie. — Prix : 60 francs pour les deux premiers réunis — 25 francs pour le fin d'année.

On s'inscrit audit laboratoire, rue Gay-Lussac, n° 10, les lundi, mercredi et vendredi, de deux heures à trois heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques des tissus et des organes du corps humain, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger. 2e édition entièrement refondue, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 551 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Physiologie du système nerveux cérébro-spinal, par le docteur Édouard Fournié, médecin à l'Institut des Sourds-Muets. — 1 vol. gr. in-8°. Prix : 12 francs. — Paris, 1875, Adrien Delahaye.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. E. Guibout.

De l'eczéma (1).

(Leçon recueillie par M. Muzelier, interne du service.)

Messieurs, dans la dernière leçon, nous avons commencé l'étude de l'*eczéma*. Mais, avant d'entrer dans notre sujet, nous avons fait un retour en arrière vers le *psoriasis*. Nous avons résumé brièvement les traits principaux de son histoire, pour en faire ressortir l'importance à vos yeux, et nous l'avons placé en face d'une autre affection également intéressante, l'eczéma. Nous avons essayé d'établir un parallèle entre ces deux grandes figures de la diathèse herpétique, en comparant les uns aux autres leurs caractères respectifs. Nous avons cherché surtout à vous faire saisir l'étendue des différences qui établissent entre elles une ligne de démarcation si profonde.

Après avoir jeté ce coup d'œil rétrospectif, nous sommes entré dans l'étude de l'eczéma. C'est à indiquer nettement le caractère inflammatoire de cette maladie et des complications viscérales qui s'y rattachent, que nous nous sommes appliqué d'abord. Ensuite, nous avons exposé sa marche et la succession des périodes qu'elle parcourt durant son évolution. Nous avons montré que ces périodes étaient au nombre de quatre, et nous les avons décrites, dans leur ordre d'apparition, sous les titres de : 1° période de congestion érythémateuse; 2° période d'éruption vésiculeuse; 3° période d'ulcérations, de suintements et de croûtes; 4° période terminale ou de dessiccation. Nous avons insisté sur la marche de la dernière période et sur les différents modes de terminaison de la maladie. Nous avons insisté particulièrement sur l'eczéma chronique, sur les ulcérations dont il s'accompagne, et sur les dangers que ces ulcérations entraînent pour les malades en raison de l'excessive sécrétion qu'elles entretiennent. Mais cette description, telle que nous l'avons esquissée, ne se rapportait, en réalité, qu'à la forme simple, classique et en quelque sorte idéale de l'eczéma. Nous allons montrer aujourd'hui que cette affection est loin d'être toujours conforme au tableau que nous venons de tracer, mais qu'elle est, au contraire, susceptible de modifications aussi nombreuses que variées dans sa forme, dans sa gravité, dans sa configuration, dans ses lésions anatomiques et dans son siége. En d'autres termes, nous allons étudier les variétés qu'elle présente à considérer.

Variétés dans la forme.

Examinons d'abord les variétés dans la forme. L'*eczéma* peut se présenter à nous sous deux états différents : l'état *aigu* et l'état *chronique*. A l'état aigu, il peut affecter deux formes différentes. La première forme est caractérisée par une sécrétion abondante, profuse, quelquefois excessive, véritable catarrhe de la peau auquel la maladie doit son nom d'*eczéma fluent*.

La prédominance de ce phénomène de la sécrétion est telle parfois qu'elle rend le pronostic très-grave : elle peut même amener une telle déperdition vers la surface cutanée, dans certains cas où la maladie est généralisée, que les malades ne peuvent résister à l'épuisement qui en résulte, et tombent dans un état de marasme qui annonce trop souvent une terminaison funeste. D'un autre côté, elle peut devenir le point de départ de métastases viscérales toujours très-dangereuses en raison de leur gravité et de la soudaineté de leur apparition. Le début de l'*eczéma fluent* est fréquemment marqué par des phénomènes généraux assez accentués : il y a du malaise, de la céphalalgie, de légers troubles gastriques. Les accidents locaux se déroulent dans l'ordre suivant : on observe d'abord une congestion érythémateuse sur une région plus ou moins étendue de la peau. Cette membrane prend un aspect lisse et poli et devient rouge, tuméfiée, brûlante et douloureuse. Bientôt elle se couvre de vésicules petites, transparentes, semblables à des grains de millet, remplies d'un liquide incolore ou légèrement jaunâtre. Au bout d'un temps très-court, quelques heures, une journée au plus, les vésicules se rompent et laissent échapper un liquide visqueux, qui forme une couche mince et brillante à la surface du derme. Mélangé aux débris épidermiques des vésicules, ce liquide se concrète et donne lieu à des croûtes humides, jaunâtres, minces et lamelleuses. Il n'est pas rare de voir succéder à cette première éruption une deuxième poussée semblable à la première. Dans cette recrudescence de la maladie, on voit renaître les mêmes vésicules, fournissant la même sécrétion morbide que celles qui les avaient précédées. A peine les vésicules sont-elles ouvertes, qu'elles se flétrissent et disparaissent en laissant derrière elles, comme trace de leur existence, des ulcérations petites et superficielles, à la surface desquelles s'élabore et se perpétue une sécrétion analogue à celle des éléments qui leur avaient donné naissance.

Lorsque les poussées vésiculaires se succèdent et se suivent sans relâche, et lorsque, d'autre part, la maladie est généralisée, lorsqu'elle occupe d'emblée des surfaces très-étendues,

(2) Fin. — Voir le numéro du 12 août 1875.

l'abondance et la continuité de la sécrétion morbide peuvent devenir assez considérables pour amener un état d'épuisement bientôt mortel pour le malade. Nous devons faire remarquer toutefois qu'une terminaison aussi funeste est heureusement rare, et que le plus souvent la maladie aboutit à la guérison définitive, à moins qu'elle ne revête progressivement les caractères de la forme chronique, que nous étudierons tout à l'heure.

La deuxième forme d'eczéma aigu porte le nom d'*eczéma rubrum*. M. Bazin a considéré avec raison l'eczéma rubrum comme une affection *pseudo-exanthématique*. Les accidents prodromiques et les phénomènes généraux au début offrent ici un caractère d'acuité qui ne se retrouve pas au même degré dans les autres formes. La céphalalgie est plus accusée, la fièvre plus intense, l'insomnie plus persistante, les troubles gastriques plus prononcés que dans l'eczéma *fluent*. La *période éruptive* est annoncée par l'apparition de taches rosées, d'une teinte vive, disséminées irrégulièrement sur le tronc, la poitrine, le dos, quelquefois aussi sur toute l'étendue des membres. De même que les *exanthèmes*, ces taches disparaissent par la pression du doigt pour reparaître immédiatement après. On voit bientôt s'élever sur les taches rouges une multitude de vésicules transparentes, excessivement ténues, confluentes, remplies d'un liquide incolore ou légèrement jaunâtre. La gouttelette de liquide que contient chaque vésicule n'est point déversée au dehors; elle est résorbée sur place, et, quand les vésicules se sont affaissées, leurs parois se détachent d'elles-mêmes sous forme d'une exfoliation furfuracée. La guérison peut être considérée comme achevée quand cette exfoliation est achevée.

La durée de l'*eczéma rubrum* est de quinze à vingt jours environ. La période de déclin est annoncée par la dégradation des teintes vives et rosées initiales, qui deviennent de plus en plus pâles jusqu'à leur effacement complet. Notons, comme symptômes subjectifs, des démangeaisons excessives qui se traduisent surtout sous forme de picotements, que les malades comparent à des milliers de pointes d'aiguilles qui s'enfonceraient dans leur peau. De là une agitation continuelle, un besoin irrésistible de se gratter, une insomnie persistante.

L'*eczéma chronique* se présente aussi sous deux formes différentes. Dans la première forme, ses caractères sont exclusivement ceux de la chronicité, sans aucune manifestation d'acuité : ce sont des plaques squameuses ou croûteuses, qui restent tout le temps de leur durée avec la même physionomie et dans le *statu quo* le plus complet. Dans la deuxième, au contraire, on voit des poussées aiguës, c'est-à-dire des poussées vésiculeuses, accompagnées de sécrétion, se former de temps à autre au milieu des surfaces chroniquement malades, qu'elles ramènent ainsi à une sorte d'état aigu; en sorte que, dans ce cas, on trouve l'eczéma offrant à la fois les caractères de l'acuité et ceux de la chronicité. Nous n'insisterons pas davantage sur ces deux formes, qui ont pour attribut commun la ténacité dans la durée, et surtout la résistance vis-à-vis des moyens thérapeutiques.

Variétés au point de vue de la gravité.

Si maintenant nous envisageons l'eczéma au point de vue de sa gravité, nous sommes obligé d'admettre encore deux variétés : 1° l'eczéma simple, léger ou *bénin*; 2° l'*eczéma grave*. Comme type de la variété *bénigne* ou légère, nous citerons l'*eczéma simple*, affection toute locale, non symétrique, généralement peu étendue, le plus souvent due à l'action d'une cause directe, telle que le contact plus ou moins prolongé d'une substance irritante. L'*eczéma simple* ne s'accompagne d'aucune réaction générale ou locale. Sa durée est passagère, ses complications sont nulles. L'*eczéma grave*, au contraire, est caractérisé par l'intensité de la réaction générale qu'il détermine quelquefois par l'étendue des régions qu'il envahit, par la symétrie de ses manifestations et par la longueur de sa durée. Il est remarquable encore par les troubles fonctionnels qu'il entraîne lorsqu'il siége sur certains points de la surface cutanée et par les modifications qu'il fait subir à la structure de la peau. Nous aurons, d'ailleurs, à revenir sur ces différentes formes lorsque nous étudierons le pronostic de la maladie.

Variétés au point de vue de la lésion anatomique.

Lorsqu'on examine les caractères extérieurs des lésions anatomiques de l'eczéma, on est frappé de voir quelles modifications ces caractères sont susceptibles de subir. S'il est vrai que la vésicule, par exemple, est, dans la grande majorité des cas, la lésion primitive de l'eczéma, il est vrai aussi que, dans certaines circonstances, elle peut faire défaut et être remplacée par une lésion de nature différente. Cette lésion est le plus souvent une vésico-pustule, c'est-à-dire un soulèvement épidermique rempli par une sérosité purulente.

La vésico-pustule suit à peu près la même marche que la vésicule : elle n'offre, comme elle, qu'une durée très-courte et, peu d'heures après sa naissance, se rompt pour donner passage à un liquide jaune, épais, visqueux, aux dépens duquel se formeront plus tard des croûtes minces, jaunes, lamelleuses, qui rappellent à la fois par leur minceur et leur coloration les croûtes de l'eczéma et celles de l'impétigo.

Ainsi prend naissance une affection mixte que nous désignerons, en raison de cette réunion de caractères multiples et appartenant à deux maladies différentes, sous le nom d'*eczéma impétigineux*.

La lésion primitive peut encore être modifiée par la présence, sur le terrain où elle s'élève, d'une lésion antérieurement développée. C'est ce que l'on observe dans l'*eczéma lichmoïde*, forme assez fréquente qui offre pour caractère principal de présenter sur un même terrain des lésions appartenant à deux affections différentes : la *papule*, lésion primitive du lichen, et la *vésicule*, lésion initiale de l'eczéma. Et ce n'est pas seulement par la lésion primitive, mais c'est aussi par les idées consécutives, par ses squames et par ses croûtes, que l'eczéma peut offrir des caractères communs avec d'autres affections. Ainsi, dans l'*eczéma psoriasiforme*, les squames ne sont plus minces, unifoliacées, lamelleuses, faciles à détacher, comme celles de l'eczéma simple. Elles sont, au contraire, épaisses, opaques, jaunâtres, stratifiées, adhérentes, comme celles du psoriasis, et sont formées à la fois de l'élément épidermique et d'un élément humide concrété.

(*A suivre.*)

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC

Rareté actuelle du chancre simple

Leçon recueillie par M. HUGONNEAU, interne du service.

Messieurs, je ne poursuivrai pas plus loin les considérations générales que je vous ai exposées, dans la dernière leçon, sur la statistique des maladies vénériennes et sur les vicissitudes qu'elles ont subies depuis quelques années.

Il serait curieux cependant de remonter plus haut dans leur

passé, et de comparer ce qu'elles étaient autrefois, il y a vingt ou trente ans par exemple, à ce qu'elles sont aujourd'hui, comme nombre et comme intensité.

Si je me borne à vous donner le résultat de mes observations, c'est que les documents les plus authentiques et les plus précis, si précieux qu'ils soient pour la science, ne peuvent pas laisser dans l'esprit une impression aussi vive, ni peut-être aussi exacte, que les faits dont on a été témoin et qu'on a observés, suivis, avec le dessein de les étudier sous toutes leurs faces pour accroître chaque jour son expérience personnelle.

Occupons-nous donc maintenant de la question qui doit faire l'objet principal de cette leçon, je veux parler de la rareté du chancre simple.

I

Je vais prendre les choses où elles en étaient lorsque je devins médecin de ce service, au commencement de l'année 1869.

Pendant un an et demi, je m'astreignis, et ce n'était pas là, croyez-le bien, un mince travail, à recueillir des notes sur tous les malades qui se présentaient à ma consultation. Dans ces notes, je consignais le nom, l'âge et la profession de l'individu. J'établissais, dès le premier jour, un diagnostic aussi rigoureux que possible, me réservant toujours de le modifier, s'il y avait lieu, aux consultations suivantes, ce que j'ai fait plus d'une fois. Aussi puis-je vous garantir que ce diagnostic, sauf pour quelques cas où les malades ne sont venus qu'une fois, a été posé avec exactitude et contrôlé par le processus ultérieur de l'affection, etc., etc.

Je recherchais et je mentionnais, en outre, les principales circonstances relatives à la source de la contagion, telles que la profession de la femme, sa demeure, le quartier, la rue, l'établissement public où elle avait été rencontrée.....

J'ai recueilli ainsi les éléments de plusieurs statistiques partielles. Je vous ferai connaître plus tard celles qui sont relatives à l'hygiène publique, et qui comprennent, d'une part, la profession et le genre de vie des vénériens, et en particulier des femmes; d'autres part, la géographie des maladies vénériennes et des principaux foyers de contagion dans la ville de Paris.

Pour le moment, je ne vous donnerai que le résultat des statistiques ayant trait à la fréquence relative des trois espèces de maladies vénériennes, c'est-à-dire de la syphilis, de la blennorrhagie et du chancre mou, pendant l'année 1869 et le premier semestre de l'année 1870. Je comparerai ensuite ce résultat à celui des statistiques antérieures et à celui des statistiques de 1871, 1872, 1873, 1874, 1875 (1er semestre).

II

En 1869, messieurs, le nombre brut des malades qui se sont présentés à ma consultation a été de 9,238, répartis de la manière suivante, selon les mois :

En janvier, 814; en février, 704; en mars, 788; en avril, 837; en mai, 921; en juin, 916; en juillet, 790; en août, 716; en septembre, 763; en octobre, 738; en novembre, 658; en décembre, 593.

Mais, comme je vous le faisais remarquer, le chiffre de 9,238 est illusoire, puisqu'il comprend tous les malades qui ont fait acte de présence à chaque consultation, par conséquent ceux qui sont venus une première fois, aussi bien que ceux qui sont revenus par la suite un plus ou moins grand nombre de fois. En réalité, je n'ai soigné, à ma consultation, cette année-là, que 3,547 *individus différents*.

III

C'est donc sur ce chiffre de 3,547 que doit porter notre statistique comparative.

Voyons comment se répartissent, dans ce total, la syphilis, la blennorrhagie et les chancres mous :

A. Syphilis. — Pour la syphilis, j'ai eu soin de mettre dans un tableau séparé l'accident primitif, c'est-à-dire le chancre induré ou syphilitique, et les accidents consécutifs.

Or le nombre des *chancres syphilitiques* a été de 680, répartis ainsi qu'il suit :

En janvier, 55; en février, 73; en mars, 72; en avril, 49; en mai, 48; en juin, 47; en juillet, 49; en août, 49; en septembre, 72; en octobre, 66; en novembre, 57; en décembre, 43.

Le nombre des *accidents syphilitiques* consécutifs a été de 503 :

En janvier, 32; en février, 23; en mars, 52; en avril, 37; en mai, 44; en juin, 53; en juillet, 41; en août, 70; en septembre, 53; en octobre, 44; en novembre, 23; en décembre, 31.

Avant d'aller plus loin, je tiens à vous faire remarquer qu'aucun des malades du premier tableau, comprenant les chancres syphilitiques, ne se retrouve dans le tableau des accidents consécutifs, bien qu'ils soient venus plus tard se faire soigner pour la conséquence inévitable de leurs chancres.

Il en résulte, messieurs, que j'ai eu à ma consultation de 1869 1,183 cas de syphilis, soit primitive, soit consécutive.

IV

B. Blennorrhagies. — Passons maintenant à la blennorrhagie. Le nombre des blennorrhagies, tant simples que compliquées, s'est élevé à 1,633.

Dans ce nombre, il y a eu 1,178 *blennorrhagies simples*, ainsi réparties, suivant les mois :

En janvier, 74; en février, 97; en mars, 108; en avril, 90; en mai, 97; en juin, 120; en juillet, 111; en août, 123; en septembre, 117; en octobre, 119; en novembre, 57; en décembre, 65.

Le chiffre des *blennorrhagies compliquées d'orchite* a été de 430 : 29 en janvier, 41 en février, 39 en mars, 29 en avril, 35 en mai, 45 en juin, 26 en juillet, 40 en août, 33 en septembre, 48 en octobre, 36 en novembre, 29 en décembre.

Celui des *blennorrhagies compliquées de rhumatisme* ne s'est élevé qu'à 12 : 2 en janvier, 2 en février, 2 en avril, 1 en juin, 1 en juillet, 4 en août.

Enfin les *blennorrhagies avec cystite du col* ont été au nombre de 13 : 4 en février, 2 en mai; 1 en juin, 3 en août, et 3 en septembre.

Le total des blennorrhagies compliquées a donc été de 455.

Je vous développe un peu ces statistiques, bien que le détail n'entre pas strictement dans notre sujet, parce qu'il me semble que vous y pouvez puiser plus d'un renseignement curieux et instructif.

V

Abordons le point capital, c'est-à-dire la question du *chancre simple*.

C. Chancres simples. — J'ai compris dans un même tableau le *chancre simple* lui-même et son *bubon symptomatique* toutes les fois qu'étant virulent, ce qui est la règle, il s'est converti lui-même en une ulcération chancreuse.

Ne vous attendez pas, messieurs, à trouver des chiffres aussi considérables que les précédents. Il n'y a eu, en effet, dans toute l'année 1869, que 367 chancres simples ou bubons chancreux, ainsi répartis suivant les mois :

En janvier, 45 ; en février, 23 ; en mars, 47 ; en avril, 39 ; en mai, 31 ; en juin, 22 ; en juillet, 20 ; en août, 29 ; en septembre, 38 ; en octobre, 31 ; en novembre, 17 ; en décembre, 25.

VI

Si nous rapprochons les nombres afférents aux trois classes de maladies vénériennes, nous avons donc :

En première ligne, les affections blennorrhagiques qui ont été de 1,633 ;

En deuxième ligne, les syphilis tant primitive que consécutive, qui ont été de 1,183 ;

Et en troisième ligne, les chancres simples avec leurs bubons, qui ont été de 367 (1).

Il en résulte que les chancres mous et les bubons chancreux ne sont entrés en 1869 que pour un huitième et demi environ dans le nombre total des maladies vénériennes ;

Qu'ils ont été :

A la blennorrhagie, dans la proportion de 1 à 4,4 ;

A la syphilis, dans la proportion de 1 à 3,2 ;

A la blennorrhagie et à la syphilis réunies (2,816), dans la proportion de 1 à 7,6 ;

Et enfin aux jeunes chancres indurés ou syphilitiques, dans la proportion de 1 à 1,8 ou de 1 à 2 moins deux dixièmes.

Ces chiffres, messieurs, n'ont pas besoin de commentaires. Ne prouvent-ils pas de la manière la plus évidente qu'à l'époque dont je parle, le chancre mou et son bubon étaient très-inférieurs en nombre aux deux autres maladies vénériennes ? Cette décroissance me frappa d'autant plus que j'étais imbu de l'idée que le chancre mou était infiniment plus commun que le chancre syphilitique, et qu'il ne le cédait comme nombre qu'à la blennorrhagie. Vous verrez qu'il en était, en effet, ainsi autrefois, comme le prouvent plusieurs statistiques dignes de toute confiance.

VII

Mais continuons à analyser nos statistiques avant de remonter plus haut, dans le passé, et voyons ce que nous donnera, comme résultat, le premier semestre de l'année 1870.

Le nombre brut des malades qui ont fait acte de présence à ma consultation, pendant les six premiers mois de 1870, a été de 4,071, répartis, selon les mois, de la manière suivante :

En janvier, 692 ; en février, 603 ; en mars, 718 ; en avril, 704 ; en mai, 614 ; en juin, 740.

Sur le chiffre de 4,071, il n'y a eu en réalité que 1,812 malades distincts, dont l'observation a été prise.

A. Syphilis. — *Chancres syphilitiques ou indurés.* — Leur nombre a été de 364, ainsi répartis :

En janvier, 92 ; en février, 47 ; en mars, 50 ; en avril, 71 ; en mai 52 ; en juin, 52.

Accidents syphilitiques consécutifs. — Ils se sont élevés au chiffre de 163 : 36 en janvier, 21 en février, 24 en mars, 36 en avril, 17 en mai, 29 en juin.

Soit : 527 cas de syphilis tant primitive que consécutive.

(1) Ces trois chiffres donnent un total de 3,183. J'ai eu cependant 3,547 malades distincts à ma consultation. La différence de 364 représente les hypochondriaques, les individus atteints de végétations, d'herpès, de maladies cutanées supposées syphilitiques, ordinaires, d'adénopathies strumeuses et de rétrécissements, etc., enfin de toutes les affections qui ne rentrent pas dans les trois classes de maladies vénériennes.

B. Blennorrhagies. — *Blennorrhagies simples*, 502 : 75 en janvier, 79 en février, 81 en mars, 96 en avril, 70 en mai, 101 en juin.

Blennorrhagies avec orchites, 201 : 27 en janvier, 30 en février, 41 en mars, 36 en avril, 25 en mai, 42 en juin.

Blennorrhagies avec rhumatismes, 5 : 1 en janvier, 1 en mars, 1 en avril, 2 en juin.

Soit : 708 cas de blennorrhagies simples ou compliquées.

C. *Chancres mous.* — Le nombre de chancres mous et des bubons suppurés et devenus chancreux a été de 212, ainsi répartis, suivant les mois :

En janvier, 45 ; en février, 20 ; en mars, 39 ; en avril, 34 ; en mai, 27 ; en juin 47.

En additionnant les chiffres ci-dessus, on trouve pour les trois espèces de maladies vénériennes la somme de 1,447 malades, qui est inférieure de 365 au total des malades venus à la consultation pendant ces six mois. Ce nombre 365 comprend les végétations, les bubons strumeux, les herpès, les éruptions non syphilitiques, les affections communes, etc., en un mot, tout ce qui n'est pas chancre mou, syphilis ou blennorrhagie.

Il résulte donc des tableaux ci-dessus que les chancres simples ont été dans la proportion de :

1 à 5,6 et un peu plus par rapport au nombre 1,235, qui exprime la somme des syphilis et des blennorrhagies ;

1 à 2,3 par rapport au chiffre 502 des syphilis primitive et secondaire ;

1 à 1,7 et une fraction par rapport aux chancres syphilitiques,

Et 1 à 3,3 par rapport aux blennorrhagies.

Enfin ils ne représentent environ qu'un septième du nombre total des maladies vénériennes.

(*A suivre.*)

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DU BEC-DE-LIÈVRE DOUBLE COMPLIQUÉ (1).

Par le docteur G. Petiau.

Conclusion. — L'opération du bec-de-lièvre double compliqué de saillie même très-considérable de l'os intermaxillaire peut être faite immédiatement après la naissance. Cette opération est d'autant plus justifiable que les principaux inconvénients sont évités facilement par la méthode préconisée par M. le professeur Richet.

On doit diviser l'opération en deux temps séparés par un intervalle de quelques jours. L'enfant pourra ainsi triompher plus sûrement de la vive commotion dont sa santé aura à souffrir. Ces deux temps sont ainsi répartis :

A. Résection ou ablation complète de l'os intermaxillaire ; B. réunion des parties molles.

La résection ou l'ablation du tubercule osseux est effectuée au moyen de la pince-écraseur de M. Richet, sans avoir à redouter une hémorrhagie qui presque toujours est mortelle. La réunion des parties molles s'obtient avantageusement par le procédé de Clémot (de Rochefort) modifié par Husson, Giraldès, mais à la condition de prendre les plus minutieuses précautions de médecine opératoire, surtout lorsqu'on arrive aux points de suture. Ceux-ci doivent être faits au moyen de fils de soie très-tenus, passés à travers les téguments avec les aiguilles les plus fines possible.

Cette dernière condition, du reste, est peut-être dans toute opération auto-plastique, et spécialement dans celles pratiquées chez les enfants, la plus indispensable à observer en vue d'un succès complet.

(1) In-8 avec 3 planches. — Prix : 3 francs. — Paris, Adr. Delahaye.

THÉRAPEUTIQUE

Des usages thérapeutiques du Bromure de Camphre.

Depuis que nous avons entretenu nos lecteurs de l'action thérapeutique du bromure de camphre, ce médicament a été l'objet de nouvelles recherches que nous allons résumer succinctement.

Tout d'abord, nous pouvons dire que la préparation chimique du bromure de camphre est devenue aussi parfaite que possible, et, à l'appui de cette assertion, nous rappellerons que, dans la séance de l'Académie des sciences tenue à l'Institut de France le 9 août dernier, M. le professeur Wurtz a présenté à ses collègues de magnifiques cristallisations de bromure de camphre obtenues par M. le docteur Clin.

Mais ce qui nous intéresse le plus au point de vue de la pratique médicale, c'est de connaître les résultats fournis par l'emploi du bromure de camphre. La thèse inaugurale de M. le docteur Pathault (1) va nous donner à cet égard d'importants renseignements.

Après avoir résumé les expériences entreprises sur ce sujet, tant en France qu'en Angleterre, et les avoir vérifiées et complétées sur quelques points, l'auteur rapporte un grand nombre d'observations, les unes recueillies dans divers hôpitaux de Paris, les autres empruntées aux auteurs étrangers.

Nous trouvons, en premier lieu, deux observations de *chorée*. La première, communiquée par M. le docteur Desnos, médecin de la Pitié, est relative à une jeune fille de dix-huit ans. Le bromure de camphre fut donné le 5 décembre, et la dose fut portée successivement de deux dragées de 10 centigrammes chacune à douze (soit 1 gr. 20). Le 18 décembre, la malade quittait l'hôpital « considérablement améliorée. »

La seconde observation, recueillie par M. Emery, interne de M. Gallard, à la Pitié, concerne un homme chez lequel le chloral fut d'abord employé, et à doses élevées, mais sans succès. Le bromure de camphre fut alors administré. Le malade prit par jour jusqu'à quinze dragées (préparation du docteur Clin). L'amélioration se produisit rapidement et le malade sortit guéri de l'hôpital.

M. Pathault signale ensuite les bénéfices retirés du bromure de camphre dans le *delirium tremens*, par Deneffe et O'Hara, puis il examine les résultats que ce médicament a donnés dans l'*hystérie* et les *accidents hystériformes*. Après avoir transcrit l'opinion favorable de Hammond, Lawson, et du professeur Tommasi, il relate tout au long les observations françaises.

Chez une malade du service de M. Vulpian, sujette à des phénomènes hystériques divers, surtout à du tremblement et à des palpitations cardiaques, le bromure de camphre (de cinq dragées à vingt, soit 2 grammes, fit disparaître tous les accidents.

Le docteur Mathieu a employé cet agent thérapeutique chez une femme, âgée d'une trentaine d'années, qui avait des palpitations, des bouffées de chaleur alternant avec de la pâleur de la face, un sommeil difficile et agité, une exaltation de la sensibilité morale, des névralgies erratiques, des tremblements convulsifs, une anesthésie incomplète des membres du côté gauche. « Les antispasmodiques ordinaires, les narcotiques n'ayant pas amené d'amélioration sensible, j'eus recours, dit le docteur Mathieu, aux dragées de bromure de camphre du docteur Clin; je débutai par quatre dragées seulement, qui amenèrent dès la première nuit un calme relatif. Les nuits suivantes, le sommeil redevint normal; le pouls, qui avait atteint 135 pulsations, revint à 80 et 85, et se régularisa. Ces résultats étaient bien dus au bromure de camphre, car j'avais supprimé tout autre médicament, y compris le bromure de potassium. »

Une femme du service de M. Potain, à l'hôpital Necker, vit diminuer ses accès d'hystéro-épilepsie sous l'influence de huit à dix dragées, données quotidiennement.

Une autre malade du même service, hystérique sujette à des palpitations cardiaques avec soulèvement du corps thyroïde, éprouva une sédation notable et eut moins d'insomnie après avoir pris tous les jours pendant quelque temps huit dragées de bromure de camphre. Entre autres phénomènes, on a remarqué une diminution du pouls, qui est descendu de 90 à 68.

Le paragraphe suivant est consacré à l'*épilepsie*. Des dix observations qu'il contient, les neuf premières ont déjà été publiées par M. le docteur Bourneville. Nous nous contenterons de résumer ici la dernière, elle suffira pour éclairer nos lecteurs.

Il s'agit d'une malade du service de M. Charcot, âgée de trente-huit ans et épileptique depuis l'âge de vingt ans. Elle prit successivement de cinq à neuf *Capsules de Clin au bromure de camphre* (1 gramme à 1 gr. 80); au bout de cinq mois de traitement, on nota ce qui suit : tandis que dans les cinq mois de 1874 cette femme avait eu quinze accès et vingt-deux vertiges, dans les cinq mois de traitement (1875) elle n'a eu que onze accès et seize vertiges. N'est-ce pas là une amélioration sérieuse, étant donnée l'ancienneté du *mal caduc?*

C'est ici, croyons-nous, le lieu de mentionner une observation communiquée à la *Société médicale de Reims* par M. le docteur Decès. X..., trente-huit ans, est épileptique depuis l'âge de quatorze ans. Il a été soumis d'abord au bromure de potassium, qui cette fois n'a pas paru donner de résultats. Le bromure de camphre fut administré le 1er octobre. Dès ce moment il s'est produit une amélioration notable. Avant ce traitement, X... avait une attaque tous les huit à dix jours; à partir du 1er octobre jusqu'à ce jour, 2 décembre, il n'a eu que deux accès. Il est resté cinq semaines sans être malade, tandis que, depuis l'âge de quatorze ans, il avait eu une attaque au moins tous les quinze jours (1).

Les détails, d'ailleurs très-intéressants, que nous avons donnés sur les *affections du système nerveux*, nous obligent à être bref sur les autres maladies dans lesquelles le bromure de camphre a été avantageusement prescrit.

M. Pathault relate deux cas de *dyspnée* : l'un concernant un jeune homme de vingt-trois ans, sujet à des accès de dyspnée dont il s'est trouvé débarrassé après l'usage du bromure de camphre ; l'autre, une malade du service de M. Potain, qui a été grandement soulagée par le médicament.

L'auteur nous apprend ensuite que, dans un cas de *névralgie du trijumeau*, M. Desnos a obtenu de bons effets des capsules de bromure de camphre.

Les propriétés sédatives du bromure de camphre fournissaient une indication tout à fait logique de son emploi dans certaines affections des organes génito-urinaires ; c'est en effet ce qui a eu lieu, et nous devons dire de suite que les résultats acquis dès maintenant sont très-encourageants : 1° un malade du service de M. Vulpian, souffrant de *pollutions* nocturnes, a été considérablement soulagé par l'usage des dragées de bromure de camphre du docteur Clin ; 2° une malade dont l'observation a été communiquée par M. le docteur Siredey, médecin de l'hôpital Lariboisière, sujette à des accès de ténesmes vésical et anal très-douloureux, avec mictions très-fréquentes, compliquant une phlegmasie péri-utérine, a été remarquablement calmée par les *capsules* au bromure de camphre préparées par le docteur Clin; 3° un homme de quarante-deux ans, dont l'histoire a été rapportée par M. Desnos, ressentait depuis trois mois des douleurs à la région hypogastrique, s'irradiant vers les testicules. Elles étaient exagérées par la marche, les mouvements et le contact de l'urine avec la muqueuse vésicale. Les envies d'uriner, très-fréquentes, peu abondantes, étaient redoutées du malade, qui ne les satisfaisait qu'au prix des plus vives souffrances. Les symptômes observés du côté de l'appareil génito-urinaire, d'après M. Desnos, devaient être attribués bien plus à des troubles nerveux qu'à un véritable catarrhe de la vessie. Du 1er au 17 avril, le malade suivit un traitement avec les dragées de bromure de camphre. A sa sortie le 17 avril « la miction se fait normalement, les douleurs vésicales paraissent être presque complétement dissipées. Le malade ressent bien parfois quelques élancements douloureux, mais on ne peut pas comparer ces douleurs fugitives aux douleurs tenaces qu'il accusait à son entrée à l'hôpital. »

M. Lannelongue, chirurgien à l'hospice Bicêtre, qui a pu étudier

(1) *Des Propriétés physiologiques du bromure de camphre et de ses usages thérapeutiques.* — Paris 1875, chez Adrien Delahaye. — In-8° de 50 pages, avec 6 figures. — Prix : 1 fr. 50.

(1) *Bulletin de la Société médicale de Reims*, 1874, p. 222.

avec soin l'action du bromure de camphre dans les affections des organes génito-urinaires, a formulé ainsi son opinion : « Dans les cystites du col l'action du bromure de camphre se produit assez rapidement : 1° lorsque les cystites sont douloureuses et que la douleur n'est sous la dépendance d'aucune altération organique (cystites névralgiques); 2° dans les cystites du col d'origine congestive, liées à une altération vasculaire du col provoquées sous l'influence de causes multiples, si le catarrhe vésical s'ajoute à la cystite les effets sont à peu près nuls; 3° ils sont marqués lorsque le catarrhe est léger, de même lorsqu'une prostatite plus ou moins aiguë s'ajoute à la cystite du col; 4° enfin nous citerons un cas de *priapisme*, consigné tout dernièrement dans le *Progrès médical*, cas dans lequel le bromure de camphre a rendu des services.

Les faits qui précèdent, recueillis par des médecins étrangers et par des médecins français, mettent hors de doute l'action thérapeutique du bromure de camphre. Au point de vue pharmacologique, il est à regretter que ce médicament ne puisse être administré sous forme de sirop. En revanche, nous devons à M. le docteur Clin deux préparations faites avec le plus grand soin : les *Capsules* et les *dragées*. Ce sont ces préparations qui ont été prescrites dans tous les cas recueillis en France. Elles sont faites avec un produit très-pur, qui a eu le mérite d'attirer l'attention des chimistes les plus distingués. Elles sont dosées avec la plus rigoureuse exactitude. Les *dragées* renferment chacune 10 centigrammes de bromure de camphre. Les *Capsules*, à enveloppe de gluten et rapidement décomposées dans l'estomac, contiennent chacune 20 centigrammes de bromure de camphre; elles sont donc préférables lorsque la dose doit être élevée. Ce dosage rigoureux d'un médicament est une qualité précieuse, car le médecin peut, selon les circonstances, modifier sa prescription.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement contre les syphilides papulo-hypertrophiques par le nitrate d'argent activé par le contact du zinc métallique. — M. le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, signale l'emploi du nitrate acide de mercure dans le traitement des syphilides papulo-hypertrophiques, contre lesquelles M. Fournier se contente de prescrire le repos et les soins d'hygiène. Mais, ce caustique causant de violentes douleurs lorsque l'ulcération des surfaces hypertrophiées est d'une grande étendue, M. Chéron badigeonne la surface de la plaie soit avec une solution de nitrate d'argent à 10 pour 100, soit encore, si les surfaces ulcérées sécrètent abondamment, avec une solution d'acide picrique à saturation qui tarit rapidement la sécrétion. Malgré les avantages obtenus par ce caustique, celui-ci doit néanmoins céder la place à un mode de traitement préconisé par M. Corradi, et dont M. Chéron a obtenu les succès les plus rapides. Il consiste dans la cautérisation au nitrate d'argent retouchée avec un cylindre de zinc.

Voici comment agit ce nouveau cathérétique. On sait que, lorsqu'on touche les tissus avec une solution de nitrate d'argent, celui-ci se décompose sous l'influence du contact de la matière organique et que l'argent métallique s'unit à la substance organisée dont elle amène la modification. Dans cette application, il se développe un courant électrique, facilement appréciable par le galvanomètre, et qui cesse avec la réduction complète du sel d'argent. Les deux conducteurs qui se rendent au galvanomètre sont en argent et traversent un tube de verre qui les isole. Leurs extrémités plongent dans la goutte de nitrate d'argent, mise en contact avec les tissus organiques.

Si l'on applique la même expérience au nitrate d'argent aidé du zinc métallique, on constate d'abord que, lorsqu'on applique une solution au nitrate d'argent sur les tissus, il se passe un certain temps avant que ceux-ci prennent la coloration noire caractéristique, laquelle se manifeste instantanément si on touche avec le zinc métallique la partie badigeonnée avec la solution.

En un mot, des expériences de M. Chéron il résulte que dans la cautérisation avec le nitrate d'argent la réduction de l'argent métallique est lente, tandis que, si à cette cautérisation on ajoute le contact du zinc, la réduction de l'argent est instantanée, conséquemment la modification des tissus organiques plus rapide et plus profonde.

D'après les recherches de statistique faites par M. le docteur Conche, il résulte que, sur vingt-six malades traités par le procédé de M. Toumie la durée moyenne du traitement jusqu'à la guérison a été de cinquante-trois jours; d'environ un mois, pour vingt-trois malades traités par la cautérisation avec le nitrate, acide de mercure, et enfin de huit jours, à peu près, pour dix-huit malades traités par le procédé de M. Conche.

Il importe donc de fixer l'attention sur ce fait, que si les syphilides papulo-hypertrophiques tendent à disparaître dans un temps relativement court, sous l'influence des soins de l'hygiène et du traitement général, on obtient des résultats bien plus rapides par l'emploi de certaines modifications, et en particulier du nitrate d'argent, dont l'action est activée par le contact du zinc métallique. (*Gazette médicale.*)

Traitement de la chorée par l'hyoscyamine. — M. le docteur Oulmont paraît avoir obtenu d'assez bons résultats de l'hyoscyamine dans le traitement de la chorée. Généralement l'amélioration apparaît vers le huitième ou le neuvième jour du traitement. En augmentant la dose du médicament au début de l'amélioration, celle-ci se prononce davantage et semble avoir plus de chances de durée. D'autres fois elle ne s'est manifestée que le quinzième jour; et dans la chorée chronique, elle n'est apparue que le vingtième jour.

Assez souvent, l'amélioration est précédée de phénomènes de saturation; sècheresse de la gorge, dilatation des papilles. L'amélioration, une fois produite, augmente graduellement quand on persiste dans la médication. Il suffit de suspendre le médicament, pendant quelques jours, pour qu'on perde le bénéfice des résultats obtenus.

Sur cinq malades que M. Oulmont a traités de la sorte, deux sont sortis de l'hôpital complétement guéris. Chez les trois autres, il restait, soit dans la tête, soit dans les membres, quelques secousses qui auraient probablement disparu si les malades avaient consenti à continuer leur traitement. La durée du séjour à l'hôpital a varié de vingt jours à deux mois.

M. Oulmont croit donc pouvoir conclure que l'hyoscyamine exerce sur certaines maladies, sur les névroses agitantes et en particulier sur la chorée, une influence heureuse. (*Bulletin de thérapeutique.*)

Injections de sang dans le tissu cellulaire. — L'innocuité des épanchements sanguins dans le tissu cellulaire, leur disparition rapide, pouvaient donner l'idée d'injecter du sang dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans le but d'améliorer l'état général d'un malade épuisé par des hémorrhagies abondantes.

Il résulte, en effet, des expériences de MM. Poncet, de Karst (de Kreusnach), de Sandenbeiges (de Stuttgard), que l'injection sous la peau d'un animal d'une certaine quantité de sang défibriné, à la température de 37 à 38 degrés, provenant d'un animal de même espèce, tiré au moment même, est tout à fait inoffensive.

Voici un cas rapporté par M. le docteur Nicaise, dans lequel il pratiqua la transfusion du sang *in extremis* chez une femme atteinte de cancer du col de l'utérus. 15 grammes environ de sang furent injectés dans le tissu cellulaire, la canule ayant quitté la veine par suite d'un mouvement intempestif de la malade. Il tend à prouver la même innocuité de ces injections chez l'homme, et peut-être leur utilité.

Le 30 avril, jour de l'opération, l'état de la malade est très-grave; palpitations extrêmement violentes. P. 160.

Le 1er mai, il n'y a plus de palpitations. Pas de syncope ni de frissons. Au pli du coude, la tumeur a disparu, l'épanchement paraît résorbé.

La malade n'en est pas moins morte le 3 mai.

A l'autopsie, on ne trouve plus de tumeur; le tissu cellulaire, sans être augmenté d'épaisseur, est noirâtre.

Les parois de la veine piquée sont épaissies; la lumière en est di-

minuée, la piqûre oblitérée. Au-dessus de la piqûre, dans l'intérieur de la veine, il existe un petit caillot filiforme de 2 centimètres de long.

M. Nicaise ne prétend pas invoquer ce fait en faveur de l'injection du sang dans le tissu cellulaire, substituée à la transfusion intro-vasculaire ; il se borne à faire remarquer que les 15 grammes de sang épanché ont été très-rapidement résorbés, et que la malade s'est trouvée mieux momentanément. — (*Gazette médicale de Paris.*)

Le sirop de strychnine dans le catarrhe pulmonaire. — M. Siredy emploie, dans le cas de catarrhe bronchique avec emphysème, une médication que M. Barthez avait préconisée chez les enfants dans des cas où l'accumulation de mucosités dans les bronches trahissait une insuffisance des muscles pulmonaires. Voici la formule que prescrit M. Siredey :

Sirop simple. . . . . 100 grammes.
Sulfate de strychnine. . . . . . . 5 centigr.

Prescrire deux ou quatre cuillerées par jour.

Ce médicament est un excellent expectorant. — (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

ÉTAT SANITAIRE.

Paris : Population (recensement de 1872), 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 17 septembre 1875, on a constaté 825 décès, savoir :

Variole, 2 ; rougeole, 12 ; scarlotine, 4 ; fièvre typhoïde, 19 ; érysipèle, 2 ; bronchite aiguë, 16 ; pneumonie, 31 ; dyssenterie, 2 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 45 ; choléra nostras, » ; angine couenneuse, 14 ; croup, 16 ; affections puerpérales, 9 ; autres affections aiguës, 261 ; affections chroniques, 329, dont 137 dues à la phthisie pulmonaire ; affections chirurgicales, 31 ; causes accidentelles, 32.

Londres : Population, 3,445,160 habitants. — Décès du 5 au 11 septembre 1875, 1,492. — Variole, 2 ; rougeole, 25 ; scarlatine, 71 ; fièvre typhoïde, 13 ; érysipèle, 7 ; bronchite, 70 ; pneumonie 52 ; dyssenterie, 3 ; diarrhée, 190 ; choléra simple, 12 ; diphthérie, 5 ; croup, 11 ; coqueluche, 69.

New-York : Population, 1,060,000 habitants. — Décès du 15 au 21 août 1875, 718. — Variole, 7 ; rougeole, 2 ; fièvre typhoïde, 13 ; érysipèle, » ; bronchite, 6 ; pneumonie, 32 ; dyssenterie, » diarrhée, 470 ; croup, 2.

Rome : Population, 256,153 habitants. — Décès du 23 au 29 août 1875, 178. — Variole, » ; rougeole, 3 ; scarlatine, » ; fièvre typhoïde, 6 ; érysipèle, » ; bronchite, 6 ; pneumonie, 9 ; diarrhée, » ; diphthérie et croup, 2.

Pesth : Population, 270,476 habitants. — Décès du 29 août au 4 septembre, 1875, 208. — Variole, 1 ; rougeole, » ; fièvre typhoïde, 7 ; érysipèle, » ; pneumonie, 6 ; bronchite, » ; diarrhée, 31 ; diphthérie, 3 ; croup, 2.

Bruxelles : Population, 188,264 habitants — Décès du 29 août au 4 septembre 1875, 68. — Variole, » ; rougeole, » ; scarlatine, » ; fièvre typhoïde, » ; érysipèle, » ; bronchite et pneunomie, 10 ; croup, » ; diarrhée infantile, 13.

Nice : Population, 49,230 habitants. — Décès du 15 au 31 août 1875, 58. — Variole, » ; rougeole, » ; fièvre typhoïde, 1 ; érysipèle, 1 ; bronchite, 1 ; pneumonie, 1 ; diphthérie et croup, 4.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 18 septembre 1875, sont promus au grade de médecin-inspecteur dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

M. Gueury (Louis-Joseph), médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Lille, en remplacement de M. Marit, décédé ; M. Brault (François-René) médecin principal de 1re classe attaché à l'école d'état-major, en remplacement de M. Cazalas, passé dans le cadre de réserve.

— Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Duchenne (de Boulogne), qui a succombé samedi à la cruelle maladie dont il était atteint depuis longtemps.

Ses obsèques ont eu lieu hier lundi 20 septembre, à l'église Saint-Roch.

— On lit dans le *Lyon médical* : La crainte exprimée la semaine dernière du développement d'une épidémie de petite vérole semble ne pas devoir se réaliser. Les salles réservées aux varioleux dans les hôpitaux civils ont reçu cette semaine peu de malades ; d'autre part, la maladie a disparu des hôpitaux militaires, où affluent toujours de nombreuses fièvres typhoïdes, qui, comme l'année dernière, sont fournies presque exclusivement par les casernes de la rive gauche du Rhône. En ville et dans les hôpitaux civils on observe également des fièvres typhoïdes en général peu graves.

A côté des affections saburrales toujours présentes, mentionnons quelques cas de fièvre intermittente, des névralgies et des érésypèles.

Quelques suites de couches compliquées à la maternité de la Charité.

Affections aiguës des organes respiratoires rares ; phthisiques fortement éprouvés, et partant nombreux décès par phthisie : 28 sur 147.

De la marche et de la durée du chancre syphilitique, et des syphilides vulvaires dans le cours de la gestation, par le docteur CERNATESCO. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Leçons de cliniques sur une nouvelle méthode de traitement de la blennorrhée (goutte militaire), par le docteur TARTEUSON. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 112. — JEUDI 23 SEPTEMBRE 1875. 48e ANNÉE. JEUDI 23 SEPTEMBRE 1875. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été ouverte hier pour apprendre à l'assistance que l'Académie venait de recevoir des deux membres qu'elle vient de perdre récemment, M. Desportes et M. Demarquay, deux legs importants : le premier, de 30,000 francs, destiné à la fondation de prix et de récompenses pour des travaux relatifs à la thérapeutique; le deuxième de 100,000 francs, pour aider l'Académie à se créer un asile digne d'elle, et, au cas où cette destination deviendrait inutile, pour la fondation d'un prix dont l'Académie aurait à choisir le sujet dans un large cadre de questions qui laissera une grande part à son initiative.

Voilà assurément une première partie du programme de la séance qui a dû porter la joie dans le cœur du trésorier de l'Académie. Mais c'était tout, hélas ! et il nous a fallu, après cette communication, assister à ce triste spectacle de voir le président se lever pour dire : Il n'y a rien à l'ordre du jour, la séance est levée.

Comment, il n'y a rien à l'ordre du jour ! et les rapports officiels, et les rapports sur les travaux accumulés depuis des années dans les cartons, et les discussions engagées sur le scorbut, sur le typhus, etc., etc. ! Que fait donc le bureau, qui a particulièrement dans ses attributions la fixation de l'ordre du jour des séances ? Il est vrai que le bureau est réduit lui-même en ce moment dans la même proportion à peu près que l'Académie elle-même. Il est vrai encore que les communications officielles sont singulièrement ralenties, sinon interrompues, que les rapporteurs se reposent, pour la plupart, des travaux et des fatigues de l'année.

Quant aux plus intrépides, ceux qui ne se fatiguent ni ne se reposent jamais, ils courent les congrès. Après l'association britannique, l'association française; après l'association française, le congrès de Bruxelles. Jusqu'à ce qu'il plaise à l'Académie de reprendre son activité habituelle, c'est là qu'il nous faut chercher désormais les sujets de nos communications et de nos analyses.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC

Rareté actuelle du chancre simple (1).

Leçon recueillie par M. HUGONNEAU, interne du service.

VIII

Vous le voyez, messieurs, les résultats que donne la statistique ne diffèrent pas beaucoup pour l'année 1869 et la première moitié de l'année 1870.

Il suffit de rapprocher les chiffres pour s'en convaincre; ainsi :

En 1869, le chancre mou représente le huitième des trois maladies vénériennes réunies.

En 1870, il en représente le septième.

A. En 1869, il y a 1 chancre mou pour 4,4 blennorrhagies. En 1870, il y a 1 chancre mou pour 3,3 blennorrhagies.

B. En 1869, il y a 1 chancre mou pour 3,2 syphilis. En 1870, il y a 1 chancre mou pour 2,3 syphilis.

C. En 1869, il y a 1 chancre mou pour 1,8 chancres syphilitiques. En 1870, il y a 1 chancre mou pour 1,7 chancres syphilitiques.

Peu importe que les chiffres ne concordent pas absolument; ce que vous devez retenir et ce qui vous est péremptoirement démontré, c'est que le chancre mou n'occupe que le troisième rang, comme nombre, parmi les maladies vénériennes, et que le chancre syphilitique est à peu près deux fois plus fréquent que lui.

Ce résultat n'aurait rien d'extraordinaire en lui-même, s'il ne se trouvait en contradiction avec les statistiques faites à une époque antérieure et plus ou moins éloignée de nous. C'est ici le lieu de remonter dans le passé et de rechercher quelle était alors la fréquence relative des trois espèces de maladies vénériennes.

IX

Je causais de cette question, il y a quelques jours, avec un des maîtres les plus éminents de la syphiliographie moderne, avec M. le docteur Bassereau, à qui nous devons la grande découverte de la dualité chancreuse. Je lui disais que la rareté du chancre mou s'accusait de jour en jour, à tel point qu'il se passait des mois entiers sans que j'en visse un seul cas à ma consultation.

« Du temps que vous faisiez vos belles recherches sur les

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 septembre.

chancres à l'hôpital du Midi, lui demandai-je, quel était le rapport numérique des espèces vénériennes entre elles? »

M. Bassereau eut l'obligeance de revoir ses notes et de me répondre la lettre suivante, dont je suis heureux de vous donner quelques extraits :

« J'ai tenu note, dit-il, pendant deux années, 1837 et 1838, de tous les malades qui se sont présentés à la consultation de M. Ricord, qui était la seule très-suivie. Les chancres indurés ne fournissent qu'une proportion d'un quarantième sur cette masse de malades, de 300 en moyenne par semaine. Mais notez que ce n'est pas 1 chancre induré sur 40 non indurés, mais 1 sur 40 malades atteints de toute espèce de maladies vénériennes, blennorrhagies, orchites, affections syphilitiques de tout âge; quelquefois même on trouve dans mes relevés des affections non vénériennes, lupus, cancers du testicule, tubercules du testicule, cancers du pharynx, farcin, etc., etc. On pourrait faire le triage, ce qui serait un bien long travail. Dans tous les cas, à première vue, on peut dire que les chancres indurés sont aux chancres non indurés comme 1 est à 30. »

Peut-être ce chiffre 30 est-il trop élevé, même pour l'époque dont parle M. Bassereau; mais, en le réduisant beaucoup, de moitié, si vous voulez, voyez, messieurs, quels changements profonds se sont produits en trente-trois ans dans la fréquence relative des maladies vénériennes.

Ainsi, en 1837-1838, les chancres syphilitiques représentaient le *quarantième* environ de la masse totale des consultants.

En 1869-1870, ils représentaient à peu près la *treizième* partie de tous les malades venus une fois ou revenus plusieurs fois, qui, en un mot, avaient fait acte de présence à la consultation.

Et si, pour ces deux dernières années, vous cherchez, à l'aide des chiffres que je vous ai donnés, le rapport du chancre induré avec la somme des blennorrhagies, des chancres mous et des syphilis consécutives, vous trouverez que ce rapport est de 1 à 3,4.

Mais c'est surtout le changement entre les deux espèces de chancres qui est frappant, puisque il y a trente-cinq ans le chancre induré était au chancre mou ce que 1 est à 15, 20, ou 30, tandis qu'en 1869-1870 il était comme 2 est à 1.

X

Les statistiques postérieures aux années 1837-1838 nous donneront-elles les mêmes résultats? Elles ne manquent pas, messieurs, et nous pourrions en interroger un grand nombre. Je me contenterai de consulter les principales, celles qui ont fait loi, pour ainsi dire, jusqu'à nos jours.

Je prends un ouvrage classique et des plus remarquables sur les maladies vénériennes, le traité de M. Rollet, de Lyon, publié en 1865. Ce savant médecin, à l'article *Nombre et fréquence du chancre simple*, s'exprime ainsi : « On s'est demandé si toutes les maladies vénériennes étaient aussi fréquentes les unes que les autres, ou si, au contraire, il n'y avait pas plus de blennorrhagies que de chancres simples, plus de chancres simples que de syphilis. Ces recherches sont plus délicates qu'on ne pense, et il est fort difficile de réunir des éléments comparables. En effet, ces maladies n'ont pas une évolution uniforme : les unes sont de courte durée; les autres parcourent des périodes beaucoup plus longues, ou sont sujettes à de nombreuses récidives. En tenant compte de toutes ces causes d'erreurs, j'étais arrivé, après avoir fait le dépouillement de plus de deux mille cas, à conclure que les maladies vénériennes s'observaient, à Lyon, dans de telles proportions que la blennorrhagie formait environ les cinq douzièmes, le chancre simple les quatre douzièmes, et la syphilis les trois douzièmes du nombre total (1). »

Dans ses *Recherches sur les maladies vénériennes*, publiées en 1861, M. Rollet avait déjà dit que la proportion dans laquelle se trouvait le chancre syphilitique par rapport au chancre simple était en général de 1 à 3.

XI

Voici maintenant un relevé fait par M. Basset pendant un semestre à l'Antiquaille :

Maladies vénériennes. (La syphilis secondaire et la syphilis tertiaire étant éliminées.)	Blennorrhagie. .	49 p. 100
	Chancre simple.	35 —
	Chancre syphilitique.	16 —

M. Chabalier a trouvé, pendant six mois de séjour à l'Antiquaille, 118 chancres simples pour 90 chancres syphilitiques, et M. Burlet, au même hôpital, 77 chancres simples pour 54 chancres syphilitiques.

Laissons de côté la blennorrhagie. N'envisageons que les rapports du chancre simple avec le chancre syphilitique. Que trouvons-nous en réunissant ces statistiques? Que les chancres simples étaient à Lyon, en 1860 et les années suivantes, juste deux fois plus nombreux que les chancres syphiliques. C'est l'inverse, comme on l'a vu, qui existait à l'hôpital du Midi en 1869-1870.

De 1840 à 1852, à ce même hôpital du Midi, la supériorité numérique du chancre simple sur le chancre syphilitique était encore plus considérable qu'à Lyon. Sur 10,000 chancres observés pendant cette période par M. Puche, il s'est trouvé en effet que :

8,045 étaient des chancres simples et
1,955 des chancres syphilitiques;

c'est-à-dire que les chancres mous étaient aux chancres indurés dans la proportion de 4 à 1.

Plus tard, il est vrai, vers 1856, la statistique dressée sur les chancres observés en un trimestre à la consultation de M. Ricord, dans le même hôpital, donna des résultats différents; ainsi :

Sur 341 chancres, on constata 215 chancres simples et 126 chancres syphilitiques. Les premiers étaient donc aux seconds dans la proportion de 1,7 à 1.

En 1861, M. le docteur Martin fit à Saint-Lazare, dans le service de M. Clerc, le relevé de 150 cas de chancre. Sur ce nombre, il y avait :

Chancres simples. 105
Chancres syphilitiques. . . . 45

c'est-à-dire un peu plus du double des premiers que des seconds.

XII

A la même époque, M. Belhomme faisait à l'hôpital du Midi une statistique qui donnait des résultats diamétralement opposés à ceux que nous venons de citer. Il est vrai qu'elle ne portait que sur les malades entrés dans les salles pendant les dix premiers mois de l'année 1861, au lieu de comprendre tous les chancres qui se présentaient à la consultation. Or on reçoit habituellement les chancres syphilitiques plutôt que les chancres simples, les premiers étant plus gros de conséquences et

(1) *Traité des maladies vénériennes*, par Rollet. — Paris, Victor Masson, 1865, p. 80.

d'un traitement plus compliqué que les premiers. De telle sorte qu'une statistique des chancres dressée sur les malades admis dans l'hôpital sera toujours plus favorable aux chancres syphilitiques qu'une statistique faite sur les malades de la consultation.

Quoi qu'il en soit, pendant les dix premiers mois de l'année 1861, on trouva dans le service de M. Cullerier 123 chancres simples seulement et 230 chancres infectants, c'est-à-dire presque deux accidents primitifs pour un ulcère simple.

N'est-ce pas là, messieurs, un fait remarquable? Retenez, je vous prie, cette date de 1860-1861. Elle est importante dans l'histoire du chancre mou. C'est, en effet, vers cette époque que paraît s'être montrée pour la première fois son infériorité numérique. Elle n'a pas été continue ni progressive; elle a passé par de nombreuses alternatives. Il y a même eu plus tard des années où cette espèce de maladie vénérienne a repris, au point de vue du nombre, le rang qu'elle occupait autrefois. Bien plus, elle a sévi pendant toute la durée des deux siéges et les mois suivants, sous forme épidémique, pour devenir ensuite plus rare qu'elle ne l'avait jamais été à aucune époque. Mais n'anticipons pas sur les événements, et tâchons de suivre le chancre mou dans toutes ses fluctuations pendant ces quinze dernières années.

(A suivre.)

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. E. Guibout.

De l'eczéma (1).

(Leçon recueillie par M. Muzelier, interne du service.)

Variétés au point de vue de la configuration.

L'eczéma nous offre encore à considérer plusieurs variétés d'après sa configuration. Tantôt il est *généralisé* et disposé *symétriquement* de chaque côté du corps, suivant des lignes et des surfaces parfaitement semblables d'un côté à l'autre; tantôt il est *circonscrit* et formé de plaques isolées, disséminées sans ordre apparent, quelquefois groupées autour des régions articulaires. L'existence de cette dernière forme se rattacherait le plus souvent, d'après M. Bazin, à une origine arthritique.

L'*eczéma nummulaire* est caractérisé par des plaques arrondies qui rappellent la forme d'une pièce de monnaie. Il devient l'*eczéma sparsum* lorsque les plaques sont réparties et disséminées sur des surfaces plus ou moins vastes, et en nombre plus ou moins considérable. Ces deux formes ont, en général, une durée très-longue, et laissent très-peu de place à l'action des moyens de thérapeutique.

L'*eczéma orbiculaire* emprunte sa forme particulière à la disposition des parties sur lesquelles il siége de préférence. C'est au pourtour des orifices naturels, de la bouche, de l'anus, qu'on le rencontre le plus souvent. Il est caractérisé par l'existence de fissures multiples et rayonnées qui forment comme une sorte d'auréole autour de ces orifices.

L'*eczéma centrifuge* ou *serpigineux* présente des bords sinueux, irréguliers dans leur contour et leur direction; ses lésions suivent une marche périphérique envahissante et s'accroissent par la circonférence, tandis que les parties centrales primitivement atteintes se guérissent et reviennent à l'état normal. M. Bazin considère aussi l'eczéma centrifuge comme une manifestation de la diathèse arthritique. C'est à la face palmaire des mains et à la face plantaire des pieds que cette variété se rencontre le plus souvent. Plus que toute autre, elle s'accompagne de fissures, de rhagades et de fendillements de l'épiderme.

Variétés d'après le siége.

Considérons maintenant l'eczéma au point de vue de ses variétés de siége. Nous rappellerons d'abord que, comme toutes les maladies cutanées à sécrétion humide, l'eczéma affecte une prédilection particulière pour les régions où la peau offre le plus de finesse et d'humidité naturelle.

L'eczéma a, en effet, comme le psoriasis, des lieux d'élection où il siége de préférence et où l'on est toujours sûr de le retrouver. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'il se généralise et qu'il envahit indistinctement tous les points de la surface cutanée. Etudions-le dans les différentes régions qu'il peut occuper. Lorsqu'il siége sur le cuir chevelu et d'une façon générale sur les parties recouvertes de poils, il prend le nom d'*eczéma pilare*. Cette variété présente des particularités qui sont en rapport avec la nature du terrain où elle se développe.

Dans l'*eczéma pilare*, en effet, la sécrétion morbide ne peut se déverser et s'étaler librement à la surface des parties malades. Elle se trouve, au contraire, retenue et comme emprisonnée par les cheveux et les poils, qui constituent une sorte de feutrage dont le contact est irritant pour les parties excoriées et suintantes. De ces diverses conditions il résulte une intensité habituellement très-vive dans la maladie, et une fétidité repoussante causée par la rétention des produits exhalés sous la trame inextricable que les cheveux et les poils opposent à leur issue, et quelquefois la production de très-nombreux parasites que l'on voit pulluler dans l'épaisseur de la chevelure. D'autre part, celle-ci empêche l'application des moyens topiques nécessaires pour la guérison des parties malades. Aussi l'eczéma, dans toutes ces régions, est-il en général persistant et tenace.

L'*eczéma des oreilles* est grave en raison des désordres qu'il peut déterminer du côté de l'organe de l'ouïe, et de la surdité qui en est la conséquence. Dans certains cas, en effet, il peut dépasser ses limites ordinaires, et, abandonnant les parties externes, pénétrer dans le conduit auditif et envahir jusqu'à l'oreille moyenne. Il résulte de cette complication un affaiblissement notable du sens de l'ouïe, et quelquefois même une surdité complète. On observe également des troubles fonctionnels marqués dans l'eczéma du pourtour de la bouche. Ces troubles sont la conséquence des altérations que l'inflammation eczémateuse fait subir aux tissus qu'elle envahit. Ils sont en rapport avec l'épaississement, avec l'induration, avec la perte de l'élasticité et de la souplesse naturelles du derme. Nous nous expliquons ainsi la formation de ces fissures et de ces rhagades si douloureuses et si gênantes au point de vue des mouvements de l'orifice buccal. Dans certains cas, même, la maladie peut envahir la cavité buccale et déterminer sur la muqueuse qui la revêt de véritables ulcérations.

L'*eczéma des paupières* offre une gravité qui est en rapport avec l'obstacle apporté au fonctionnement de ces voiles si nécessaires à l'intégrité du globe oculaire. Il s'accompagne de blépharite et de conjonctivite, et aboutit souvent à l'induration et à la rétraction du tissu des paupières. De là résultent des entropions et des ectropions très-difficiles à guérir.

L'*eczéma des seins* est une des variétés qu'il nous importe de connaître, parce que c'est une de celles qui se rencontrent le plus souvent dans la pratique. Il reconnaît quelquefois pour cause le contact irritant des lèvres de l'enfant pendant l'allaitement. Il s'accompagne alors très-souvent de phlegmons et

(1) Fin. — Voir le numéro du 21 septembre.

d'abcès qui rendent impossible l'allaitement et forcent la nourrice à priver le nouveau-né d'une source précieuse d'alimentation.

L'*eczéma des seins* est une des plus fréquentes complications de la gale. Il coexiste ordinairement alors avec des lésions semblables, qui se développent au niveau des poignets et des espaces interdigitaux.

L'*eczéma du nombril* se présente sous forme de plaques rouges et humides très-semblables, au premier aspect, à des plaques muqueuses.

Dans l'*eczéma intertrigo* il existe une condition particulière au développement de la maladie : c'est l'adossement des surfaces cutanées à elles-mêmes et le frottement qui en résulte. Il y a dans cette disposition une cause permanente d'irritation, et c'est là ce qui nous explique la fréquence de l'eczéma en certains lieux d'élection : chez les jeunes enfants, à la face postérieure des oreilles et à la partie postérieure du cou; chez les personnes pourvues d'embonpoint, au pli inguinal, au périnée, dans la rainure interfessière. L'*eczéma intertrigo* présente une certaine gravité lorsqu'il siége sur les parties génitales : *à la vulve*, il détermine des ulcérations et fait naître des écoulements qui peuvent en imposer pour des flux blennorrhagiques. Il provoque des démangeaisons insupportables et peut même devenir, par l'effet de l'irritation qu'il entretient, une puissante cause d'onanisme ; sur *la verge*, il forme comme une carapace douloureusement et difficilement extensible, et apporte ainsi un obstacle plus ou moins complet à l'accomplissement de l'acte du coït.

Nous donnerons encore une mention particulière à l'*eczéma de l'aisselle*, parce que cette variété se complique souvent de phlegmons qui suppurent et qui nécessitent par là l'intervention des moyens chirurgicaux.

Nous devons encore envisager l'eczéma à la face *dorsale* et à la face *palmaire* des mains. L'eczéma de la face dorsale est désigné généralement sous le nom d'*eczéma manuale*. Il se distingue par son excessive fréquence et se présente sous l'influence de trois causes essentiellement différentes :

1° Il est le résultat de contacts irritants, de travaux pénibles, de frottements prolongés avec des substances solides ou liquides à température basse ou élevée, auxquelles la sensibilité de la peau n'a pu s'habituer. C'est la forme connue généralement sous le nom de *gale des épiciers;* on la trouve en effet très-souvent chez des gens adonnés à cette profession. On la trouve aussi chez les chauffeurs, chez les cuisiniers, chez les forgerons, chez les teinturiers, chez tous ceux, en un mot, dont les mains sont exposées à une action irritante quelconque.

2° L'*eczéma manuale* est encore *parasitaire*, c'est-à-dire qu'il existe comme complication de la gale et sous l'influence de l'inflammation déterminée sur la peau par l'existence des acares.

3° Enfin l'*eczéma manuale* est *herpétique*, et, dans ce cas, il est beaucoup plus tenace et beaucoup plus rebelle au traitement. Cela est vrai surtout lorsqu'il siége sur les parties latérales des doigts, car alors sa durée est prolongée par les frottements que ces parties exercent les unes sur les autres et par l'irritation continuelle qui en résulte.

L'*eczéma palmaire* doit être rapproché de l'eczéma *plantaire*. Ces deux formes offrent, en effet, un certain nombre de caractères communs. Dans chacune d'elles, la lésion primitive présente le même aspect, la même marche, les mêmes dimensions, c'est-à-dire qu'elle est beaucoup plus volumineuse que la lésion ordinaire de l'eczéma, et qu'elle suit une marche beaucoup plus longue. Nous dirons, en d'autres termes, que dans ces deux variétés de l'eczéma la lésion élémentaire n'est point représentée par une *vésicule*, comme dans les formes habituelles de la maladie, mais qu'elle est constituée par des bulles, c'est-à-dire par des sortes de soulèvements séreux de l'épiderme, qui donnent à la lésion cutanée une certaine ressemblance avec le *pemphigus*. Cette forme particulière de la lésion primitive s'explique par la disposition du feuillet épidermique qui revêt la face palmaire des mains et la face plantaire des pieds. L'épaisseur de ce feuillet, son adhérence, son inextensibilité, constituent, en effet, autant d'obstacles qui s'opposent à l'expansion de la vésicule et l'empêchent de se faire jour librement au dehors. Gênée dans son développement, la vésicule est forcée de s'étaler sous l'épiderme qui la bride, et se réunit finalement aux vésicules voisines, en donnant lieu à ces larges phlyctènes qui offrent tant d'analogie avec les bulles du pemphigus. Ces phlyctènes mettent un temps assez long à se former; à un moment donné, elles s'ouvrent et laissent échapper leur contenu, puis disparaissent en laissant derrière elles des fissures profondes et douloureuses. C'est dans cette variété d'eczéma que l'on observe cette desquamation par plaques larges et épaisses, semblables aux plaques de la desquamation scarlatineuse.

Nous mentionnerons encore, avant de terminer, l'*eczéma des ongles*. Nous avions vu déjà le psoriasis s'attaquer à l'ongle et déterminer, par les altérations dont il s'accompagne, la chute de cet organe.

Nous voyons, de même, l'*eczéma onguéal* entraîner la perte de l'ongle, mais par un procédé inverse de celui qui appartient au psoriasis. Ce n'est point, en effet, par l'*extrémité libre*, c'est-à-dire par les parties inertes de l'organe, que débute l'affection : dans l'eczéma, les lésions marchent des parties vivantes aux parties inertes de la matrice et du feuillet dermique qui l'enveloppe à l'extrémité adhérente. De même que, dans le psoriasis onguéal, dans l'eczéma onguéal on observe une ulcération profonde de l'organe, qui, privé de ses moyens d'attache et de nutrition, finit par se luxer et par tomber complétement. Telles sont les variétés que l'eczéma nous présente à considérer d'après le siége qu'il peut occuper.

Cette nomenclature si longue serait incomplète, toutefois, si nous n'accordions une mention spéciale à l'*eczéma des membres inférieurs*. De toutes les variétés que nous venons de passer en revue, il n'en est aucune qui soit plus fréquente et qui emprunte à son siége plus de gravité que celle-ci. Nous avons décrit ailleurs cet amincissement de la peau, cet aspect luisant et comme vernissé, cette tendance aux congestions passives et aux ulcérations qui s'observent sur les membres inférieurs atteints d'*eczéma chronique*. Nous allons maintenant entrer dans une autre phase de l'étude de la maladie qui fait le sujet de ces leçons.

LITHOTRITIE CHEZ LA FEMME

Par M. le docteur TRIAIRE (de Tours).

La femme L..., âgée de quarante-huit ans, demeurant à Tours, me fait demander le 5 avril 1875, pour que je lui donne mes soins au sujet d'une affection utérine dont elle souffre, dit-elle, depuis cinq ans. Cette femme, notablement amaigrie, d'une anémie prononcée, me raconte qu'elle a été traitée par plusieurs médecins qui lui ont conseillé des injections, l'usage d'un pessaire, et diverses préparations médicamenteuses qu'elle ne peut indiquer. Elle accuse une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, des douleurs dans les reins, une excessive difficulté dans la miction, qui ne peut s'accomplir qu'avec de violentes coliques et au prix de postures bizarres.

Quoique ces symptômes me portent à soupçonner une autre affec-

tion que celle qui est indiquée par la malade, je pratique l'exploration utérine ; malgré l'examen le plus complet et le plus minutieux, je ne peux rien découvrir. La matrice est dans sa situation normale; il n'y a ni abaissement ni déviation; pas d'engorgement; aucune ulcération.

J'annonce à la malade le résultat négatif; je lui apprends que je crains plutôt pour elle une affection de la vessie, telle qu'un calcul, et lui propose de m'en assurer en pratiquant immédiatement le cathétérisme, ce qui est accepté. J'explore aussitôt la vessie avec le seul instrument que j'aie sous la main, la sonde de trousse en argent, dont j'obture l'extrémité. A peine est-elle introduite que je sens distinctement le calcul. Je lui imprime à diverses reprises plusieurs chocs que la patiente perçoit également. Retirant la sonde aussitôt, j'affirme la présence de la pierre à la malade et à sa famille et propose de la broyer. La première séance de l'opération est acceptée pour le lendemain 6 avril.

Au jour convenu, en présence du docteur Rey, chirurgien honoraire de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, je pratique un premier brisement du calcul. L'instrument le saisit sans peine; je le broie deux fois de suite et fais conduire la patiente dans son lit.

Dans la journée, la malade urine déjà librement, ce qui ne lui était arrivé depuis longtemps, et elle évacue en urinant une assez grande quantité de petits fragments. Elle n'a pas de fièvre et prend quelques potages.

Le 7 avril, nouvelle séance de cinq à six minutes. Deux fragments sont encore saisis et broyés. La journée se passe bien. L'opérée continue à expulser de petits graviers. Pas de fièvre. Appétit.

Le 9 avril, troisième séance. Après une exploration plus longue que les précédentes, je parvins à saisir et à broyer un fragment fort petit. Après quelques recherches infructueuses pour en trouver d'autres, j'abandonne la malade à elle-même.

Journée excellente. La malade urine parfaitement; elle a rendu encore une grande quantité de débris calculeux. Elle se lève dans la journée.

Le 10 avril, nouvelle et dernière exploration. On ne trouve plus rien. L'opérée se remet à ses occupations deux jours après. Elle a repris du teint, de la force, de l'embonpoint, n'éprouve plus aucun des accidents dont elle a été victime pendant des années, et depuis son opération jusqu'à ce jour sa guérison ne s'est jamais démentie.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES TUMEURS DU TESTICULE (1).

Par le docteur J. Nepveu.

Conclusion. — Les tumeurs perlées testiculaires naissent de l'épithélium testiculaire; les kystes qui les accompagnent ont pour origine les canalicules testiculaires. L'épithélioma, l'adenome, l'athérome testiculaires, ont le même point de départ. — Les encéphaloïdes testiculaires sont le plus souvent des tumeurs mixtes; les divers épithéliums du parenchyme séminal (ép. vasculaire, ép. lymphatique, ép. testiculaire) sont frappés en même temps que le tissu conjonctif dont la lésion est la plus importante. Le plus fréquemment la base de ces encéphaloïdes est du sarcome lymphoïde (sarcome embryoplastique, médullaire, tumeur embryoplastique des auteurs). Ils débutent par la paroi des canalicules eux-mêmes. — Le squirrhe peut se montrer dans le testicule. — Le tubercule du testicule existe sous les trois formes : granulation grise, le tubercule fibreux, la tuberculose disséminée. Les deux premières formes peuvent être isolées ou réunies en masse. — Nos observations de fongus, de gomme, de vaginalite hémorrhagique, de myome testiculaire et de tumeurs du scrotum sont des faits isolés, qui peuvent être le point de départ de discussions d'un grand intérêt, mais ne permettent pas de déduction générales.

(1) In-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adr. Delahaye.

REVUE DE LA PRESSE

Plaies par instruments piquants et tranchants à l'hôpital dei Pellegrini, à Naples. — La *Gazette* a reçu, tout récemment, le troisième volume des *Annales cliniques de l'hôpital des Pèlerins à Naples.* Ce volume comprend la plupart des cas de chirurgie qui se sont présentés dans cet hôpital depuis le mois de décembre 1873.

Il renferme un certain nombre de faits particulièrement intéressants, surtout en ce qui concerne le pronostic et le traitement des plaies.

Dans les hôpitaux de Paris et de Londres, les plaies par instruments piquants ou par instruments tranchants sont fort rares, de sorte que le chirurgien est placé dans de très-mauvaises conditions pour apprécier leur gravité et le meilleur traitement à employer contre elles.

A Naples, au contraire, la clinique chirurgicale compte parmi les accidents fréquents, sinon ordinaires, ces sortes de lésions. Ainsi, dans les deux ans passés en revue par le tome III des Annales en question, on a eu l'occasion d'observer vingt et une plaies par instruments à la fois piquants et tranchants; une seulement par armes à feu ; trois par instruments seulement piquants et une par instrument tranchant.

Les traitements employés dans ces cas doivent être ainsi répartis :

Réunion immédiate	21
Sutures diverses	7
Agglutinatifs	14
Pansements par occlusion	2

En laissant de côté 7 plaies de l'abdomen, dans lesquelles la pénétration resta douteuse, on eut 10 morts sur 19 cas, c'est-à-dire environ 51 pour 100.

Dans les cas où l'on eut recours à l'occlusion, on eut 1 mort sur 3 plaies, soit 33 p. 100.

Le coefficient de mortalité donné par les diverses espèces de suture est de 55 pour 100, et 25 p. 100 seulement pour les agglutinatifs.

Les conséquences tirées de cette statistique sont les suivantes :

1° La réunion par première intention est le moyen le plus sûr contre la pénétration de l'air et la péritonite, qui accompagnent si souvent les plaies pénétrantes de l'abdomen. Elle expose moins que tous les autres traitements aux hernies secondaires. Malheureusement cette thérapeutique n'est praticable que dans des conditions restreintes.

2° Le pansement par occlusion présente les inconvénients de tous les corps étrangers en rapport avec les plaies. On peut, il est vrai, remédier à ce désavantage en maintenant le tampon obturateur superficiellement, de façon qu'il ne soit jamais plus profond que les bords de la solution de continuité.

Ce pansement a l'avantage d'assurer l'écoulement facile du pus et des liquides morbides. Dans les plaies pénétrantes, il est absolument indispensable de parer aux conséquences de la suppuration, car elle arrive toujours, et malheureusement on est souvent obligé, après une réunion par première intention, d'inciser la cicatrice pour évacuer un foyer purulent intra-abdominal. L'occlusion est alors préférable à la réunion immédiate.

3° Lorsque les viscères sont atteints, il est fort difficile de conjurer la péritonite, quel que soit le moyen auquel on ait recours. Cependant l'occlusion paraît encore le meilleur mode de traitement. — (*Annali clinici dello Ospedale dei Pellegrini.* 1875.)

Cas de syphilis héréditaire (Kjellberg). — Un enfant de sexe masculin avait paru jouir d'une bonne santé pendant les quatorze premiers jours de sa vie. Au bout de ce temps, il fut pris d'un catarrhe bronchique, qui continua sans nouveaux accidents jusqu'à cinq semaines et demi.

A cette époque, des taches apparurent sur la face avec de légères ulcérations à la lèvre supérieure. Tout d'abord il paraissait frais et robuste, mais peu à peu il devint pâle.

A l'âge de six semaines (en janvier 1874), il présentait l'état suivant :

Santé générale satisfaisante. Coloration gris jaunâtre du visage. A la face surtout, sur le menton, éruption papuleuse rouge; taches de même caractère sur les jambes et sous les pieds. Ulcération d'aspect grisâtre sur la lèvre supérieure, s'étendant jusqu'à la commissure labiale. Catarrhe bronchique très-léger.

La mère avait vingt et un ans, elle était fraîche et bien portante, avait une belle chevelure et n'avait jamais été malade. Elle nie toute espèce d'antécédents syphilitiques. L'exploration la plus attentive ne peut faire découvrir de traces de syphilis du côté des organes génitaux, de l'anus, de la bouche, du pharynx ou de la peau. Elle n'avait jamais eu de fausses couches.

Le père avoue qu'en 1869 il eut la syphilis, et que la maladie suivit son cours habituel. En 1870 il aurait eu des croûtes sur la peau et une éruption sur diverses parties du corps. Il garda seulement le repos et ne fit aucun traitement. Il n'a pas non plus de traces de syphilis au voisinage des organes génitaux, de l'anus ou de la peau; seulement, on trouve quelque chose du côté des ganglions inguinaux.

L'auteur croit à un cas de syphilis héréditaire transmise par le père. — (*Hygiea* et *Nordiskt medicintest Arkir.*)

Empoisonnement par le sulfate neutre d'atropine. Traitement par l'alcool. — Le 8 août 1874, le docteur G. Tamburlini a fait l'extraction de la cataracte chez une femme affectée de cette maladie depuis huit ans. L'opération réussit bien; seulement, au bout de six heures, la malade eut un éternument. L'œil opéré fut examiné au bout de trente-six heures, il y avait un enclavement de l'iris. Applications froides de sulfate neutre; instillations de trois ou quatre gouttes d'atropine par jour (5 centigrammes dans 20 grammes d'eau).

Au bout de huit jours, le malade présentait les symptômes suivants :

Face pâle, altérée, exprimant l'épouvante; pouls petit, fréquent, 130 pulsations à la minute; peau froide et humide, pupille dilatée, céphalée intense, frisson généralisé, surtout marqué dans les membres inférieurs. T. 36°,1. Constriction au niveau du pharynx, langue sèche, sécrétion salivaire abondante, hallucinations visuelles, subdélirium. Dilatation considérable de la pupille droite, bien que de ce côté on n'eût pas même instillé une goutte d'atropine.

L'auteur, persuadé qu'il avait affaire à un empoisonnement par l'atropine, fit prendre au malade 250 grammes d'alcool. Au bout d'une demi-heure, tous les symptômes alarmants disparurent, et la température monta à 37°,6. La dilatation de la pupille droite persista. Bien que la malade ne fût point habituée à l'alcool, elle n'éprouva aucun phénomène d'ivresse. Au bout de quelque temps, tous les phénomènes toxiques disparurent par l'usage de cette médication. — (*Gazetta medica Italiana*, provincia Venete, n° 32, 1875.)

Lésions de la peau dans l'atrophie musculaire progressive (H. Balmer). — Friedreich a vu dans deux cas d'atrophie musculaire progressive des lésions de la peau des mains, se manifestant par des ulcérations et la production des kystes. Il a cru voir là une combinaison de la lèpre anesthésique avec l'atrophie musculaire. Balmer rapporte un cas de même nature observé à la clinique de Leipzig; il partage les vues de Friedreich et croit, de plus, que l'affection est sous l'influence du sympathique. — (*Arch. des Heilh.* 1875, et *Centralb. f. Chirurgie*, n° 32.)

Action produite sur les tissus par l'usage prolongé du nitrate d'argent (Kiemer). — Un ataxique prit, dans l'espace de deux ans, 34 gr. 032 de nitrate d'argent en pilules. Il présenta, au bout de ce temps, une coloration grise de toute la surface du corps, marquée surtout à la face. Le malade mourut phthisique.

A l'autopsie, on trouva une injection généralisée de tous les organes, surtout dans les trames de nature conjonctive et dans les membranes cellulaires. Nulle part l'injection n'est plus forte que dans la peau. Dans le derme, et surtout au voisinage des capillaires et des glandes sudoripares, on trouve des corpuscules d'argent pur; partout les cellules de l'épiderme étaient libres ainsi que les vaisseaux lymphatiques. On ne trouvait rien dans l'endothélium des vaisseaux sanguins, mais seulement dans la tunique adventice. De sorte que l'argent avait pénétré seulement dans le tissu connectif ou les membranes de nature conjonctive.

L'auteur pense que le nitrate d'argent a été réduit et a pénétré dans les tissus à l'état métallique, surtout au voisinage des organes sécréteurs de la peau, mais non dans l'épiderme. — (Même recueil.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 septembre 1875. — Présidence de M. GOSSELIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet, avec un mémoire et un plan descriptif à l'appui, quatre biberons d'un nouveau système à soupape, inventé par M. Jules Brière, fabricant de poterie d'Alençon (Orne).

PRÉSENTATIONS

M. GOSSELIN présente, au nom de M. le docteur Vergne, de la Châtre (Indre), une note intitulée *Sur un nouveau procédé de rhinoplastie, destiné à éviter la torsion du lambeau.* (Commission : MM. Giraldès et Alphonse Guérin.)

M. le secrétaire donne lecture des extraits des testaments de MM. Desportes et Demarquay, contenant les legs faits en faveur de l'Académie.

Voici l'extrait du testament de M. Desportes :

« Je lègue à l'Académie de médecine la somme de 30,000 francs. Les intérêts annuels de cette somme seront employés par elle à distribuer des prix et de simples récompenses :

« 1° Les prix proposés auront pour sujet la thérapeutique médicale pratique, sujet qui lui sera suggéré par quelque discussion longue, laborieuse, sur une maladie grave, difficile à connaître, et plus difficile par conséquent encore à traiter rationnellement et avec un succès plus probable qu'on n'a pu jusqu'ici espérer.

« L'Académie aura, chaque année, à employer une ou deux faibles somme de 150 francs ou 200 francs à remercier les auteurs de quelque bon mémoire d'histoire naturelle pratique et thérapeutique. »

Voici l'extrait du testament de M. Demarquay :

« Je donne par testament et en toute propriété la somme de 100,000 francs à l'Académie de médecine de Paris. Cette somme est destinée à l'aider à se créer une habitation digne d'elle. Dans le cas où le gouvernement y pourvoirait, je prie l'Académie de créer un prix de la valeur du revenu de la somme accordée, qui sera donné chaque année à l'auteur du meilleur ouvrage sur :

« 1° L'anatomie descriptive; 2° ou sur le meilleur ouvrage d'anatomie pathologique ou histologique, ou encore au meilleur ouvrage de pathologie interne ou externe ou d'hygiène. »

Après cette communication, M. le président déclare qu'il n'y a rien à l'ordre du jour et lève la séance.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

297. Linarès. Étude sur le mécanisme de la mort par le froid extérieur.

298. Jambianchi. Contribution à l'étude de l'hypertrophie de la prostate.

299. Mailletard. Contribution à l'étude de la gale.

300. Godard. De l'obstruction stercorale.

301. Magnier de la Source. Contribution à l'étude des métamorphoses et du dosage de l'acide urique.

302. Roumieu. Des différents modes de terminaison du cancer épithélial du col de l'utérus.

303. Rey. Des déformations de la trachée par les tumeurs du cou, et des moyens propres à combattre l'asphyxie qui en résulte.

304. Veyrat. Du tympan artificiel.
305. Richepin. Essai sur la fièvre jaune.
306. Vidart. Du rhumatisme blennorrhagique.
307. Solland. Considérations sur l'étiologie du mal de Pott et en particulier sur l'influence du froid.
308. Brissot. Relation d'une épidémie de scarlatine (observée à l'hôpital Sainte-Eugénie, service de M. Bergeron).
309. Pradel. Considérations sur les fractures par écrasement du calcanéum.
310. Marsat. Des usages thérapeutiques du nitrite d'amyle.
311. Espanet. Hystéricisme et hytérie du sommeil histérique en particulier.
312. Galle. Sang-Haï au point de vue médical; contribution à la climatologie médicale.
313. Itard. L'électrothérapie appliquée aux bourdonnements.
314. Masson. Des accidents asphyxiques dans les laryngites syphilitiques et de leur traitement.
315. Galippe. Étude toxicologique sur le cuivre et ses composés.
316. Bastian. Etude sur l'érysipèle.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'administration du Comité médical des Bouches-du-Rhône siégeant à Marseille, rue de l'Arbre, nº 25, vient de mettre au concours, pour l'année 1876, les trois questions suivantes :

Première question : De l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie, ses avantages et ses inconvénients par rapport aux praticiens et aux malades dans les grandes et petites villes.

Deuxième question : Origine des spécialités en pharmacie et leur valeur au point de vue scientifique; avantages et inconvénients qu'elles offrent aux médecins, aux pharmaciens et aux malades; y a-t-il lieu d'en favoriser le développement ou d'en restreindre l'usage?

Troisième question : Etude d'un point quelconque de pathologie externe. Le Comité verrait avec plaisir traiter la question de la suture des tendons.

Il sera délivré une médaille d'or, d'argent ou de bronze aux mémoires qui seront jugés dignes de ces récompenses; les mémoires devront être envoyés au plus tard le 20 mars 1876.

— En 1848, la population de la presqu'île des Yucatèques était d'environ 600,000 âmes; deux ans après, elle ne dépassait guère 300,000, par suite de la guerre avec les *Indios bravos*, et surtout par l'effet d'une épidémie de petite vérole.

Pour prévenir le retour de ce fléau terrible, le gouvernement décréta la vaccination gratuite et obligatoire; mais son décret jusqu'à ce jour est resté lettre morte. Voici pourquoi. Les Yucatèques croient que les marques de petite vérole sont le signe auquel la vierge Marie reconnaît ceux qui sont siens; et à ceux là, pas à d'autres, elle ouvre la porte du ciel. Aussi, loin de se laisser vacciner, ces Indiens vont jusqu'à arracher ou couper le morceau de chair où a été déposé le germe de l'inoculation. (*Le Tour du Monde.*)

— M. le docteur Mallez commencera ses conférences gratuites sur les maladies de l'appareil urinaire, à sa clinique, nº 3, rue Christine, le lundi 27 septembre, à 1 heure, pour les continuer les mercredis, vendredis et lundis suivants.

L'examen des malades aura lieu à midi et demi.

M. le docteur Jardin fera répéter à MM. les élèves les exercices pratiques de chimie et de micrographie pathologiques applicables aux maladies des voies urinaires.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pathologie et Clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire de bandages et d'embaumement, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-8º, avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, A. Delahaye.

Leçons de thérapeutique générale et de pharmacodynamie, par le docteur Armand de Fleury, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, etc. — 1 vol. in-8º. Prix : 8 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De quelques principes fondamentaux de la thérapeutique. Applications pratiques. Recherches sur les propriétés thérapeutiques du sulfate de quinine, de l'eau froide, de l'arsenic, du seigle ergoté, du tanin et du permanganate de potasse, de la pathogénie des lésions morbides et du traitement rationnel du choléra, par le docteur Duboué (de Pau). — 1 vol. in-8º. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Études cliniques sur quelques tumeurs malignes du maxillaire supérieur, et principalement sur le cancer de cet os, par le docteur Guillaume. — In-8º. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude sur le catarrhre de l'oreille moyenne dans le cours de la rougeole, par le docteur Cordier. — In-8º. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 113. — SAMEDI 25 SEPTEMBRE 1875. 48e ANNÉE. SAMEDI 25 SEPTEMBRE 1875. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

L'ŒUVRE CLINIQUE DE M. DUCHENNE (DE BOULOGNE).

En présence du devoir où nous étions d'entretenir nos lecteurs de la perte douloureuse et irréparable que la science et le corps médical français viennent de faire dans la personne de M. Duchenne (de Boulogne), il nous a paru que nulle place ne pouvait être mieux choisie pour rendre hommage à la mémoire de cet éminent confrère, que celle même où il a été si souvent question de ses travaux. Qu'on nous permette donc de surseoir pour un moment aux actualités que la visite des hôpitaux aurait pu fournir à notre *Revue hebdomadaire*, pour faire ici une sorte de revue rétrospective rapide des principales découvertes et des innombrables recherches pathologiques qui constituent l'œuvre clinique de M. Duchenne (de Boulogne). D'autres feront la biographie de ce confrère si universellement et si justement regretté, loueront ses qualités personnelles, rappelleront les incidents principaux de cette existence si laborieuse et si utilement remplie. En nous bornant à énumérer ses principaux travaux et à faire ressortir de leur rapprochement et de leur ensemble la nature et l'étendue des services que M. Duchenne a rendus à la science et à l'humanité, nous croyons nous acquitter envers lui de la manière qui lui eût été la plus agréable et que nous considérons comme la plus digne de lui-même.

I

Lorsque M. Duchenne arriva à Paris en 1848 ou 1849, avec les divers spécimens de l'appareil de faradisation dont il était l'inventeur et le constructeur (1) et un gros carton d'observations, d'expériences et de notes qui devaient plus tard, en se multipliant sous son incessante activité, constituer les matériaux de sa première et importante publication : de l'*Electrisation localisée*, on pouvait assurément prévoir dès ce moment qu'un homme qui entrait en lutte avec un pareil bagage, une aussi ferme volonté et cet amour pour le travail et la recherche poussé jusqu'à la passion, ne tarderait pas à faire parler de lui et à se faire une place à part dans ce tourbillon où s'agitent et se heurtent toutes les ambitions. Mais ce qui était moins aisé à deviner, ce qui dépassait peut-être toute prévision, c'était l'extension que devait recevoir ultérieurement l'œuvre de M. Duchenne par le progrès successif de ses idées et l'enchaînement logique des faits qu'il mettait graduellement en lumière et le rang auquel il devait s'élever dans ces hautes régions si difficilement accessibles de la science. C'est ce qui ressortira, nous l'espérons, aux yeux de ceux qui n'ont pas suivi comme nous pas à pas le travail de M. Duchenne dans toutes ses évolutions, du rapide exposé que nous allons essayer de placer sous leur regard.

(1) M. Duchenne s'était fait mécanicien et avait fabriqué lui-même toutes les pièces de son appareil, comme il devait plus tard se faire photographe pour reproduire avec la plus stricte exactitude et dans leur jour le plus favorable les figures de ses albums.

II

Nous venons de dire qu'avec le point de départ des travaux de M. Duchenne il était difficile de prévoir jusqu'où il devait arriver, et cependant avec un peu de réflexion on ne tarde pas à saisir l'enchaînement logique de tous ses travaux.

En effet, que trouve-t-on dans sa première publication? Des études multipliées, avec des faits en nombre considérable à l'appui, sur les effets physiologiques et les applications thérapeutiques de l'électrisation localisée des muscles ; s'il se fût arrêté là, M. Duchenne aurait déjà rendu un service incontestable à la physiologie musculaire, dont ses premières recherches étendaient la connaissance en la précisant davantage, et il eût été considéré comme un habile électricien et un spécialiste heureux. — Oserions-nous dire si c'est cette perspective ainsi limitée qui donna d'abord quelque ombrage et provoqua quelques susceptibilités de la part de quelques-uns de ceux qui s'étaient montrés dès le principe ses protecteurs et ses conseillers? On sait, en effet, que ce n'est pas sans avoir rencontré des obstacles et sans avoir soulevé autour de lui de nombreuses et durables préventions, que M. Duchenne est arrivé à atteindre le but qu'il s'était proposé.

Toujours est-il qu'il ne s'en est heureusement pas tenu là. Soit avant, soit pendant ou peu de temps après la publication de son grand ouvrage sur l'électrisation localisée, M. Duchenne publiait dans les recueils médicaux ou présentait aux académies et sociétés savantes un grand nombre de mémoires détachés, s'y rattachant tous plus ou moins directement ou en faisant même partie. Parmi ces travaux, nous rappellerons notamment : ses mémoires sur l'art de limiter l'excitation électrique dans les organes, ou nouvelle méthode de l'électrisation, sur l'application de la galvanisation localisée à l'étude des fonctions musculaires, et sur l'action spéciale de l'élec-

tricité d'induction sur la force tonique des muscles qui ont été le véritable point de départ de tous ses autres travaux; ses recherches critiques sur l'état de la contractilité et de la sensibilité électro-musculaire dans les paralysies du membre supérieur; ses recherches électro-physiologiques sur les fonctions des muscles de la face, qui furent l'objet d'un remarquable rapport de M. Bérard à l'Académie de médecine en 1850; sur les propriétés et les usages du tympan; sur les muscles de l'épaule; sur l'action particulière et les usages des muscles du pouce et des doigts de la main, dont il reconstituait la physiologie et l'orthopédie; sur le diaphragme; sur les usages de la sensibilité musculaire, sur le *sens* musculaire, etc.

De l'étude des fonctions et des propriétés musculaires, M. Duchenne devait être conduit naturellement à des applications à la pathologie et à la thérapeutique. L'un des premiers faits de pathologie qu'il a le plus contribué à mettre en lumière, grâce à sa méthode d'exploration, et qu'il a étudié et fait connaître avec beaucoup plus de précision qu'on n'avait pu le faire jusque-là, a été l'atrophie musculaire avec transformation graisseuse, qu'il a comparée plus tard, en en précisant mieux les caractères distinctifs, avec la paralysie générale et les paralysies atrophiques de cause traumatique. Parallèlement il cherchait à déterminer la valeur de l'électrisation localisée comme traitement de cette atrophie progressive, et appliquait cette méthode thérapeutique à la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance, dont il faisait également mieux connaître la marche et les signes diagnostique et pronostique, et au traitement des paralysies consécutives à l'hémorrhagie cérébrale, de l'hémiplégie faciale, de l'angine de poitrine, de la surdité nerveuse, etc. (de 1850 à 1855).

A partir de cette époque, qui correspond à la publication de la première édition de son livre, ses travaux prennent un plus grand développement, et M. Duchenne élargit de plus en plus l'horizon de ses recherches. De la physiologie et de la pathologie du système musculaire, il s'élève aux lésions du système nerveux, dont il fera désormais marcher l'étude de front avec celle des lésions musculaires. C'est alors que, sous le nom d'*ataxie locomotrice* (dénomination d'une valeur contestable, dont il n'était pas satisfait lui-même, mais à laquelle on n'a rien trouvé de mieux à substituer et qui est restée dans la science), il a décrit et fait connaître cette maladie chronique primitive attaquant simultanément plusieurs points du système nerveux cérébro-spinal, se manifestant particulièrement par des troubles de la coordination des mouvements et de la sensibilité et dont un des caractères fondamentaux est de progresser en s'aggravant d'une manière à peu près fatale. C'est à propos de cette maladie que M. Charcot, qui l'a si bien étudiée depuis, disait à ses élèves dans une de ses leçons de 1872, après les nombreuses descriptions qui en avaient été faites, qu'il ne saurait trop leur recommander d'en revenir fréquemment à celle de M. Duchenne, qui, après tout, reste toujours la meilleure.

C'est de cette même époque que date la première description qui ait été faite, comme maladie spéciale, de la paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, à laquelle M. Duchenne a donné depuis le nom de *paralysie glosso-laryngée*, et que Trousseau proposa plus tard de désigner sous le nom de *maladie de Duchenne*, pour honorer sa mémoire, comme il avait proposé auparavant, dans la même intention, de donner le nom de *maladie de Graves* ou *maladie de Bosedow* au goître exophthalmique, et celui de *maladie d'Addison* à la cachexie spéciale connue sous le nom de maladie bronzée.

III

La succession rapide de ces importants travaux, qui, en même temps qu'ils enrichissaient la clinique de faits nouveaux ou inconnus jusque-là, suscitaient de nouvelles recherches destinées à les contrôler ou à les compléter, ne tarda pas à nécessiter un remaniement dans l'œuvre devenue classique de M. Duchenne. La première édition de l'*Electrisation localisée* était, plutôt qu'un livre méthodique, une collection de mémoires, de notes où étaient consignées d'innombrables expériences sur la physiologie et la pathologie du système musculaire, qui l'avaient conduit à la découverte de nouvelles espèces morbides et lui avaient fait comprendre le genèse de nombreuses déformations congénitales ou acquises encore mal décrites ou incomplétement étudiées. Il fallait refondre et grouper d'une manière plus méthodique ces nombreux matériaux. C'est ce que fit M. Duchenne dans une deuxième édition publiée en 1861 et qui devint un traité didactique de pathologie et de thérapeutique musculaire. Une troisième édition ne tarda pas à devenir nécessaire, elle fut publiée en 1872, et cette fois encore c'était un nouveau livre, non-seulement par l'ordre et les modifications introduites dans le texte des chapitres primitifs, mais par l'addition de nouveaux résultats de ses persévérantes études. A la famille de maladies progressives dont il avait doté la pathologie et qu'il avait introduite dans la deuxième édition, il ajoutait dans la troisième une espèce morbide non encore décrite et non moins fatale par sa marche et par sa terminaison, *la paralysie pseudo-hypertrophique* ou *myosclérotique*. On y trouve, en outre, plusieurs études cliniques, également importantes, entre autres une espèce de *paralysie infantile* qu'il a appelée *obstétricale, la paralysie spinale antérieure aiguë de l'adulte et la paralysie générale spinale antérieure subaiguë*. Enfin il y a complété par des études anatomo-pathologiques et pathogéniques la description des espèces morbides précédentes et en particulier de la paralysie spinale de l'enfance.

IV

Ce n'est pas tout encore. Si le lot apporté par M. Duchenne (de Boulogne) à la pathologie et à la clinique est, comme on le voit, assez beau, il ne constitue pas son apport entier à la science. Nous avons vu que le point de départ de ses travaux avait été la physiologie musculaire, dont il a résumé depuis toutes les notions acquises à l'aide de l'expérimentation électrique et de l'observation clinique dans un livre publié en 1863 sous le titre de *Physiologie des mouvements*.

Par une première tangente, il avait été conduit aux importantes études pathologiques du système musculaire et du système nerveux que nous venons d'exposer sommairement. Une seconde le conduisait à des recherches histologiques des centres nerveux et à des études du plus grand intérêt sur le mécanisme de la physionomie humaine, à l'aide de l'analyse électro-physiologique de l'expression des passions, dont il faisait les applications ingénieuses à la pratique des arts plastiques.

C'est ainsi que M. Duchenne présentait successivement à l'Académie des sciences, à l'Académie de médecine et à diverses autres sociétés médicales, de 1864 à 1869, son autographe sur métal et sur pierre de figures photo-microscopiques du système nerveux, des recherches sur la microscopie photographique du système nerveux, une étude microscopique photo-autographiée des ganglions sympathiques cervicaux de l'homme à l'état normal, une anatomie microscopique du système nerveux, une iconographie photographique pour servir à l'étude

de la structure intime du système nerveux de l'homme et des recherches icono-photographiques sur la morphologie et sur la structure du bulbe humain.

Ce n'est pas une des parties les moins originales de son œuvre que son étude sur le mécanisme de la physionomie humaine. « Ce tableau vivant, suivant les belles expressions de Buffon, où les passions sont rendues avec autant de délicatesse que d'énergie, où chaque mouvement de l'âme est exprimé par un trait, chaque action par un caractère dont l'impression vive et prompte devance la volonté, nous décèle et rend au dehors, par des lignes pathétiques, les images de nos plus secrètes agitations. » M. Duchenne a eu, on peut le dire, la hardiesse de chercher la solution de ce grave et beau problème, en provoquant, à l'aide de courants électriques, la contraction des muscles de la face pour leur faire parler le langage des passions et des sentiments, suivant en cela cette proposition de Bacon : que l'expérience est une sorte de question appliquée à la nature pour la faire parler.

Sa prétention n'a pas été moindre, en déterminant par l'étude de l'action musculaire la raison d'être des lignes, des rides et des plis de la face en mouvement, qui par leurs combinaisons variées servent à l'expression de la physionomie, et en remontant ainsi du muscle expressif à l'âme qui le met en action, que de découvrir le mécanisme et les lois de la physionomie humaine, et de faire connaître, par l'analyse électro-physiologique et à l'aide de la photographie, l'art de peindre correctement les lignes expressives de la face humaine ou l'*orthographe de la physionomie en mouvement.*

« Rarement vit-on tant de patience unie à tant de sagacité, » disait M. Verneuil en parlant de ces recherches par lesquelles M. Duchenne venait de doter la physiologie d'un de ses chapitres les plus intéressants.

M. Duchenne est mort avec la préoccupation de poursuivre et de compléter ses recherches icono-photographiques sur la structure intime des centres nerveux, à l'état normal et à l'état pathologique.

Que l'on réunisse maintenant par la pensée ces immenses travaux, que nous sommes loin encore d'avoir tous cités; qu'on se rappelle dans quelles conditions ils ont été accomplis, sans chaire, sans service d'hôpital, sans autre laboratoire que celui qu'il s'était créé, sans autres instruments que ceux qu'il avait confectionnés lui-même, et ayant pour tout champ d'observation celui qui est ouvert dans les hôpitaux à tous les travailleurs de bonne volonté, et sa pratique particulière; qu'on se demande ce que tant de labeurs lui ont valu de titres et d'honneurs, — sur sa tombe on pourrait graver l'épitaphe de Piron ; — et l'on comprendra de quel respect doit être entourée la mémoire d'un homme qui a tant fait avec un tel désintéressement et par pur amour pour la science.

Dr Brochin.

DES MANIFESTATIONS SYPHILITIQUES

CHEZ LA FEMME ENCEINTE ET LES NOUVELLES ACCOUCHÉES (1).

Par le docteur J. Moret.

Conclusions. — La grossesse est, dans la plupart des cas, une occasion de l'apparition plus manifeste des manifestations syphilitiques, non-seulement locales, mais générales. Cette prédisposition se continue aussi après l'accouchement. — Le plus souvent la grossesse est un condition aggravant la syphilis. Non-seulement les manifestations auxquelles elle donne lieu sont plus tenaces et plus accentuées, mais la marche de la syphilis est profondément modifiée, l'évolution en est plus rapide, l'ordre chronologique des accidents altéré. — Pour certains auteurs (Bazin, Depaul, Dubuc, etc.) la contamination de la mère par le fœtus paraît être une condition désavantageuse surajoutée à la grossesse. — Le traitement doit être d'autant moins négligé pendant la grossesse, que deux individus sont en cause. Nous donnons la préférence au traitement mixte, auquel nous joignons les préparations toniques. — Si le traitement le mieux appliqué n'arrête pas toujours les manifestations syphilitiques de la mère, il peut du moins permettre au fœtus de naître à terme.

(1) In-8. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye

DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

DE L'ÉLECTRICITÉ (1)

Par le docteur Althaus (de Londres)
(traduction du docteur Darin).

La figure 35 représente le conducteur à serre-fines imaginé par le docteur Althaus pour l'électrolyse des tumeurs.

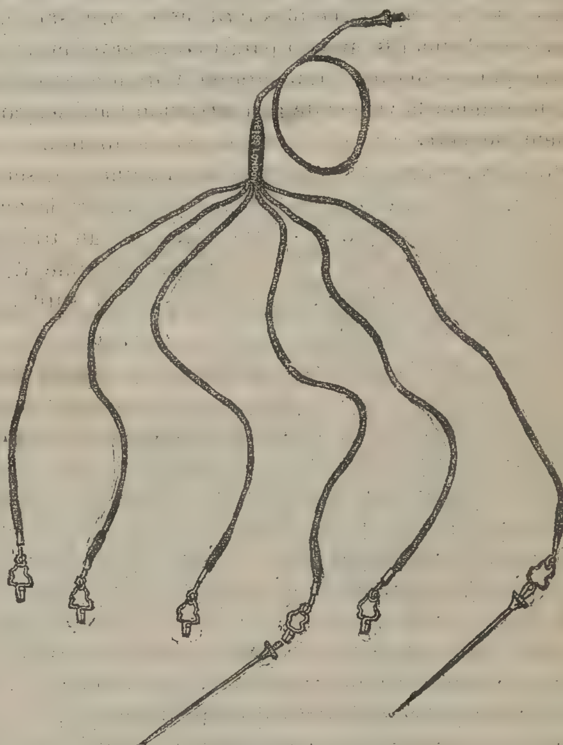


Fig. 35.

[M. Gaiffe fabrique des conducteurs à fils multiples qui, au lieu de serre-fines, se terminent par de simples goupiles destinées à s'emboîter dans des aiguilles spéciales. Outre la simplicité, nous pensons que le contact est encore mieux assuré par cette disposition.]

De l'électricité comme moyen de diagnostic.

Les différentes formes de l'électricité peuvent être utilisées pour le diagnostic :

1° Dans les affections paralytiques;

2° Pour découvrir les cas de simulation;

3° Pour rechercher la présence de projectiles dans les tissus;

4° Pour décider entre la mort réelle et la mort apparente.

1. *Paralysie.* — Les points les plus importants à rechercher, dans l'essai de l'excitabilité des nerfs moteurs et des muscles dans les diverses formes de paralysie, sont : si les muscles

(1) Suite. — Voir les numéros des 16, 23, 27 mars, 3 avril, 5 juin, 17 juillet, 5, 14, 28, 31 août, 2, 11 et 18 septembre.

répondent par contraction à l'influence électrique ou non; quelle force est nécessaire pour les faire se contracter, et s'ils répondent seulement au courant continu, ou aussi au courant induit. On peut dire d'une manière générale, que, « *quand l'excitabilité faradique et l'excitabilité galvanique sont absolument perdues, il s'agit probablement d'un cas de paralysie périphérique dû à la lésion d'un nerf moteur ou d'un plexus nerveux; et que, quand l'excitabilité faradique, aussi bien que la galvanique, est conservée, on a très-probablement affaire à un cas de maladie des centres nerveux.* Certaines exceptions doivent cependant être opposées à cette règle. Ainsi, dans des cas anciens de paralysie cérébrale, l'excitabilité faradique et la galvanique sont quelquefois diminuées l'une et l'autre, et elles peuvent avoir disparu complétement quand les colonnes antéro-latérales de la moelle sont affectées. Toutefois nous n'avons jamais rencontré de cas de paralysie cérébrale dans laquelle l'excitabilité musculaire fût entièrement abolie; et lorsqu'il s'agit de lésions des colonnes postérieures de la moelle, comme dans l'ataxie locomotrice ou *tabes dorsalis*, malgré l'existence possible d'une grande impuissance en ce qui concerne la locomotion, l'excitabilité des muscles peut être complétement conservée, et même augmentée dans des cas exceptionnels.

Dans certaines formes de paralysie périphérique, on constate que l'excitabilité galvano-musculaire existe parfois et peut même être exaltée, tandis que l'excitabilité farado-musculaire a entièrement disparu. Dans ces altérations de l'excitabilité, les nerfs et les muscles obéissent à des lois complétement différentes. Il n'y a pas augmentation de l'excitabilité galvanique des *nerfs*; mais, lorsque l'on constate une exaltation de la réponse galvanique, ce sont seulement les *muscles* qui répondent de la sorte. Après une lésion subie par un nerf et amenant de la paralysie, que la lésion ait été causée par des épanchements de nature rhumatismale ou syphilitique, ou par la contusion et la division du nerf, l'excitabilité faradique et galvanique du *nerf* commence immédiatement à diminuer, pour disparaître complétement vers la fin de la seconde semaine. Il en est tout autrement pour les *muscles*: pendant la première semaine, on n'observe aucun changement; mais au début de la deuxième semaine, l'excitabilité faradique commence à diminuer et finit par s'éteindre, tandis que l'excitabilité galvanique commence par s'élever et s'exalte, au bout de quelques jours, beaucoup au delà du degré normal; de telle sorte qu'un courant bien plus faible que celui qui est nécessaire pour déterminer des contractions dans des muscles sains, produira des effets manifestes sur les muscles paralysés. En même temps, l'excitabilité est également altérée dans sa qualité. Quand on fait agir le courant continu sur des muscles normaux, le cathode (pôle négatif) a plus d'effet que l'anode (pôle positif), et la contraction qui se produit au moment de la fermeture est plus forte que celle qui a lieu à l'ouverture; tandis que sur les muscles paralysés, l'effet de l'anode augmente au point d'égaler bientôt celui du cathode, et quelquefois même de le surpasser; et, en même temps, la contraction produite à la fermeture du circuit devient moins considérable que celle qui a lieu au moment de l'ouverture. Environ trois mois après la production de la lésion, ces phénomènes commencent à s'évanouir et se renversent pour ainsi dire, si bien que l'excitabilité galvanique descend au-dessous de la mesure normale, et que l'excitabilité faradique reviendra en partie. Ces faits prouvent avec certitude que l'action paralysante a interrompu la conductibilité du nerf, et que ce dernier est en voie de dégénérescence. En même temps, le siége de la lésion se révèlera ainsi à l'observateur intelligent, en ce sens que ces phénomènes se présentent seulement dans la paralysie périphérique, et jamais dans la paralysie centrale.

Dans les cas de paralysie provenant d'une altération des colonnes antéro-latérales de la moelle épinière, la contractilité électro-musculaire est ou diminuée ou anéantie, suivant le degré de gravité de l'affection. On a donc, de la sorte, un bon moyen pour diagnostiquer la maladie des colonnes antéro-latérales de la moelle de celle des colonnes postérieures. Dans l'ataxie locomotrice progressive, qui affecte surtout les colonnes postérieures, la réponse musculaire est généralement tout à fait normale, bien que la masse des muscles puisse avoir notablement diminué et qu'ils puissent refuser d'obéir aux ordres de la volonté.

Dans la paralysie hystérique, la réponse est normale quand le cas est récent, et affaiblie quand il est d'ancienne date. Dans la paralysie saturnine, on observe toujours une grande diminution et quelquefois une perte totale de l'excitabilité faradique dans les muscles affectés. Quand ce phénomène se rencontre principalement dans les muscles extenseurs de l'avant-bras, l'on peut affirmer presque à coup sûr qu'il y a du plomb dans l'économie. Mayer a rapporté un cas très-instructif, dans lequel il reconnut par la faradisation l'existence d'un empoisonnement saturnin, qui n'avait pas été soupçonné auparavant. Dans les recherches qui furent faites sur la provenance du plomb, après que l'attention eût été attirée sur cette circonstance par la réponse faradique particulière des muscles, on découvrit que le malade se servait depuis nombre d'années de tabac à priser empaqueté dans des feuilles de plomb, et l'analyse à laquelle on soumit le tabac démontra qu'il contenait une quantité considérable de ce métal. La source délétère ayant été supprimée, le malade fut soumis à un traitement éliminateur et électrique, sous l'influence duquel il guérit.

2. *Cas de simulation.* — Les individus qui feignent d'avoir des maladies pour des motifs plus ou moins condamnables, comme, par exemple, pour se procurer, sans travailler, des moyens d'existence; pour se soustraire à une charge ou à une obligation, ou simplement pour exciter la compassion et l'intérêt, etc., sont beaucoup plus nombreux qu'on ne le suppose généralement. Quand de pareils faits éveillent les soupçons du médecin, la faradisation de la peau avec le balai métallique et un courant énergique est quelquefois un excellent moyen de trancher la question. Ce procédé est extrêmement douloureux, sans pouvoir cependant jamais être nuisible, sauf dans les cas d'affection cérébrale, où il faut l'éviter. On ne doit donc pas hésiter à y avoir recours dans les cas suspects, parce qu'il est beaucoup plus humain que le cautère actuel, qui a souvent été mis à contribution, et qu'il est néanmoins assez désagréable pour en faire redouter la répétition. A ce propos, l'auteur cite le cas d'une jeune fille du pays de Galles, qui mourut victime d'une erreur de diagnostic, et que l'on aurait pu sauver par la faradisation de la peau, employée un petit nombre de fois, aussi bien pour s'assurer de la nature de son affection que comme moyen de traitement. La faradisation peut encore rendre des services dans les cas de simulation de certaines formes de paralysie. Nous avons réussi à démasquer ainsi la fraude d'un individu qui se disait atteint de paralysie à la suite d'un accident, dans le but d'extorquer de l'argent à une société de secours mutuels. Comme dans la paralysie périphérique les muscles perdent toujours leur excitabilité faradique, la persistance de la contractilité des muscles du bras sous l'influence des courants induits nous autorisa

à affirmer positivement que cet homme était un imposteur.

3. *Présence de projectiles dans les tissus. L'explorateur électrique* n'est pas toujours indispensable pour le diagnostic des blessures par armes à feu, mais, dans certains cas obscurs, il donnera au chirurgien investigateur des indications bien plus nettes que ne sauraient le faire tous les autres moyens à sa disposition.

Le principe de cet appareil repose sur le fait que les métaux conduisent des millions de fois mieux que le tissu musculaire ou l'os; le courant galvanique indiquera donc sans difficulté la présence d'un morceau de plomb ou de tout autre métal qui peut être enfoui dans les parties molles ou dans l'os, par une déviation de l'aiguille aimantée, en fermant le circuit; tandis que cette aiguille restera immobile si l'os ou le muscle est placé dans le circuit, au lieu du métal. Le professeur Fabre, de Marseille, a le premier suggéré l'emploi de l'explorateur électrique, et, pendant la guerre franco-allemande, les chirurgiens de l'armée allemande l'employèrent en plusieurs circonstances avec d'excellents résultats. Le professeur Liebreich, de Berlin, a construit le plus simple des appareils de ce genre, dans lequel le couple galvanique se compose de plaques de cuivre et de zinc et se charge en plaçant sur le couple un fragment de papier buvard imbibé d'eau salée. M. de Wilde, ingénieur civil, fut le premier qui proposa de se servir de la sonnette électrique dans le même but; puis Kovacs et Neudörfer fabriquèrent des instruments analogues. On répète souvent que la balle que Garibardi avait dans l'articulation du cou-de-pied fut découverte à l'aide du stylet électrique; c'est une erreur, car la présence de ce fameux morceau de plomb se révéla à Nélaton au moyen d'un stylet de porcelaine, et non par l'emploi de l'électricité.

[Comme vient de le dire le docteur Althaus, c'est M. Fabre qui a été le véritable promoteur de la méthode, mais il est juste d'ajouter que c'est à M. Trouvé qu'est dû le mérite de la réalisation.

Explorateur-extracteur électrique des projectiles de M. Trouvé. Son appareil se base : 1° sur la bonne conductibilité des métaux; 2° sur un fait expérimental démontrant que tout liquide intercalé dans le circuit d'un courant l'affaiblit assez pour ne pouvoir mettre en mouvement un électro-trembleur.

Il comprend quatre parties distinctes :

1° Une pile;

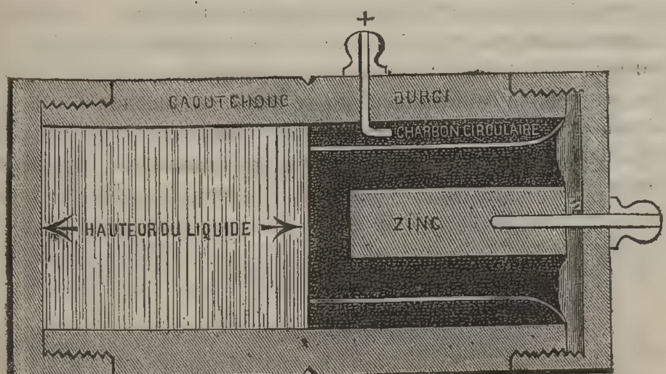
2° Une sonde exploratrice;

3° Un appareil révélateur muni d'un ou plusieurs stylets, flexibles ou non;

4° Un entracteur et, comme complément, une boussole astatique très-sensible.

La *pile* (fig. 36) est en tout semblable à celle que nous avons décrite précédemment à propos de la trousse électro-médicale de M. Trouvé.

(*A suivre.*)



36.

REVUE DE LA PRESSE

Présence des mouches comme indice des urines sucrées. — Moyen d'arrêter instantanément les palpitations. — L. Mardier signale un petit fait bon à connaître pour les praticiens. Dans les vases où il avait fait conserver certaines urines destinées à l'examen microscopique et exposées à l'air libre, il a été frappé de voir un assez grand nombre de mouches domestiques noyées dans le liquide. Ayant examiné ces urines, il y a constaté la présence du sucre qu'il n'y soupçonnait pas. Les mouches ne recherchent pas les urines privées de sucre. C'est donc là un signe probable de glycosurie.

Le même praticien appelle également l'attention sur une nouvelle manière d'arrêter pour ainsi dire instantanément les palpitations du cœur, du moins celles qui ne sont liées à aucune lésion matérielle de cet organe ou des centres nerveux. Il consiste à faire plier en deux le malade atteint de cette indisposition, la tête en bas et les bras pendants, de manière à congestionner momentanément la portion supérieure du corps. Aussitôt le cœur reprend son fonctionnement normal. En recommandant au malade maintenu dans la même position de retenir pendant quelques secondes seulement le mouvement respiratoire, l'effet produit serait encore plus rapide. — (*Union médicale.*)

Guérison de névralgie traumatique par la névrotomie directe. — M. le docteur Letiévant vient de présenter à la Société des sciences médicales de Lyon un malade atteint de névralgie d'origine traumatique, qu'il a guéri par la névrotomie directe. Voici, en quelques mots, l'observation dont cet homme a été le sujet :

Il était occupé à monter un décor, au théâtre de Lyon, quand, à la suite d'un violent effort qu'il fit en tirant sur la corde, il ressentit tout, à coup dans la région pectorale gauche, une douleur extrêmement vive à la suite de laquelle il perdit connaissance. Le traitement institué par le médecin qui le vit fut énergique : il consista en application de sangsues à l'anus, de vésicatoires au-dessous du sein, dans l'administration de narcotiques, d'antispasmodiques, de frictions.

Le malade, trouvant que son état ne s'améliorait pas, alla consulter M. le docteur Letiévant. Voici ce que ce dernier constata : la douleur ressentie par le malade était limitée sur un espace de 1 centimètre environ de la région pectorale, à quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule, un peu en dehors d'une ligne verticale passant par le mamelon, d'où elle s'irradiait vers l'aisselle, le côté gauche du cou, la tempe gauche, puis la tête. Le malade éprouvait alors une sensation de craquement dans l'oreille, de l'éblouissement et un étourdissement prononcé. Ces symptômes, qui duraient de 2 à 3 minutes, revenaient par accès, à chaque instant de la journée, sous l'influence des moindres efforts.

En présence des caractères de la douleur, M. Letiévant conclut à une névralgie d'origine périphérique, laquelle avait sa raison d'être dans une lésion, distension ou déchirure, d'un filet du nerf grand pectoral.

Le malade ayant consenti à une opération, le 22 mars, après l'avoir anesthésié, M. Letiévant pratiqua une incision de 4 centimètres sur le point précis de la douleur et dans la direction des fibres du muscle grand pectoral, incision intéressant à la fois la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose et les fibres superficielles du muscle grand pectoral. Écartant ensuite avec les doigts et la sonde les fibres de ce muscle, le chirurgien rencontra à la face profonde de celui-ci un filet nerveux dont il enleva une longueur de 4 centimètres. L'artère et les veines satellites du nerf furent également divisées.

L'artériole liée, le pansement consista en boulettes de charpie imbibées d'eau de Pagliari.

A partir de ce moment, le malade fut délivré de ses accès.

La plaie fut pansée le quatrième jour d'abord, puis deux fois par jour. Le fil à ligature tomba le neuvième. La cicatrisation était déjà fort avancée quand le malade quitta l'hôpital le 8 avril, dix-sept jours après l'opération.

Le 10 mai, M. Letiévant revit le malade : la cicatrisation était complète. Aucun accès ne s'était reproduit.

Une discussion s'est élevée à ce sujet à la Société médicale : M. Bron s'est demandé si, avant de recourir à un procedé aussi radical que la névrotomie, il n'eût pas été préférable d'essayer d'autres traitements. Il arrive souvent qu'une névralgie rebelle à tel moyen thérapeutique cède facilement à tel autre.

D'après M. Poullet, qui a soigné cet homme pendant les premières semaines de sa maladie, les symptômes observés à cette époque, syncope, fièvre intense, intermittences du cœur (à ce moment la douleur de tête n'existait pas encore), révélaient plutôt une lésion du cœur. L'état du malade fut, du reste, amélioré par la digitale, les antispasmodiques, les vésicatoires morphinés. La névralgie observée par M. Letiévant serait donc consécutive et non primitive, et la névrotomie a peut-être réussi chez cet homme en agissant comme un révulsif puissant.

Enfin M. Conche a posé la question de savoir si, avant d'exposer le malade aux graves inconvénients d'une plaie aussi considérable que celle qu'a nécessitée la section du nerf, il n'aurait pas été plus rationnel d'employer préalablement divers moyens que n'ont mis en usage ni le médecin qui a vu le malade au début, ni M. Letiévant. N'y a-t-il pas eu là, en effet, simplement rupture de quelques faisceaux du pectoral, accompagnée de tiraillements ou d'une déchirure partielle d'un filet nerveux du nerf pectoral? Ne pouvait-on pas, par conséquent, rapprocher cette *lésion* du *coup de fouet* qui se produit précisément dans les mêmes conditions ? En admettant ce diagnostic, il suffit de prescrire le repos fonctionnel, l'immobilisation de l'humérus, les injections hypodermiques profondes, au lieu d'exposer le malade à toutes les chances d'une opération.

A ces observations M. Letiévant répond que les phénomènes éprouvés par le malade avaient été les mêmes au début que ceux qu'il a constatés lui-même quand il a été appelé. Quant aux irrégularités du cœur, elles ne sont pas en opposition avec l'hypothèse d'une névralgie à forme vertigineuse, encéphalique.

Le traitement, avant l'opération, avait été très-habilement dirigé pendant trois mois, et n'avait amené aucun résultat. Les injections morphinées, que M. Conche aurait voulu voir employer, ne donnent pas toujours ce qu'on en attend, et précisément dans ce cas, bien que mises en usage, elles n'ont été d'aucune efficacité. Enfin, l'électricité qui aurait pu être employée, était un moyen trop long pour l'impatience du malade, qui avait besoin de travailler pour vivre.

L'opération était, du reste, commandée. Il y avait un point traumatisé qu'il fallait enlever, de même qu'il est indiqué d'extraire le grain de plomb ou le fragment de verre qui, introduits dans les chairs, provoquent la même série de symptômes névralgiques. — (*Lyon médical.*)

De l'intégrité des membranes dans les avortements non spontanés. — Au sujet d'une question médico-légale importante, récemment soulevée par M. Gaillard à la Société de médecine à propos de l'intégrité des membranes dans les avortements spontanés des premiers mois, M. le docteur Leblond a cherché à démontrer, par une série de onze observations recueillies dans l'espace de quelques mois, les unes dans sa pratique, les autres empruntées à divers médecins des hôpitaux, que les avortements spontanés des trois premiers mois de la grossesse se faisaient, en effet, en bloc, c'est-à-dire que l'embryon était expulsé enveloppé de ses membranes intactes.

De ces faits il résulte que les avortements des premiers mois de la grossesse se font sans rupture préalable des membranes. S'il n'en est pas toujours ainsi, du moins M. Leblond est-il autorisé à croire que l'expulsion en bloc du produit de la conception est la règle dans les avortements spontanés survenant dans les premiers mois, et que la rupture des membranes est l'exception?

Cette opinion est, du reste, celle de la plupart des auteurs. Elle est admise par MM. Jacquemier, Devilliers, Charpentier, Polaillon, Briand et Chaudé, Tardieu, Legrand du Saulle, Gallard.

Il peut arriver cependant que, l'avortement ayant été provoqué, on rencontre néanmoins l'intégrité des membranes de l'œuf. En effet, certains moyens de provoquer l'avortement ne produisent pas cette rupture. L'introduction dans le col d'un cône d'éponge préparée, l'usage de douches d'eau chaude sur le col, l'emploi de l'électricité sont dans ce cas. Le médecin expert devra dès lors rechercher les éléments de son appréciation dans les diverses circonstances qui ont accompagné le rejet de l'œuf, et non pas seulement dans l'examen du produit expulsé.

Voici les conclusions que M. Leblond tire des faits qu'il a exposés :

1° Lorsque l'avortement se fait en bloc, il est probable qu'il est spontané, à moins qu'il n'ait été provoqué par des agents qui déterminent l'expulsion de l'œuf sans en intéresser les parois.

2° Lorsque les membranes sont rompues, mais lorsqu'elles sont saines, on doit en conclure que, très-probablement, l'avortement a été provoqué.

3° Le médecin légiste ne peut rien conclure de l'examen du produit expulsé, lorsque les membranes présentent des altérations pathologiques telles que, le produit de la conception étant mort dans l'utérus depuis un certain temps, il serait presque impossible d'y reconnaîre la trace des violences qu'il aurait eu à subir. Dans ces cas, le produit ressemble à un caillot sanguin, qui passe inaperçu au milieu de ceux qui l'accompagnent. Les membranes sont infiltrées de sang, et ne se distinguent guère des parties voisines; elles sont peu résistantes et se déchirent facilement. On observe ordinairement à leur surface des lambeaux flottants, qui sont des débris de la muqueuse utérine. — (*Annales de gynécologie.*)

L'atrésie complexe des voies génitales de la femme ou hématomètre. — Voici en résumé les conclusions d'un savant travail de M. Puech (de Nîmes) sur l'atrésie complexe.

Il y a atrésie complexe alors que, le canal génital étant double, l'une des moitiés est imperforée dans une partie quelconque de son étendue. Elle ne se trahit qu'à la puberté par la manière d'être de la menstruation. Le côté ouvert excrète le sang exhalé, alors que le côté imperforé le conserve à l'état de retentum. L'hémorrhagie effectuée par le côté ouvert est ordinairement peu abondante, parfois suspendue pendant plusieurs mois. Les phénomènes de rétention débutent tantôt avant la première menstruation, tantôt en même temps que celle-ci, tantôt un peu plus tard, suivant le degré de développement de la corne du côté imperforé. Ces phénomènes consistent en douleurs à retour mensuel, qui, partant des lombes et du sacrum, vont mourir au pubis, en une pression intérieure dirigée vers la vulve, en l'apparition d'une tumeur élastique, plus ou moins douloureuse à la pression, parfois fluctuante, occupant l'un des côtés de l'hypogastre et une grande partie du bassin.

A l'exploration des organes génitaux, on constate également une tumeur dont les caractères varient suivant son siége. Si l'obstacle est placé à l'extrémité inférieure du vagin, on trouve une tumeur conique, de coloration violacée, à fluctuation évidente, siégeant sur les parois du vagin dont elle retient le calibre, et allant se perdre dans le vagin. La portion vaginale du col est, dans cette variété, alors refoulée en haut, et souvent impossible à atteindre. L'obstacle se trouve-t-il au segment moyen ou supérieur du vagin, la vulve est normale, ainsi que le vagin, dans sa partie placée au-dessous de la tumeur. La coloration violacée et la fluctuation ne sont plus appréciables, mais la tumeur conique se perd semblablement dans le bassin. La portion vaginale du col est déjetée vers le côté opposé. L'obstacle est-il placé à l'un des méats, la corne restée ouverte est flanquée latéralement d'une tumeur régulièrement sphérique située dans l'un des segments antérieurs du bassin, faisant saillie dans l'un des culs-de-sac vaginaux et se reliant à la tumeur constatée à l'hypogastre. Par suite, comme précédemment, la portion vaginale est déjetée du côté opposé.

Ces données, et l'exploration de la corne restée ouverte, avec la sonde, permettront de diagnostiquer sûrement une atrésie complexe.

Les modes de terminaison, identiques à ceux de l'atrésie simple, sont : la rupture spontanée de l'obstacle, la perforation de la cloison

intermédiaire aux deux cornes, le passage du sang de la corne dans la trompe, et de celle-ci dans la cavité péritonéale, si la péritonite est provoquée par la répétition des crises.

Quant au traitement, il consiste dans l'évacuation du retentum et le maintien de l'ouverture créée.

L'opération devra être pratiquée sept à huit jours après la cessation de l'hémorrhagie et, autant que possible, dès le début des accidents.

Vu la tendance à la récidive, l'obstacle devra être largement ouvert. On devra également s'abstenir de toute pression sur la tumeur et des examens prolongés qui disposent à la péritonite. — (*Annales de gynécologie.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

317. Lefèvre. Recherches sur les kystes hydatiques de la rate.
318. Croizet. Coïncidence et rapport du tubercule avec le cancer.
319. Héliot. Contribution à l'étude de la consanguinité.
320. Guillaume. Études cliniques sur quelques tumeurs malignes du maxillaire supérieur et principalement sur le cancer de cet os.
321. Mabaret du Basty. Des accidents produits par la piqûre des hyménoptères porte-aiguillons.
322. Gozzoli. Étude sur les tumeurs cirsoïdes de la main.
323. Giraux. Des bruits anormaux de la pleurésie.
324. Chabert. Contribution à l'étude des influences de milieu sur les phénomènes de la vie. — Des accidents qu'on observe dans les hautes ascensions aérostatiques et des effets de l'altitude sur les habitants des montagnes.
325. Surugue. De la méningite compliquant la pneumonie.
326. Boucheron. Étude sur la nutrition de l'œil et sur l'emploi thérapeutique de l'électricité dans quelques affections oculaires.
327. Le Dauphin. De la kératite interstitielle.
328. Aumont. Des grossesses extra-utérines et en particulier de la grossesse abdominale.
329. Denis. De la fièvre pernicieuse comateuse.
330. Des Chesnais. Essai sur le diagnostic général des maladies de la moelle.
331. Decaestecker. Arthralgies et douleurs articulaires; étude séméiotique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Sont nommés aides d'anatomie : M. Campenon, en remplacement de M. Pozzi; M. Bouilly, en remplacement de M. Richelot.

M. Richelot, aide d'anatomie, est nommé prosecteur, en remplacement de M. Farabœuf, dont le temps d'exercice est expiré.

— Sont nommés chefs de clinique : M. Renault, en remplacement de M. Grancher; M. Debove, en remplacement de M. Strauss.

MM. Homolle et Lacombe sont nommés chefs de clinique adjoints.

— *École de médecine d'Angers.* — M. le docteur Mottais est institué chef des travaux anatomiques pour une période de dix années.

M. le docteur Gripat est chargé des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie pour une période de neuf années.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers d'académie : MM. Boissarie (Gustave), médecin du collége de Sarlat, correspondant de l'Académie de médecine, cours d'hygiène au collége;

Le docteur Caussé, ancien professeur d'accouchement à l'hospice de Toulouse;

Delalain (Pierre-Charles), inventeur d'appareils de chirurgie, lauréat de la Faculté de médecine de Paris;

Ginain, architecte de la Faculté de médecine de Paris, inspecteur des bâtiments des facultés.

— M. le docteur Ozanne est nommé médecin du lycée de Versailles, en remplacement de M. le docteur Remilly, démissionnaire.

— M. le docteur Paris est nommé médecin adjoint du lycée de Versailles, en remplacement de M. le docteur Ozanne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des urines ictériques et pseudo-ictériques, par le docteur Rousseau. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Conférences de clinique chirurgicale faites à l'hôpital Saint-Antoine par le docteur Benjamin Anger, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Essai sur les signes du diagnostic de l'insuffisance mitrale, par le docteur Tridon. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Du staphylome opaque et de son traitement, par le docteur Duquesnay. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Contribution à l'étude de la gale, par le docteur Mailhetard. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

La pleurésie dans la gangrène pulmonaire, par le docteur Bucquoy. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Considérations sur le mouvement de l'iris, par le docteur Debouzy. — In 8°. Prix : 1 fr. 50.— Paris, Adrien Delahaye.

Du rôle des parasites dans la diphthérie, par le docteur Duchamp. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Coup d'œil sur les indications, les contre-indications et l'usage des eaux minérales de Contrexéville (source du Pavillon), par le docteur Tamin-Despalles. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Du traitement de la syphilis par les fumigations mercurielles, par le docteur Charles Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 114. — MARDI 28 SEPTEMBRE 1875. 48e ANNÉE. MARDI 28 SEPTEMBRE 1875. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. le docteur Gayat présente une note intitulée : *De la non-régénération du cristallin chez l'homme et chez les lapins.*

« Nous ne connaissons, dit l'auteur, aucun fait clinique sérieusement observé qui soit en faveur de la régénération du cristallin chez l'homme.

D'autre part, nos recherches expérimentales nous ont conduit à nier la reproduction de la lentille oculaire chez les lapins.

Cette dernière opinion, qui contredit celles ayant généralement cours, a été formulée par nous en 1873, dans la réunion pour l'avancement des sciences à Lyon, avec pièces anatomiques et dessins à l'appui.

Aujourd'hui nous pouvons l'affirmer plus nettement encore et établir que :

1° Chez les jeunes lapins, à l'intérieur de la capsule cristallinienne ouverte avec ménagements et débarrassée de la presque totalité de la lentille, on observe souvent, après plusieurs semaines, des masses plus ou moins transparentes ayant quelques-uns des caractères histologiques du cristallin normal;

2° Chez les lapins plus âgés, ces productions sont moins constantes, et leurs caractères anatomiques diffèrent davantage de ceux du cristallin normal ;

3° Les masses intra-capsulaires, regardées jusqu'aujourd'hui comme des productions nouvelles, sont uniquement la conséquence du développement normal des éléments cristalliniens qui restent adhérents à la capsule, même dans les cas d'extraction la plus complète de la lentille ;

4° La masse cristallinienne observée est d'autant plus considérable que le temps écoulé entre l'extraction de la lentille et l'autopsie de l'œil a été plus long et aussi que l'animal était plus jeune, c'est-à-dire plus loin du terme de son développement complet;

5° La somme des masses extraites et de celles trouvées à l'autopsie de l'œil opéré s'approche sensiblement du poids du cristallin de l'autre œil demeuré intact;

6° La production est nulle ou presque nulle au voisinage des lèvres froissées de la plaie capsulaire. »

— MM. Paul et Henri Gervais communiquent à l'Académie l'*observation d'une particularité anatomique remarquable du rhinocéros.* Depuis Mertrud et Vicq-d'Azyr, qui les premiers, en 1793, avaient remarqué cette particularité, on savait que l'intestin grêle du rhinocéros présente des expansions, des saillies papilliformes plus ou moins volumineuses. La structure anatomique de ces expansions était jusqu'ici décrite d'une manière incomplète, malgré les travaux de Thomas, M. Owen, Mayer. MM. Gervais ont eu la bonne fortune de disséquer dernièrement un rhinocéros, et, après avoir soumis les expansions intestinales à toutes les épreuves de l'investigation anatomique moderne, ils ont retiré de leur observation les notions suivantes :

1° Les expansions intestinales du rhinocéros se présentent sous trois formes différentes, selon le point où on les examine. Près du canal cholédoque, elles sont sous forme de languettes. Plus bas et après le commencement du jéjunum, elles présentent des prolongements ayant leur extrémité libre un peu renflée. Vers la fin de l'iléon, elles se présentent sous une forme cylindro-conique.

2° Ces expansions ne constituent pas des villosités absorbantes, comme on l'avait pensé. Elles servent de support aux véritables villosités qui recouvrent leur surface et qui présentent les mêmes caractères histologiques que partout ailleurs. Les auteurs ont compté jusqu'à six cents villosités sur une seule expansion. Il résulte de là que la surface absorbante de l'intestin chez le rhinocéros se trouve augmentée en proportion de la surface que présentent les expansions intestinales.

— M. Lecoq de Boisbaudran demande et obtient l'ouverture d'un pli cacheté dans lequel il disait que, le 27 août 1875, il avait découvert l'existence d'un nouveau corps simple dans une blende provenant de la mine de Pierrefitte, vallée d'Argelès. Les expériences que l'auteur a exécutées depuis le 29 août le confirment dans la pensée que le corps observé doit être considéré comme un nouvel élément, auquel il propose de donner le nom de *gallium*.

Dr Édouard Fournié.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Legrand du Saulle.

La folie du doute (avec délire du toucher).

La science des maladies mentales n'est aujourd'hui basée que sur l'observation clinique d'individus préalablement séquestrés, maintenus dans un milieu à peu près artificiel, et obligés, malgré tout l'imprévu d'une situation délirante, de se

conformer de gré ou de force à la réglementation nécessaire d'un établissement hospitalier fermé. Le génie français, la bienfaisance publique et le dévouement médical sont parvenus, en face de la très-grande majorité des états pathologiques de l'esprit, à conduire la vérité scientifique jusqu'aux limites si reculées et si précises qu'elle atteint en ce moment. Mais tous les délires ne sont pas cloîtrés.

Beaucoup d'aliénés partiels, en effet, très-curieux à étudier, ayant d'eux-mêmes une connaissance très-approfondie et n'en étant que plus malheureux, errent à l'aventure, sans étiquette apparente, et se meuvent avec quelque inquiétude sur le sol fragile de la raison limitée.

Si les malades atteints de *folie avec conscience* ne se rencontrent qu'à titre exceptionnel dans les établissements d'aliénés, ils ne s'en présentent pas moins spontanément à l'examen des médecins. Ils s'expriment en termes très-nets, dépeignent toutes leurs angoisses avec la plus grande bonne foi, s'avouent souffrants et affligés, déplorent leurs manifestations morbides, réclament leur guérison avec insistance et émotion, et tiennent surtout à être rassurés à l'instant même. Ils ont besoin d'une affirmation étrangère qui soit immédiatement tranquillisante; ils sont disposés à la confiance et se laissent convaincre avec une crédulité enfantine.

La folie du doute (*avec délire du toucher*) est l'une des quatre variétés nosologiques de la folie avec conscience. Elle est constituée par une sorte de délire actif, expansif, sans rapport aucun avec le délire des persécutions et avec le délire de la mélancolie, et elle a été considérée à tort jusqu'à présent comme faisant partie tantôt de l'hypochondrie et tantôt de l'hystérie. Méconnue ou à peine soupçonnée par les auteurs, non décrite et non classée encore, mais entrevue cependant par Esquirol, Falret père, Baillarger, Griesinger, Morel et J. Falret, qui en ont rapporté çà et là quelques exemples sous des appellations diverses et tout à fait provisoires, elle se dérobe avec la plus grande facilité aux recherches précises, et elle est très-délicate à saisir à son point d'origine, dans son évolution essentiellement paroxystique, dans ses différents ordres de phénomènes et dans ses trois périodes distinctes; aussi conduit-elle très-fréquemment à des appréciations cliniques erronées et parfois à des mécomptes pronostiques assez fâcheux.

Je vais essayer de démontrer que cette aliénation très-spéciale a droit à une existence à part, qu'elle forme un chapitre malheureusement trop réel de la pathologie de l'intelligence, et qu'elle se prête volontiers à un exposé symptomatologique général facilement reconnaissable.

Chacun pourra même se souvenir tout à l'heure d'avoir rencontré un ou deux cas analogues ou complétement pareils à ceux qui vont être décrits.

Ces expressions, « folie du doute (avec délire du toucher) », accusent très-manifestement l'intention formelle de désigner la maladie par ses signes cliniques prédominants : l'interrogation mentale produite par le doute et la crainte du contact des objets extérieurs. Le doute ouvre la scène morbide. Longtemps après, les excentricités du tact la ferment. Dans la désignation nominale de la maladie, le *doute* et le *toucher* doivent être réunis. Ce sera probablement le seul moyen de fixer l'attention pour toujours sur les deux particularités pathologiques fondamentales de la névrose.

Il importe tout d'abord d'établir d'une façon sommaire que la maladie n'est point continue, qu'elle procède par bonds, par poussées, qu'elle est traversée par des phases suspensives quelquefois assez longues pour que l'on ait cru de très-bonne foi à des guérisons définitives, et que, dans sa lente évolution, elle passe ensuite par trois étapes très-nuancées et tout à fait différentes l'une et l'autre.

La première période, compatible avec les meilleures conditions de santé physique et intellectuelle, consiste dans la production spontanée, involontaire et irrésistible, de certaines séries de pensées sur des sujets indéterminés, théoriques, abstraits ou ridicules, sans illusions et sans hallucinations des sens. Ces séries de pensées se traduisent par des points d'interrogation posés à part soi, par un sentiment à la fois profond et vague de doute, et par une sorte de délibération interne, essentiellement monotone, opiniâtre et oppressive, sur les mêmes choses; et, dans quelques cas, par la représentation mentale de certaines images, ainsi que par des préoccupations fixes, attitrées et relatives à ces images. La lutte est silencieuse; l'assiégé ne se plaint pas de l'assiégeant.

La seconde période se reconnaît aux phénomènes suivants : révélations inattendues à la famille, aux amis et à l'entourage; scrupules exagérés; craintes chimériques; appréhensions et angoisses; accès véritables d'excitation avec aura épigastrique préalable; aversion pour un animal; diminution appréciable du doute et des interpellations personnelles; besoin maladif de rabâcher les mêmes choses à la même personne et d'être constamment rassurée par elle, dans des termes identiques et au besoin convenus à l'avance; peur de toucher certains objets; instincts anormaux de propreté; lavages répétés; excentricités multiples; aveux spontanés d'actes ridicules; longues phases suspensives encore possibles; conservation toujours entière de l'intelligence.

La troisième période est caractérisée par un état maladif sérieux et permanent. La situation devient chaque jour plus intolérable : toute sociabilité tend à disparaître; beaucoup d'actes normaux de la vie sont impossibles; les sorties au dehors ne sont plus acceptées qu'avec répugnance, puis refusées absolument; les mouvements sont de plus en plus lents, et plusieurs heures finissent par être dépensées soit pour la toilette du matin, soit pour chacun des repas dans la journée; le cercle des idées délirantes se rétrécit, et les angoisses augmentent en proportion; les peurs de marcher, de s'asseoir, de frôler quelqu'un, de donner la main, d'ouvrir une fenêtre ou une porte, et les répulsions invincibles pour tels ou tels objets, augmentent; les terreurs ne sont même plus exprimées, et le mouvement des lèvres trahit seul la persistance d'un langage mental; la conscience parfaite d'une situation aussi affligeante subsiste quand même; la démence n'arrive jamais, et c'est dans un état extrêmement voisin de l'immobilité que la vie se prolonge et s'éteint.

Tel est, en raccourci, l'histoire complète d'une névrose dont les premiers indices apparaissent le plus souvent à l'âge de la puberté, et dont les manifestations très-longtemps rémittentes, puis continues, peuvent tourmenter toute une existence humaine, quelque longue qu'on la suppose.

Avant d'entrer dans les développements des trois périodes de la maladie et de citer les observations cliniques afférentes à chacune d'elles, il m'a paru indispensable de jalonner par anticipation tout le terrain pathologique que j'ai à parcourir et à mettre en lumière. (*A suivre.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

1° Blessure grave de l'œil; 2° Sarcome de la choroïde 3° Gliome de la rétine.

Par le docteur BRIÈRE, chirurgien-oculiste de l'hôpital du Havre.

§ 1. — *Blessure de l'œil par un grain de plomb; neuf mois après, menace d'accidents sympathiques; énucléation.*

Le 17 mars 1874, M. J..., accompagné de ses deux enfants, âgés, l'un de neuf, l'autre de onze ans, faisait partir un canon en cuivre de 12 centimètres de longueur, distraction promise et enviée depuis longtemps.

Le canon n'était chargé qu'avec de la poudre, et le jeu paraissait devoir être inoffensif; mais l'aîné des enfants ayant trouvé, quelques jours auparavant, un grain de plomb, eut la mauvaise inspiration de le jeter, à la dérobée, dans l'âme du canon que le père venait de charger.

Complice de cette ruse, le jeune frère s'éloigna un peu, en trompant l'attention paternelle, et se plaça de côté pour mieux juger de l'explosion. Malheureusement, quand celle-ci se produisit, l'affût du canon mal assujetti se renversa, et au même instant l'enfant poussait un cri de douleur en portant la main à son œil droit, que le plomb venait d'atteindre.

Appelé, deux heures après l'accident, auprès du petit blessé, je constate les symptômes suivants : la conjonctive et l'épisclère sont fortement injectés, et l'œil est plus saillant que l'autre. Hyphéma jusqu'au niveau inférieur de la pupille, qui paraît normale. Sur le diamètre horizontal du globe, à 2 millimètres et demi de la cornée, dans la partie externe de la sclérotique, on découvre un *point noir* gros comme la tête d'une épingle, et qui n'est autre chose que l'orifice d'entrée du projectile. L'ouverture en est bouchée par une gouttelette de corps vitré mélangée de sang.

Les milieux de l'œil étant transparents, je puis, avec l'ophthalmoscope et à l'image droite, apercevoir dans la partie externe du corps vitré une opacité grisâtre qui me cache la rétine, et, à quelques millimètres en dehors de la papille, une surface noire de 4 à 5 millimètres de diamètre, qui doit être la porte de sortie du grain de plomb, de sorte que celui-ci paraît avoir traversé l'œil directement d'avant en arrière.

La saillie du globe, rapprochée des symptômes que je viens de décrire, la force de projection dont le grain de plomb était certainement animé, m'autorisent à conclure que ce petit projectile a traversé le globe de part en part, qu'il a produit un épanchement sanguin rétro-bulbaire, cause de l'exophthalmie, et qu'il s'est vraisemblablement logé dans la partie postérieure de la paroi externe de l'orbite, où la grande aile du sphénoïde lui aura offert un obstacle heureusement très-résistant.

Du reste, le petit malade est très-calme, et il m'explique lui-même comment il s'est fait blesser en regardant directement le canon.

Malgré les instances de la famille, l'extraction du grain de plomb n'était pas à tenter, et je dus faire des réserves relativement au pronostic.

On pouvait craindre, en effet, comme complication immédiate, une panophthalmite ou un phlegmon de l'orbite, et, dans un avenir plus ou moins éloigné, une cyclite ou une irido-choroïdite, qui ferait courir le danger d'une action sympathique sur l'œil sain.

(Compresses glacées en permanence. Calomel à petites doses, répétées toutes les heures, collyre de sulfate neutre d'atropine. Onction sur le front et dans l'aisselle avec l'onguent napolitain belladoné, et potion calmante pour la nuit.)

Le lendemain, l'œil était dans le même état; mais la rougeur plus vive des paupières, la douleur et le gonflement faisaient redouter de plus en plus un phlegmon de l'orbite.

Il n'en fut rien cependant, et tous ces symptômes se calmèrent en quatre jours.

Le trouble des milieux de l'œil augmenta si rapidement que, huit jours après l'accident, cet organe n'avait conservé qu'une faible perception lumineuse en bas et en dedans.

Ainsi délivré des accidents immédiats, le petit blessé et sa famille se réjouissaient déjà. Je dus rappeler à la mère l'éventualité de complications tardives, en l'engageant à me ramener son enfant tous les quinze jours.

Le diamètre de la pupille augmenta progressivement; le 16 avril, la mydriase était complète. Le cristallin conserva sa transparence; mais la rétraction cicatricielle, qui se faisait lentement vers la plaie d'entrée du grain de plomb, l'attira de plus en plus de ce côté. Dans l'intérieur du globe on ne distinguait qu'une surface à reflets légèrement chatoyants, indiquant que la rétine était décollée en totalité, sans doute sous l'influence du travail pathologique qui s'opérait dans le trajet parcouru par le grain de plomb, et dont je constatais une partie des résultats par la luxation du cristallin et par la dépression de la plaie d'entrée. Je redoutais surtout le tiraillement que cette rétraction cicatricielle exercerait sur le corps ciliaire d'un côté, sur la choroïde de l'autre, car il pourrait en résulter une cyclite ou une choroïdite, toujours dangereuses.

L'enfant, que je voyais de temps en temps, retournait à la classe et paraissait ne plus souffrir de son œil. Il resta ainsi pendant huit mois et demi; puis, du jour au lendemain, sans cause connue, de nouveaux accidents se déclarèrent.

L'œil devint très-douloureux au niveau de la blessure, et la chambre antérieure se remplit de sang. Plus impressionnable à l'action de la lumière, l'œil sain était également le siége de quelques douleurs, et l'enfant préférait rester au lit, la tête cachée dans ses oreillers. Le clignotement était continuel.

Attendre plus longtemps eût été s'exposer à voir des accidents sympathiques terribles se déclarer sur l'œil sain. En conséquence, je proposai l'énucléation, qui fut acceptée facilement par les parents prévenus depuis longtemps.

Elle eut lieu le 8 décembre, suivant la méthode de Bonnet. Les suites en furent très-simples. Un mois après, je plaçai un œil artificiel, que l'enfant porte depuis.

Quant au grain de plomb, il est resté enkysté très-probablement dans le sphénoïde, et depuis dix-sept mois il n'a révélé sa présence par aucun symptôme.

L'œil, mis dans la liqueur de Muller, ne fut ouvert qu'un mois après l'opération.

Le dessin ci-contre, que j'ai fait d'après nature, montre la coupe de cet œil. L'iris se trouve au milieu de la chambre antérieure. Le cristallin, déformé, est accolé au tissu nouveau qui, de la plaie d'entrée, se continue sous forme d'un *cylindre régulier et parfaitement rond* jusqu'à la plaie de sortie. Entre les deux moitiés du globe est figuré un point qui représente la coupe de ce cylindre cicatriciel, et qui pourrait figurer aussi le grain de plomb que l'enfant avait mis dans le canon.



On voit sur la sclérotique deux points plus gris, qui sont les cicatrices des trous d'entrée et de sortie de ce grain de plomb. Si l'on tire une ligne droite passant par le milieu de ces points, on remarque qu'elle ne coïncide pas avec l'axe du cylindre cicatriciel. Les changements survenus peu à peu dans l'œil ont déplacé ce cylindre et l'ont attiré vers l'axe antéro-postérieur du globe. La rétine lui forme comme une demi-gaîne, et s'en laisse isoler assez facilement, sauf à la partie postérieure, où elle est complétement soudée au tissu nouveau. Celui-ci est formé par une substance muqueuse très-dense, ayant presque la consistance et la structure d'un tissu fibreux, surtout aux deux extrémités.

L'observation qu'on vient de lire montre combien il est important de surveiller pendant longtemps certaines blessures graves de l'œil, et de prévenir ceux qui en ont été atteints des accidents qui peuvent en résulter, dans un avenir plus ou moins éloigné, non-seulement sur l'œil blessé, mais aussi sur l'œil sain; car, si ces accidents viennent à apparaître, les malades, avertis par leur médecin, se tiendront sur leur garde, et se décideront avec moins de peine à l'énucléation de l'œil blessé, si celle-ci devient nécessaire pour préserver la vue de l'œil sain. Cette action sympathique se voit surtout dans les blessures du genre de celle qui vient d'être décrite, et dans les plaies pénétrantes avec séjour du corps vulnérant dans la cavité oculaire. Elle a été niée par différents chirurgiens ; mais depuis Demours, qui en 1818 a le premier indiqué l'existence des affections sympathiques, les faits et les observations se sont multipliés, et il n'est plus possible aujourd'hui de révoquer en doute cette propagation singulière, mais réelle, de la maladie d'un œil à son congénère.

§ 2. — *Sarcome de la choroïde ; refus d'opération ; généralisation, mort.*

Mme C..., âgée de cinquante-deux ans, vient me consulter le 30 juillet 1874 pour son œil gauche, dont elle ne voit plus et qui la fait souffrir.

Cet œil s'est perdu peu à peu depuis une année. Après être resté indolore pendant quelques mois, il est devenu rapidement le siége de douleurs extrêmement vives, qui ont duré pendant trois semaines. L'œil était rouge et larmoyant. La malade ne s'en préoccupa pas, prenant ces symptômes pour ceux d'une conjonctivite simple, et par économie, resta sans consulter son médecin.

Mais, pendant le mois qui suivit ces douleurs aiguës, l'œil se déforma, et du côté externe apparut une petite tumeur, dont le volume augmenta progressivement.

Entre la cornée et la commissure externe, sous la conjonctive très-injectée, existe une saillie du volume d'un petit haricot, légèrement mamelonnée. La cornée est transparente ; l'iris, presque accolé à la face postérieure de cette membrane. La pupille, en grande partie obstruée par des exsudats, est irrégulière et soudée à la cristalloïde. On ne peut pratiquer l'examen ophthalmoscopique. T. + 2.

En présence d'une exagération de tension intra-oculaire non douteuse de la déformation du globe et des douleurs qui l'avaient précédée, et vu l'âge de la malade et la physionomie de l'œil, je conclus à un sarcome de la choroïde, passant de la période glaucomateuse à la troisième période. Et comme de l'étude que j'ai faite de ces tumeurs il résulte (1) qu'il y a avantage à énucléer l'œil, même à cet âge de la maladie, quand l'état général est bon, je conseillai l'extirpation.

La malade refusa, préférant mourir que de se faire opérer.

Un an après, une cousine de cette dame m'apprit, en venant me consulter, que Mme C... était morte depuis un mois dans les circonstances suivantes. Cinq mois après le moment où je l'avais vue, sa santé avait commencé à s'altérer. Les digestions étaient devenues très-pénibles. Le médecin qui la traitait déclara à sa famille qu'elle était atteinte de cancer de l'estomac et du foie. Après quatre mois de souffrances horribles, la malade mourut, ayant regretté bien des fois de n'avoir pas consenti à l'énucléation.

Au moment de la mort, la tumeur de l'œil avait doublé de volume.

§ 3. — *Gliome de la rétine chez une petite fille de vingt-sept mois. Énucléation à la première période. Sept mois après, pas de récidive.*

Le 18 novembre 1874, on m'amène la jeune M..., âgée de vingt-sept mois, fille d'ouvrier, et qui, suivant l'expression de sa mère « a quelque chose de brillant dans l'œil. »

J'examine l'enfant et je constate, non sans effroi, que ce quelque chose de brillant est dû à la présence d'une tumeur intra-oculaire, d'un cancer de la rétine.

Pupille un peu dilatée ; injection périkératique fine. Pas de douleurs spontanées ni provoquées par la pression. Œil un peu dur, T. + 1. En examinant le fond de l'œil, à l'image droite, je constate la présence non douteuse d'une tumeur occupant le pôle postérieur du globe, cachant complétement la papille et les régions voisines, de la grosseur d'une noisette et offrant à sa surface, outre les vaisseaux rétiniens, de fines ramifications irrégulières, entrelacées, rasées en quelques points et dues, sans aucun doute, à la présence de *vaisseaux de nouvelle formation* (1). Stase veineuse considérable à la phériphérie de la rétine, où les veines sont gonflées et sinueuses.

Je prévins la mère de la nature de cette affection et du danger qu'il y aurait pour la vie de l'enfant de lui laisser cet œil. L'énucléation était absolument nécessaire. Je dus insister plusieurs fois sur l'importance de cette opération, car elle devenait urgente. La pauvre mère qui, les jours précédents, montrait l'œil de sa petite fille à ses voisins comme une curiosité, ne pouvait s'imaginer que l'enfant avait un cancer dans l'œil.

Un mois se passa ; je ne revoyais plus la jeune malade.

Mais, le 22 décembre, sa mère me la ramena. La période glaucomateuse était déclarée. Depuis quatre jours, l'enfant poussait des cris plaintifs, indiquant à ses parents que son œil lui faisait mal. Cette douleur la privait de sommeil et lui faisait perdre tout désir des aliments.

Le premier regard jeté sur l'œil pourrait faire croire à un glaucome suraigu, s'il ne s'agissait pas d'un enfant. Toutefois le reflet chatoyant décrit par J.-L. Petit, et sur lequel Beer a insisté, montre qu'il s'agit ici d'un cas plus grave encore que le glaucome, et que les symptômes glaucomateux sont consécutifs à une tumeur intra-oculaire. La cornée est complétement terne et opaque. Mais ce que j'avais observé m'avait complétement édifié sur l'état de l'intérieur de l'œil.

Les parents, prévenus depuis un mois de la gravité du mal, acceptèrent l'opération que j'avais proposée.

Elle eut lieu le lendemain 23 décembre.

L'enfant s'endormit après l'opération, et le jour même elle reprenait, à son réveil, la gaieté et les jeux habituels à son âge. Elle ne se plaignit pas un seul instant, et l'énucléation guérit en quelques jours.

Après un mois de séjour dans la liqueur de Muller, j'ouvris cet œil. Le tiers postérieur de sa cavité était rempli par une tumeur molle mamelonnée, diffluente en quelques points. Quelques préparations histologiques me montrèrent que la masse principale de la tumeur était formée par d'énormes agglomérations de noyaux et de cellules rondes, traversées par des vaisseaux d'assez gros calibre. La tumeur paraissait être un épanouissement du nerf optique. J'avais, en un mot, sous les yeux le gliome de la rétine le plus pur, appelé à différentes époques *fongus hématode, cancer médullaire, encéphaloïde de l'œil*; car, en médecine, les noms vieillissent et meurent, mais les maladies restent.

Ma petite opérée, que je revois de temps en temps, jouit toujours d'une excellente santé. Il y a sept mois que l'opération a été faite. La cavité qui résulte de l'ablation du globe est bien cicatrisée, ne suppure pas et n'indique aucune trace de récidive.

Je compte ne mettre un œil artificiel que dans quelques mois, car mon devoir est de sacrifier le *jucunde* au *tuto*.

DE LA TORSION DES ARTÈRES (2).

Par le docteur Lucien MAGON.

Conclusions. — La torsion est un procédé d'hémostase qui réunit à la sûreté et à l'efficacité de la ligature l'avantage d'oblitérer les artères sans interposition d'un corps étranger; en conséquence,

(1) Brière, *Étude clinique sur le sarcome de la choroïde.* Paris, 1873, page 234.

(1) La présence de ce nouveau réseau vasculaire, signalé par O. Becker, et sur laquelle j'ai appelé l'attention en décrivant les symptômes du sarcome de la choroïde à la première période (Brière, *Sarcome de la choroïde.* Paris, 1873, p. 168), se voit aussi dans quelques cas de gliome, à la surface de quelques bourgeons de la tumeur.

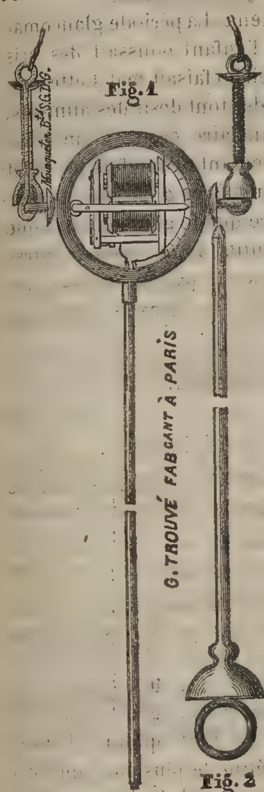
(2) In-8. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

elle convient surtout dans les cas où l'on désire tenter la réunion par première intention et où l'on a à redouter une hémorrhagie secondaire. — La torsion adoptée sans difficulté pour oblitérer les petits vaisseaux est pratiquée avec autant de sûreté pour les grosses artères et pour les artères athéromateuses. — La torsion pour être bien pratiquée n'exige qu'une condition, c'est de saisir tout le calibre du vaisseau avec une pince dont la pression soit assez énergique pour ne pas laisser échapper le bout de l'artère.

DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'ÉLECTRICITÉ (1)

Par le docteur ALTHAUS (de Londres)
(traduction du docteur Darin).

La sonde exploratrice (fig. 2 de la gravure 37) est une canule rigide ou souple, à mandrin mousse pour faire l'exploration préalable et faciliter l'introduction des stylets de l'appareil révélateur.



L'*appareil révélateur*, de grandeur naturelle (fig. 1 de la gravure 37), semblable à une petite montre à doubles glaces transparentes, contient, dans son intérieur, un électro-aimant très-petit avec un tremblement d'une construction toute spéciale qui lui permet de résister à tous les chocs; à son extérieur, deux anneaux servent à fixer, à l'aide de deux petits mousquetons créés dans ce but, les rhéophores de la pile.

Le stylet se compose de deux tiges d'acier très-aiguës et isolées entre elles, qui sont renfermées dans un tube dont les pointes le dépassent de quelques millimètres.

Ce stylet, en s'ajustant à frottement au révélateur qu'il complète, communique directement avec le circuit de la pile et de l'électro-aimant.

Dans ces conditions, il suffira qu'un corps métallique soit en contact avec les pointes pour faire entrer le trembleur en mouvement.

Voici comment on se sert de l'explorateur Trouvé :

La pile une fois préparée et les rhéophores fixés à l'appareil révélateur par les anneaux, le chirurgien fait l'exploration préalable de la plaie avec la canule directrice, munie d'un mandrin mousse, qui, contrairement à la canule, dégagé de toute pression extérieure des tissus, donne une sensation plus sensible que cette dernière ; et, une fois la sensation d'une résistance, il retire le mandrin et introduit à la place le stylet porteur de l'appareil révélateur.

Si le corps en présence est un métal, comme nous l'avons dit plus haut, il ferme le circuit, et le trembleur est aussitôt en mouvement.

On peut même, avec un peu d'habitude, distinguer les métaux entre eux, c'est-à-dire le plomb du fer et ce dernier du cuivre, en faisant doucement osciller l'appareil.

Le plomb se reconnaît facilement :

1° A la marche régulière du trembleur, malgré un mouvement oscillant imprimé à l'appareil, les pointes du stylet pénétrant la masse du plomb ;

2° A la résistance qu'on éprouve pour faire tourner l'appareil sur lui-même.

Contrairement à ce dernier, le cuivre et le fer, étant plus durs, décèlent leur présence : 1° par la marche saccadée du trembleur ; 2° par le glissement des pointes. Pour distinguer ces métaux entre eux, il suffit de se rappeler les propriétés opposées — magnétiques ou diamagnétiques — de ces deux métaux, et d'approcher de la plaie la boussole qui prend alors une position axiale pour le fer, et reste complétement insensible à la présence du cuivre.

Lorsque la plaie est fermée, l'exploration se fait à travers les tissus, au moyen de deux aiguilles à acupuncture qui jouent le rôle du stylet ; ce dernier est suffisamment acéré pour qu'il puisse facilement, par ses pointes, entrer en contact avec les corps ; quelle que soit, d'ailleurs, l'enveloppe qui les recouvre.

Voici pour le rôle mécanique de l'électricité :

Dans le cas contraire, lorsqu'il s'agit du bois, de la pierre, etc., M. Trouvé, se fondant sur leur mobilité dans l'organisme, pour les attaquer, déduite de leur peu de densité et de ce qu'ils n'y pénètrent que par ricochets, se sert d'une petite tarière à l'aide de laquelle, par un mouvement de rotation, il détache et ramène les parties emprisonnées dans le pas de vis, sur la nature desquelles l'analyse le renseignera. Tout corps insensible à l'électricité, et inattaquable par la tarière, dénotera, à coup sûr, un silex quelconque.

Cette tarière, dans un grand nombre de cas, sert d'extracteur ; mais, lorsque les projectiles sont durs ou difformes, M. Trouvé a disposé une longue pince d'acier, dont les branches sont isolées entre elles, et qui, adaptée à l'explorateur, révèle au chirurgien (à la manière du stylet) le corps qu'il a saisi, et permet d'en effectuer l'extraction avec une telle sûreté que toute méprise est impossible.

En résumé, cet ingénieux appareil indique à coup sûr la présence dans les tissus d'un corps quelconque, métallique ou nom ; sa nature : plomb, fer, cuivre, fonte, pierre ou bois; la direction qu'il a suivie ; sa profondeur, que la plaie soit ouverte ou fermée, que le corps soit nu ou enveloppé, et il permet encore, dans bien des cas, d'en opérer l'extraction. — Prix de l'explorateur-extracteur, très-complet, en argent, 420 francs. — Explorateur seul, avec deux stylets, 60 francs.]

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir les numéros des 16, 23, 27 mars, 3 avril, 6 juin, 17 juillet, 5, 14, 28, 31 août, 2, 11, 18 et 25 septembre.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

CONGRÈS ANNUEL DE L'ASSOCIATION MÉDICALE ANGLAISE

(Extrait des comptes rendus.)

La première assemblée générale, sous la présidence de M. Robert Christison, a été consacrée à une adresse inaugurale du président, dont le sujet était l'examen des réformes que réclame l'enseignement des sciences médicales en Angleterre.

Les idées principales émises dans cette adresse sont celles-ci :

L'enseignement médical en Angleterre présente plusieurs côtés défectueux ; par exemple, l'enseignement de la médecine ne devrait pas être séparé de celui de la chirurgie. Les différentes facultés devraient, au lieu de s'isoler, chercher à créer entre elles des relations qui seraient profitables à la science. Enfin M. Christison admet la variété des diplômes,

selon le savoir des candidats et la position qu'ils ont en vue. Ils pourraient se diviser en trois sections, comprenait ; la première, ceux qui se destinent à l'exercice de la médecine dans les campagnes ou les districts populeux (*general practitioner*); la deuxième, ceux qui aspirent à la position de médecin consultant (*physician*) dans les grandes villes; la troisième, ceux qui peuvent appartenir à l'une ou l'autre de ces deux sections.

Parmi les communications faites dans les assemblées subséquentes et dans les diverses sections, nous citerons plus particulièrement les suivantes :

Section de physiologie. — M. William Rutherford a exposé les expériences qu'il a faites de concert avec M. Vignal sur la sécrétion biliaire du chien.

M. Hughues Bennet avait démontré que, chez un chien porteur d'une fistule biliaire permanente, la diarrhée spontanée, la dysenterie et la purgation obtenues par le calomel, le sublimé et le podophylline diminuaient toujours les constituants solides de la bile et, à quelques exceptions près, la partie fluide de ce liquide.

Depuis lors, Röhrig, expérimentant sur des animaux curarisés et pourvus d'une fistule temporaire, a remarqué que des doses élevées d'huile de croton tiglium augmentaient considérablement la sécrétion biliaire; que le même effet était obtenu, quoique à un degré moindre, par la coloquinte, le jalap, l'aloès, la rhubarbe, le séné et le sulfate de magnésie; que l'huile de ricin et le calomel étaient à peu près sans effet de ce genre.

MM. Rutherford et Vignal répétaient les expériences de Röhrig sur des animaux curarisés et soumis à la respiration artificielle, après une privation d'aliments de dix-huit heures, ont obtenu des résultats quelque peu différents. Ils ont constaté que l'administration seule du curare ne modifie pas la quantité et la nature de la bile sécrétée. L'huile de croton, employée trois fois, a produit constamment une vive irritation des membranes muqueuses, mais elle n'a augmentée la sécrétion biliaire qu'une seule fois.

Les expériences pratiquées avec le podophylline et l'aloès ont augmenté la sécrétion biliaire. La rhubarbe a produit des effets analogues plus intenses que ceux signalés par Röhrig. Le séné, la scammonée, le calomel et l'huile de ricin n'ont eu qu'une action faible et quelquefois nulle sur la sécrétion biliaire.

On ne saurait, d'après M. Rutherford, expliquer l'augmentation du flux biliaire par l'action réflexe de la vésicule, celle-ci ayant été vidée et le conduit cystique lié dans l'expérience. Il pense qu'on ne peut non plus l'expliquer par le spasme réflexe des conduits biliaires, et qu'il faut admettre que ces agents sont absorbés et agissent directement sur le foie.

Dans la section de *médecine*, M. le docteur Mac-Call Anderson a fait une communication sur le traitement des anévrysmes de l'aorte par la galvano-puncture, dont il a rapporté deux cas de guérison. Voici ses conclusions : 1° on doit toujours employer une batterie à courant continu et jamais d'appareils à induction; 2° les aiguilles doivent être minces et très-effilées, et la portion qui traverse la peau, la paroi du sac et les tissus intermédiaires doit être isolée au moyen d'une couche de vulcanite; 3° il faut faire communiquer les aiguilles avec le pôle positif de la batterie; 4° le courant employé doit être assez faible (environ six éléments d'une grande batterie de Shörer). Les dangers du traitement électrolyque sont l'inflammation et l'introduction d'air et de caillots dans le torrent circulatoire.

Deux communications ont été faites par MM. Russel Reynolt (de Londres) et Johnsson (de Birmingham), sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Le premier propose le perchlorure de fer; le second, le bicarbonate de soude administré par le rectum.

Sur 100 individus ayant eu pour la première fois des attaques de rhumatisme, le perchlorure de fer en a guéri 44 dans la même semaine. Sur 100 ayant eu des attaques, une seconde, une troisième et même une quatrième fois, 42 sont entrés en convalescence dès la première semaine.

Le bicarbonate de soude administré par le rectum a amené dans 20 cas l'abaissement de la température au-dessous de la normale.

Une lecture de M. Robert Lee (de Londres) a eu pour objet la coqueluche et son traitement par l'acide phénique en inhalations. L'observation de six cents cas a permis à l'auteur d'étudier la marche générale de l'affection, très-commune, comme on le sait, en Angleterre, et dont la fréquence augmente pendant le premier trimestre de l'année et décroît pendant le second. Il a obtenu les meilleurs résultats des inhalations de vapeur chargée d'acide phénique. Il fait usage d'une solution d'acide phénique au dixième et d'un inhalateur spécial qui présente de grands avantages, suivant lui, dans le traitement des affections des organes respiratoires.

M. Gaisdner (de Glasgow) a rapporté la relation d'un *cas de sommeil alternant avec la chorée.* Une jeune fille, a pendant la veille des mouvements choréiques, non douloureux, consistant dans des secousses de la tête et du bras droit, et des contractions de la bouche. A ces mouvements succède un sommeil profond et tranquille, sans phénomènes cataleptiques. Le sommeil arrive fréquemment quand la malade marche; il dure quelquefois huit jours, ou bien deux ou trois jours seulement, alors qu'elle croit n'avoir dormi qu'une nuit. Le passage du sommeil au réveil est très-souvent brusque. Si l'on veut réveiller la malade, tous les appels, toutes les secousses sont inutiles; mais il suffit de lui crier son nom à l'oreille.

M. John Haddin (de Manchester) a guéri, par l'emploi de 2 grammes de bromure de potassium toutes les heures, un cas de *tétanos* chez une femme qui, pendant un an, avait eu de la métrorrhagie et de la diarrhée, et dont les urines contenaient de l'albumine pendant l'attaque. Ce même médecin a obtenu un succès semblable chez un homme ayant eu de la diarrhée causée par un rétrécissement du rectum.

D'autres communications médicales ont été faites à la section de médecine, mais nous n'en connaissons que les titres.

ÉTAT SANITAIRE.

Paris : Population (recensement de 1872), 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 24 septembre 1875, on a constaté 825 décès, savoir :

Variole, »; rougeole, 8; scarlatine, 2; fièvre typhoïde, 25; érysipèle, 5; bronchite aiguë, 22; pneumonie, 26; dyssenterie, 3; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 21 ; choléra nostras, 1; angine couenneuse, 9; croup, 15; affections puerpérales, 11; autres affections aiguës, 263; affections chroniques, 348, dont 147 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 19; causes accidentelles, 23.

Londres : Population, 3,445,160 habitants. — Décès du 12 au 18 septembre 1875, 1,338. — Variole, »; rougeole, 15; scarlatine, 82; fièvre typhoïde, 16; érysipèle, 5; bronchite, 76; pneumonie, 52; dysenterie, 3; diarrhée, 147; choléra simple, 1; diphthérie, 5; croup, 5; coqueluche, 50.

Bruxelles : Population, 188,264 habitants. — Décès du 5 au 12 septembre 1875, 83. — Variole, 2; rougeole, »; scarlatine, »; fièvre typhoïde, 1; érysipèle, »; bronchite et pneumonie, 11; croup, »; diarrhée infantile, 21.

Pesth : Population, 270,476 habitants. — Décès du 5 au 11 septembre, 1875, 207. — Variole, 5; rougeole, »; fièvre typhoïde, 7; érysipèle, »; pneumonie, 11; bronchite, »; diarrhée, 22; diphthérie, 1; croup, 2.

Prague : Population : 165,526 habitants. — Décès du 5 au 11 septembre 1875, 96. — Variole, »; rougeole, »; scarlatine, »; fièvre typhoïde, »; érysipèle, »; pneumonie, 6; dysenterie, 3; diarrhée, »; croup, »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. E. Collin, interne à l'hôpital Lariboisière.

— On lit dans le *Lyon médical* :

manifestations. Ce sont encore les fièvres typhoïdes et les affections aiguës des voies digestives qui prédominent.

La constitution médicale actuelle continue à être des meilleures, malgré le caractère infectieux que revêtent quelques-unes de ses

Les maladies aiguës des bronches et des poumons tendent à augmenter de fréquence; les phthisiques, les catarrheux, continuent à éprouver les fâcheux effets des matinées automnales.

Des rhumatismes articulaires, musculaires et nerveux s'observent en assez grand nombre.

La variole reste stationnaire; les autres fièvres éruptives et même la diphthérie n'existent que pour mémoire.

La mortalité est faible et inférieure à la natalité : 186 naissances pour 148 décès, mort-nés exclus.

— Dans la dernière quinzaine, dit *The Lancet*, nous n'avons pas compté moins de quatre navires anglais arrivés à Londres avec le scorbut à bord. Le capitaine d'un de ces navires a été poursuivi en vertu de *Merchant shippiny acts*, pour ne pas s'être suffisamment approvisionné de *limon juice.* Sans vouloir apprécier les faits avant de les commenter plus à fond, le journal anglais déclare qu'il est inconcevable que, sur un navire venant des meilleurs chantiers de l'Angleterre, douze hommes soient morts et vingt-deux aient été atteints d'une maladie facile à prévenir (*eminently preventable*), et il appelle sur ces faits une enquête sévère.

— Si en France les opinions sont partagées sur le droit de réquisition des médecins dans certaines circonstances données, on s'accorde au moins au sujet de la liberté absolue du médecin dans l'exercice ordinaire de sa profession. Il est bien arrivé parfois qu'un président de tribunal adressât des remontrances à un médecin qui avait refusé ses services; mais aucun jugement n'a été prononcé, que nous sachions, dans un cas semblable. En Angleterre, deux confrères distingués et honorables, MM. Dawson et Danton, viennent d'être, après enquête, censurés *par le jury,* sur la demande du coroner, pour ne s'être pas rendus auprès d'un patient : le premier, parce qu'il était retenu pour un accouchement; le second, parce qu'il était rentré épuisé de fatigue. Encore celui-ci, informé qu'il s'agissait de diarrhée, avait-il délivré une ordonnance. Comme le dit le journal anglais, le médecin n'est pas ubiquiste, et *il n'y a pas d'enquête de coroner sur l'ingratitude des clients.* (*Gazette hebdomadaire.*)

— Dans les neuf universités de Prusse, non compris l'Académie de Munster et le lycée de Braunsberg, le personnel enseignant se compose — ou du moins se composait pendant le dernier semestre d'été, d'après un relevé que publient les journaux du pays — de 855 professeurs, outre 11 maîtres pour l'enseignement de l'agriculture et de l'art vétérinaire, et 35 autres pour celui de la sténographie, de la musique, de l'escrime et de l'équitation.

Parmi ces 855 professeurs, 455 avaient le titre de titulaires (*Ordentliche*); 6 celui d'honoraires; 198 de supplémentaires (*Ausserordentliche*), et 196 d'agrégés (*Privatdocenten*).

C'est l'université de Berlin qui avait le plus grand nombre de professeurs, à savoir, 187, sans compter 2 membres de l'Académie des sciences faisant également des cours. Venaient ensuite les universités de Bonn avec 103 professeurs; de Breslau et de Gœttingue, avec 98 chacune; Halle, 92; Kœnigsberg, 70; Marbourg, 59; Kiel, 58; Greifswald, 55; Munster, 27; Braunsberg, 9. Dans ce nombre, 80 étaient pour la Faculté de théologie évangélique; 25 pour la Faculté de théologie catholique; 82 pour la Faculté de jurisprudence; 238 pour la Faculté de médecine, et 431 pour la Faculté de philosophie.

Le nombre total des étudiants enregistrés, ou, comme on dit, immatriculés, était de 7,649, dont 6,569 prussiens. A ce nombre il faut ajouter 1,694 auditeurs autorisés à suivre les cours, ce qui fait environ dix élèves par professeur. Le nombre des étudiants immatriculés était, à l'université de Berlin, de 1,724; à Breslau, 1,068; Gœttingue, à 1,062; à Halle, 882; à Bonn, 776, etc.

Dans ce nombre, 685 suivaient les cours de théologie évangélique; 381 ceux de théologie catholique; 2,066 ceux de droit; 1,384 ceux de médecine, et 3,130 ceux de philosophie. — (*Journal officiel.*)

— Il résulte des statistiques récentes que le nombre des malades reçus dans les asiles d'aliénés de l'Australie méridionale augmente rapidement dans une proportion supérieure au progrès de la population. En 1861, on comptait dans l'Australie méridionale 167 fous, soit un sur 750 habitants; on en comptait 307 en 1870 et 324 à la fin de 1871, c'est-à-dire un sur 524 Sud-Australiens. Et il faut noter que ce chiffre ne représente que les « fous à lier », ceux qu'on ne peut laisser sans danger dans leurs familles. Par motif d'économie, par manque de place, on ne reçoit dans les établissements d'aliénés que ceux dont l'état l'exige impérieusement.

Cette augmentation du nombre des fous n'est pas particulière à l'Australie méridionale; on l'a constatée dans les autres États du continent australien. Quelle en est la cause? Le directeur de ce service à Adélaïde, le docteur Paterson, ne nous l'apprend point. Il ne croit point que l'alcoolisme soit la source principale de ce terrible mal, encore qu'il doive certainement entrer beaucoup en compte. Nous croyons, nous, que la cause la plus active est le climat tropical, affaiblissant, énervant du pays. Nous en accusons ensuite le genre de vie à bâtons rompus, extrêmement agitée, qui règne dans ces colonies. (*Aus allen Welttheilen.*)

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. 8 fr. 50 c. — Six mois. 16 — — Un an. 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Heureuses natures chez qui la vieillesse, loin d'affaiblir l'activité intellectuelle, semble, au contraire, la multiplier, en l'élevant et en l'épurant à la fois par l'expérience et la réflexion ! M. Jolly nous donne depuis longtemps déjà cet heureux et fortifiant exemple. Il n'est pas d'années qu'il n'apporte à la tribune de l'Académie le produit de ses méditations et de ses études sur l'un de ces sujets philosophiques mixtes qui confinent à la fois à la psychologie, à la physiologie et à la médecine. Une année ç'a été l'instinct qui a fait le sujet d'une de ses intéressantes communications; l'année suivante, c'était l'imitation et l'habitude. L'année dernière il lisait un remarquable discours sur l'imagination dans ses rapports avec la philosophie et la médecine, que nous avons mis en entier sous les yeux de nos lecteurs. Hier il a fait donner lecture par l'organe de l'un des secrétaires, M. H. Roger, d'une dissertation sur la volonté.

La volonté, comme l'envisage M. Jolly, n'est pas la simple volition des physiologistes, cet acte spontané en vertu duquel l'ordre de se mouvoir ou de déterminer tel acte organique est transmis aux agents chargés de son exécution, de cette volonté automatique qui se termine en notre corps, suivant l'expression de Descartes. C'est la volonté morale, réfléchie, consciente et libre, cette puissance exclusive à l'homme qui résume et constitue l'humanité tout entière et lui donne ce droit de domination dont elle jouit sur tout ce qui l'entoure; cette volonté forte et puissante qui, sous sa responsabillité, engendre toutes les vertus comme tous les vices, toutes les grandes actions comme les actions les plus viles et les plus criminelles, qui ouvre à son activité intellectuelle tous les horizons de la science, de l'art et de tous les progrès humains, comme elle le pousse aussi aux actes insensés de la destruction et de la barbarie.

C'est à cette volonté morale, en un mot, que M. Jolly s'adresse pour chercher dans l'analyse de ses attributs, si, au-dessous ou à côté des prodiges de beau et de laid, de bien et de mal qu'elle est capable de produire dans l'ordre moral et social, elle n'aurait pas aussi la puissance, dans l'ordre des faits organiques, de redresser les déviations et les défectuosités physiques de l'homme, de changer le cours d'habitudes vicieuses, de maîtriser des mouvements désordonnés ; en un mot, il se demande jusqu'à quel point on n'aurait pas le droit d'attribuer à la volonté une puissance thérapeutique.

Tel est l'objet de cette intéressante dissertation, dans laquelle M. Jolly, en posant la question, la résout affirmativement par un groupe d'exemples, les uns anciens et connus de tous, d'autres inédits ou nouveaux et qui montrent en effet la puissance de la volonté sur certaines situations pathologiques actuelles ou imminentes et le parti qu'il est possible d'en tirer, dans de certaines limites, en vue des applications à l'hygiène et à la thérapeutique.

Nous avons si peu la prétention, dans ce rapide et sommaire exposé, de résumer un travail qui n'est point susceptible d'analyse, et encore moins d'en donner une idée suffisante, que nous en commençons aujourd'hui même la publication intégrale et textuelle. (Voir aux *Variétés*.)

Dr BROCHIN.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

La folie du doute (avec délire du toucher) (1).

Première période. — Au début et dans la première période de la folie du doute (avec délire du toucher), le malade jouit de toute la plénitude de sa raison, mais il est ombrageux, susceptible, pointilleux, exigeant, égoïste, craintif et rêveur. Paraissant manquer de confiance en lui-même, il vérifie ce qu'il fait, contrôle ce qu'il dit, relit ce qu'il écrit et apporte dans des actes de peu d'importance un véritable luxe de précautions. Il semble vivre dans une sorte d'hésitation intérieure constante; il se répète mentalement à lui-même les mêmes idées et les mêmes mots, est conduit aux mêmes actes, passe une partie de son temps à délibérer à vide, à se poser des points d'interrogation et à y répondre, à s'impatienter, à maudire son manque de pénétration, à s'engager de plus en plus dans un combat intellectuel fatalement stérile et sans aboutissants possibles, à nier l'évidence la plus convaincante, à perdre courage et à se laisser écraser par la fatigue. Il doute.

Qu'il soit obsédé par tel ou tel ordre d'idées, ce qui varie en somme selon l'individu, son degré d'instruction et son milieu habituel, c'est toujours la même série de pensées morbides qui s'impose à son esprit, qui en fait le siége en quelque sorte, et qui, pendant quelques mois, un an ou dix ans, en

(1) Suite. — Voir le numéro du 28 septembre.

est la note dominante. Que son rabâchage intérieur porte sur Dieu, la Vierge, la naissance du Christ, la création, la nature, la vie, l'entendement humain, le soleil, la lune, les étoiles, la différence des sexes, la conformation des organes génitaux, la copulation, le sommeil, la mort subite, les précipices, le pardon des offenses, les oublis à confesse, la grosseur des animaux, la dimension des objets, les hosties, le verre, les monnaies d'or, d'argent et de cuivre, les chiens enragés, les épingles, les espagnolettes de fenêtres, les boutons de porte, le papier ou les crayons, — car ce sont là, d'après ce que j'ai observé, les sujets qui s'offrent le plus fréquemment à la rumination psychologique, — et autour de l'idée morbide va se concentrer tout le travail intellectuel. Voilà certainement un cercle bien restreint en apparence de préoccupations, de discussions et de controverses; eh bien, si limité qu'on suppose cet horizon pathologique, il est apte cependant à s'exercer sur lui-même, à vivre sur son propre fonds, à se reproduire d'une manière invariable et à déterminer par la suite des appréhensions ridicules, des bizarreries étranges et des actes tout à fait insolites, qui, chez la plupart des individus atteints de la folie du doute, présentent beaucoup de points d'une similitude surprenante. Et, chose très-remarquable, quelque dissemblables que soient les idées pathologiques à cette première période, les actes qui seront accomplis beaucoup plus tard, pendant les deux autres phases, n'en seront pas moins absolument identiques. Si le doute est au début la base fondamentale de l'état mental, et si le doute peut porter à l'improviste sur les sujets les plus disparates, il ne conduit plus par la suite qu'à des excentricités absurdes, à des frayeurs grotesques ou à deux cents lavages de mains par jour!

Les précautions infinies qui sont prises au début relativement à des choses insignifiantes, le contrôle attentif et réitéré qui vient à s'exercer sur de véritables bagatelles, et cette sorte de précision morbide qui se trouve déployée sans besoin, frappent volontiers l'attention. Si l'on examine minutieusemunt l'individu inconsistant et irrésolu qui commence à douter, on remarque qu'il s'assure à plusieurs reprises que tout est bien dans l'ordre voulu, que la lettre qu'il va aller lui-même porter à la poste est correctement orthographiée; qu'il a fermé sa caisse à double tour; que la porte de son appartement est bien close; qu'il en a la clef dans sa poche; que sa poche n'est point décousue, etc., etc.

Dans plusieurs cas on a noté que des hommes étaient envahis par leurs pensées maladives dès qu'ils se livraient au coït, ce qui leur rendait impossible l'accomplissement de l'acte vénérien, infligeait une blessure nouvelle à leur dignité et les éloignait souvent de tout commerce sexuel. La même observation a été faite également pour ceux qui sont poursuivis par la représentation toute psychologique de certaines images : dès qu'ils commencent l'acte générateur, l'image se produit, et, dans les cas où cette dernière n'est point lascive, elle détermine aussitôt une intimidation défaillante!

Ces malades étranges et malheureux ont la conscience la plus absolue de leur état. Ils apprécient la situation qui leur est faite, avec une justesse frappante, et ne la déplorent qu'avec plus d'amertume. Ils reconnaissent tout ce qu'a de navrant une argumentation interne par demandes et par réponses sur un sujet ridicule; ils avouent avec franchise que leurs craintes sont absurdes, et ils vous disent : « Je sais que tout cela n'a pas le sens commun, mais je m'en occupe et je ne peux pas vouloir ne pas m'en occuper. » Ils n'arrivent point à se débarrasser de leurs pensées absorbantes ou de leurs chimériques perplexités. Toute lutte est stérile; et cependant quelques individus ont imaginé de substituer, à l'aide d'un grand effort de volonté, une série d'idées raisonnables, philanthropiques, religieuses ou patriotiques, à ce groupe de questions ridicules, sottes ou irritantes qui s'emparent spontanément de leur esprit. Un prédicateur récite des pages entières de Bossuet; un jeune homme fredonne la *Marseillaise* ou se pose des interrogations à lui-même sur la table de Pythagore, et une vieille demoiselle débite quelques chansons de Béranger. Le moyen est certainement ingénieux, mais il réussit pendant bien peu de temps!

Il est une circonstance qui en impose beaucoup et qui explique comment la première période de la folie du doute (avec délire du toucher) peut passer tout à fait inaperçue : c'est le silence gardé par le malade. Les confidences signalent officiellement le début de la seconde période et rendent alors l'intervention médicale possible, bienfaisante et sûre. Mais voici, sans plus tarder, un certain nombre d'exemples cliniques qui appartiennent en propre à la première période.

I. — Mlle Hortense G..., âgée de vingt-quatre ans, artiste distinguée, donne des leçons de musique dans une grande ville. Elle est intelligente, active, ponctuelle, consciencieuse, et elle jouit d'une excellente réputation. Lorsqu'elle est seule dans la rue, voici quelles sont ses préoccupations : « Ne va-t-il pas tomber quelqu'un du haut d'une fenêtre, à mes pieds? Sera-ce un homme ou une femme? Cette personne se blessera-t-elle ou se tuera-t-elle? Si elle se blesse, sera-ce à la tête ou aux jambes? Est-ce qu'il y aura du sang sur le trottoir? Si elle se tue sur le coup, comment le saurai-je? Devrai-je appeler du secours, prendre la fuite ou réciter aussitôt un *pater* et un *ave?* Ne m'accusera-t-on pas d'être là cause de cet événement? Mes élèves ne me quitteront-elles pas? Mon innocence pourra-t-elle être reconnue? » Toutes ces pensées se pressent en foule dans son esprit et l'émeuvent. Il lui semble qu'elle doit trembler. Tout son regret est de ne pas pouvoir être rassurée par quelques bonnes paroles, dès qu'elle entre dans une maison; mais personne ne se doute encore de ce qui se passe en elle.

II. — M. Antoine D..., négociant, âgé de trente ans, marié, père de deux enfants, intelligent, instruit, s'occupe de ses affaires avec un grand zèle; il a même des aptitudes incontestées. Il prétend qu'il est absorbé mentalement par deux choses, les couleurs et les nombres, et que, dès qu'il a quelques minutes de liberté d'esprit, il est obligé malgré lui de discuter certaines choses dans lesquelles entrent toujours les couleurs et les nombres. Il se demande, par exemple, pourquoi les couleurs sont inégalement réparties, pourquoi les arbres sont verts, pourquoi les soldats portent un pantalon rouge, pourquoi la femme se marie en blanc, pourquoi le deuil se porte en noir, pourquoi tels papiers sont peints en bleu, en jaune, en rose ou en gris, etc. Dès qu'il est quelque part, il additionne combien il y a de meubles, d'objets ou de vêtements de telle ou telle couleur. A-t-il été en chemin de fer, il pourra dire combien d'une station à une autre il aura vu défiler de rivières et de ponts, ou combien il y avait dans son wagon de capitons, de franges, de losanges et de clous. Si, pour éviter la fatigue, il a voulu fermer les yeux et chercher le sommeil, il rapportera qu'il a été involontairement forcé de résoudre cette question : « Pourquoi l'arc-en-ciel est-il de sept couleurs? » Il apprécie à merveille son état, déplore ce qu'il appelle « ses manies », se déclare prêt à tout tenter pour arriver à sa guérison et s'éloigne en vous disant : « Vous avez quarante-quatre volumes sur cette table et vous portez un gilet à sept boutons. Excusez-moi, c'est involontaire, mais il faut que je compte! »

III. — Mlle Louise L..., âgée de dix-huit ans, orpheline, recueillie par une famille qui habite à l'étranger et voyage beaucoup, a depuis deux ans des scrupules de conscience. Elle croit se rappeler qu'elle a ri à l'église le jour de sa première communion, qu'elle ne devait pas être en état de grâce, qu'elle avait dû cacher l'un de ses péchés à son confesseur et qu'elle n'était pas digne que Dieu vînt habiter en elle. « Pourquoi ai-je commis ce sacrilége? s'écrie-t-elle. Que

peut-il en résulter? Qu'est-ce que c'est qu'un sacrilége? Quelle pénitence peut racheter un sacrilége? Serais-je pardonnée, si pendant un an je ne mangeais que des aliments maigres? » On l'entoure, on la console, on la rassure, et elle reprend presque aussitôt sa gaieté, brille par ses réparties fines et spirituelles, joue du piano, chante, récite des fables, fait des tours de cartes et distrait agréablement tout le monde. Je l'ai revue récemment et l'ai trouvée très-amaigrie. Après le plus minutieux examen, ne trouvant rien qui pût justifier un pareil amaigrissement, je me contentai d'ordonner que l'on fît coucher une domestique dans sa chambre. La jeune fille avoua alors qu'elle se privait de sommeil parce qu'elle avait peur de mourir en dormant et de ne pas pouvoir se repentir avant de rendre le dernier soupir. Depuis qu'une femme de chambre passe la nuit auprès d'elle et la tranquillise au besoin, sa santé générale est redevenue florissante.

IV. — Mme Caroline C..., âgée de dix-neuf ans, appartenant à une famille d'aliénés, mariée depuis six mois, est devenue triste, peu communicative, rêveuse et craintive, presque aussitôt après son mariage. On l'interroge en vain, on cherche à multiplier les distractions autour d'elle, mais elle ne s'y prête pas et finit par refuser de sortir. On remarque qu'elle s'enferme dans sa chambre, qu'elle écrit souvent, et qu'elle cache soigneusement un petit cahier. On saisit le cahier et l'on apprend que cette jeune femme, jusqu'au jour de son mariage, avait absolument ignoré ce que pouvait bien être l'union des sexes, qu'elle a éprouvé un saisissement voisin de la terreur et suivi d'un tremblement prolongé à la suite de la première approche conjugale, mais que, depuis qu'elle a vu en plein jour le corps nu et le pénis rigide de son mari, elle peut très-difficilement se défaire de cette image qui l'obsède, l'émeut et la désespère. La persistance de l'image a provoqué et alimenté tout un certain ordre de pensées et d'interrogations au sujet des organes génitaux de l'homme, de leurs fonctions, de leurs changements de volume, de la coloration du système pileux, et elle en était arrivée à faire involontairement la remarque que tel individu portait un pantalon large, étroit ou collant.

Une grossesse est survenue, une amélioration très-sérieuse s'est manifestée, et depuis deux ans il n'y a pas encore eu de rechute. Seulement, cette dame ne pénètre jamais dans la chambre de son mari à moins que l'obscurité ne soit absolue, et elle évite d'entrer dans un jardin public ou dans un musée, dans la crainte d'apercevoir des nudités masculines. Sa petite fille a eu quelques convulsions, une chute du rectum et une hernie.

(*A suivre.*)

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LAILLER.

Généralités sur les teignes.

Il faut avouer qu'on n'est pas très au courant dans la pratique des affections qui concernent les teignes, fait d'autant plus regrettable que ces affections ne se manifestent à leur début que par des symptômes assez trompeurs, qu'elles sont contagieuses et font souvent des ravages considérables dans les grandes réunions d'enfants, telles que les orphelinats, les écoles et même les lycées. Aussi serait-il très-important que les médecins qui pratiquent en ville eussent des notions au moins suffisantes, leur permettant de diagnostiquer assez facilement, dans la plupart des cas, l'apparition d'une affection de cette nature dans les grands établissements d'enfants dont ils sont susceptibles d'avoir la surveillance. Beaucoup d'entre vous peuvent être appelés un jour à remplir cette mission; par conséquent je crois qu'il est utile de vous faire connaître les principaux caractères cliniques qui vous mettront à même de reconnaître ces affections.

Les teignes ont été connues de tout temps, et, si vous ouvrez un ouvrage contemporain, vous verrez qu'on cite Celse comme en ayant déjà fait mention; sans remonter si haut dans leur origine, je vous dirai qu'Alibert, au commencement de ce siècle, avait tenté une classification des teignes, désignation sous laquelle il comprenait toutes les affections du cuir chevelu, quelles qu'elles fussent, ne faisant en cela, du reste, que suivre les traditions de l'époque.

Vers 1828, un empirique du nom de Mahon, doublé probablement d'un médecin instruit, a publié un livre recherché sur la nature et le siége des teignes. C'est lui le fondateur du traitement des frères Mahon.

Les choses en étaient là quand arrivèrent Biett et son élève M. Cazenave. Biett, imbu des idées de l'école anglaise, s'occupa des teignes, spécialement à leur point de vue anatomique, et les divisa en eczéma, prurigo du cuir chevelu, etc., et étudia plus exceptionnellement le favus, sous le nom de *porrigo favora.*

Cette manière de voir fut, plus tard, partagée par MM. Cazenave et Rayer, et par les auteurs contemporains.

M. Cazenave, qui a joué un grand rôle dans l'enseignement de la dermatologie à Saint-Louis, fit, en 1850, alors que l'affection parasitaire commençait à être connue, un livre dans lequel il repoussait l'existence des parasites comme cause des affections teigneuses; il divisa les affections en non contagieuses, qui étaient les acores, l'eczéma, l'impétigo, le psoriasis, et en éruptions contagieuses, parmi lesquelles il rangeait l'herpès et le favus.

Ce fut Schœhlein, un médecin de Berlin, qui, en 1839, signala le premier la présence d'un champignon dans le favus. En 1844, Grouby découvrit le tricophyton dans la teigne tondante.

En 1846, Hœstein démontra dans le pityriasis versicolor la présence du microscome furfur. Berthoun avait déjà étudié un peu cette question et bien avant la découverte des champignons. Enfin, en 1853, M. Bazin publia une brochure intitulée: *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*, c'est-à-dire des affections des poils produites ou entretenues par la présence d'un végétal parasite. Ce fut une véritable révolution dans la dermatologie.

Telle est, en quelques mots, l'étude utile, je crois, des commencements de la doctrine des parasites, appliquée à la dermatologie.

Aujourd'hui je me contenterai de traiter les généralités qui concernent les teignes, et, avant de vous les exposer, je crois qu'il est utile de vous rappeler quelques notions d'anatomie indispensables pour la compréhension de certaines lésions causées par les parasites. Je serai aussi bref que possible.

Le derme constitue, comme vous le savez, l'enveloppe externe du corps. Il comprend deux couches: une couche profonde, constituée par des vaisseaux, des nerfs, des glandes, des fibres musculaires lisses, et une substance de tissu conjonctif; une couche superficielle, formée de cellules épidermiques et de tissu conjonctif réticulé à sa partie profonde et renfermant dans ses mailles des vaisseaux, des nerfs, des follicules pileux et des glandes.

Sa partie supérieure ou papillaire livre passage à des poils et aux conduits des glandes; elle est constituée par de petites élevures appelées papilles, qui sont en rapport immédiat avec la couche profonde dite de Malpighi.

De ces papilles, les unes sont vasculaires, les autres nerveuses ou mixtes. Les papilles nerveuses sont munies d'un petit corps, corpuscule du tact de Mesner, et sont munies de deux ordres de filets nerveux, les uns centrifuges, qui servent à déterminer le mouvement dans les fibres musculaires lisses de la

peau et le fond des glandes, et les autres centripètes ou sensibles. En outre, il y a des artères, des veines et deux réseaux lymphatiques, l'un superficiel, l'autre profond.

L'épiderme est uniquement formé de cellules qui, de cylindriques à la couche profonde, deviennent polyédriques à mesure qu'elles sont plus superficielles, et enfin se réduisent à de minces lamelles à la surface même du derme.

La couche profonde est formée d'éléments globulaires, qui seraient vivants, protoplasmatiques, comme on dit, et qui, dans certaines circonstances, sous l'influence de causes irritantes, donneraient lieu aux vésicules, aux phlyctènes; si l'irritation est plus vive, des vésicules résulteraient les pustules.

Une variété du cancer, l'épithelioma, paraît avoir son siége dans les papilles ou la couche épidermique qui tapisse les conduits des glandes ou les glandes elles-mêmes.

Les cellules épidermiques, à mesure qu'elles vieillissent, deviennent plus superficielles; de cylindriques ou de globuleuses, elles deviennent polyédriques en se tassant, et enfin lamelleuses. Il se fait là un mouvement physiologique de desquamation constante, qui devient morbide quand il est exagéré. Le pityriasis, le psoriasis, sont une exagération de cette desquamation.

La moindre inflammation de la peau, même alors qu'elle est superficielle, comme dans la rougeole, la scarlatine, de même une simple lymphangite, etc., suffisent pour amener la desquamation morbide de la peau.

Voilà ce que j'avais à vous dire sur le derme et l'épiderme. Je néglige l'étude des ongles, qui n'a aucune raison d'être actuellement. Un mot maintenant sur les poils et les cheveux, qui sont surtout atteints par les teignes.

On trouve des poils presque sur tous les points du corps, excepté la paume de la main et la plante des pieds; rudimentaires dans certaines régions, ils acquièrent leur maximum de développement dans d'autres. Le poil est le produit d'un organe appelé le follicule pileux, lequel serait une sorte de bourgeonnement épidermique de la couche de Malpighi, qui s'enfouirait dans la profondeur du derme à la manière d'un doigt de gant, avec cette particularité qu'à sa base il est un peu plus relevé, comme, par exemple, le fond d'une bouteille. Le follicule pileux est composé de deux couches, une couche externe, fibreuse, vasculaire, constituant le follicule; une couche interne, qui se dédouble elle-même en deux couches secondaires, la plus externe formant l'épiderme du follicule, la plus interne, la gaîne épidermique qui enveloppe la racine du poil. Au fond du follicule se trouve la papille pileuse, enchâssée dans la base du poil. La papille pileuse paraît jouer un rôle important dans la production du poil; elle est ovoïde, retenue au fond du follicule pileux par un petit pédicule constitué par de larges cellules molles renfermant un certain nombre de cellules de pigment.

A mesure que le cheveu pousse, ces cellules molles s'aplatissent, absolument comme celles du derme.

Dans les poils, il y a à considérer deux parties : l'une, substance corticale, constituée par des fibres très-serrées à l'extérieur, un peu moins à l'intérieur, où elles sont feutrées entre elles; l'autre, un canal médullaire qui renferme de l'air, et souvent quelques granulations graisseuses.

Quand on arrache un cheveu sain, on remarque qu'il est entouré à sa base d'une espèce de zone, qui n'est autre que les débris du dédoublement du feuillet intérieur de la couche de Malpighi. Le poil traverse le derme pour se faire jour à l'extérieur, dans un tube qui fait suite au follicule. Chaque poil est, en outre, muni d'une ou deux glandes satellites, qui viennent s'aboucher sur ses parois et qui sortent à la surface du derme par un orifice commun. Quelquefois l'épiderme ferme complétement cet orifice du follicule, et alors le poil en se développant soulève l'épiderme. Quand cette saillie est exagérée, elle constitue le lichen.

Quelquefois l'opercule résiste davantage, et alors le poil pousse en vrille, en tire-bouchon. Ce même fait s'observe quelquefois dans certains cas de cicatrisation du favus ancien, invétéré. Enfin il existe encore dans la peau certains autres éléments sur lesquels il serait oiseux d'appeler votre attention en ce moment.

J'arrive maintenant à l'étude de la lésion. Vous avez le terrain, le sol sur lequel elle doit se développer. Voyons en quoi consiste le champignon, qui est l'élément réel de la teigne.

Les champignons de la teigne sont constitués par un système reproducteur appelé spore. Ces spores sont de petits corpuscules de cinq ou six dixièmes de millimètre, arrondis, paraissant formés d'une double enveloppe. Dans leur intérieur, elles paraissent formées par des sporules ou des sporidies.

Un autre élément est constitué par des filaments qu'on désigne sous les noms de receptaculum, de tubes à spores, de mycelium. Ces filaments sont allongés, quelquefois soudés bout à bout, ramifiés; ils sont tantôt vides, tantôt ils renferment des cellules ou spores. Ces spores peuvent être plus ou moins nombreuses dans l'intérieur du mycelium.

Les spores varient beaucoup de volume pour le même champignon, sans qu'on sache trop pourquoi. Elles paraissent varier également suivant le terrain, l'âge, etc.

Comme il est absolument nécessaire d'avoir recours à l'examen microscopique pour arriver au diagnostic, il est utile de vous donner quelques renseignements cliniques pour vous apprendre comment on doit procéder à l'examen de ces produits morbides.

En premier lieu, il faut avoir soin de prendre une petite quantité de produit en un point où il semble y avoir le plus de chance de trouver des spores; vous dissociez mécaniquement ces produits avec la pointe d'une aiguille et un peu d'ammoniaque. Il faut avoir soin d'examiner les squames, les croûtes et les poils, soit ensemble, soit séparément, et ce sera tantôt dans le squame, tantôt dans la croûte ou le poil, quelquefois dans tous ces éléments à la fois, que vous trouverez le corps du délit. Si les spores sont plus nombreuses, elles deviendront plus distinctes par l'addition d'un peu de soude qui distend les cellules. Si vous voulez réserver l'examen pour les jours suivants, un peu de glycérine suffira pour empêcher les spores de se dessécher et de perdre leurs caractères.

Quand vous examinez ces produits au microscope, il faut avoir soin d'abord de commencer par de faibles grossissements, pour prendre un ensemble de la topographie générale; puis, cela fait, si dans les plaques ainsi examinées vous croyez avoir quelque chance de trouver le parasite, vous avez recours à un grossissement plus considérable.

Il y a d'assez nombreuses causes d'erreur dans cet examen. C'est ainsi qu'il vous arrivera de trouver du pus, que vous reconnaîtrez à ses globules, qui sont plus granuleux et disparaissent en grande partie dans l'ammoniaque et complétement dans l'éther. Les cellules épithéliales, gonflées ou dissociées en partie par la soude, pourront, en général, se reconnaître assez facilement; mais dans certains cas il arrive, lorsqu'on les voit de champ, ou si elles sont accolées les unes aux autres, qu'on les confonde avec des tubes de mycélium. Elles représentent alors sur le champ du microscope des lignes qui sont loin d'être régulières; elles sont en général coniques; de plus, elles

se déforment ou se dissipent sous la pression, tandis que les tubes de mycélium deviennent, au contraire, plus nets sous cette influence.

Des granulations graisseuses peuvent encore être la cause d'erreurs, et sont, en effet, souvent confondues avec les spores. C'est ainsi que les spores de la pelade sont prises très-facilement pour des granulations graisseuses, et que réciproquement des granulations graisseuses peuvent être confondues avec des spores. Il faut alors avoir soin de faire macérer dans l'éther ou l'alcool rectifié, pendant deux ou trois heures, les petites plaques que l'on veut examiner. Si quelques petites granulations persistaient malgré cette précaution, on pourrait recourir à une solution d'acide osmique, qui, en brunissant la graisse et permet de les distinguer des spores.

Les groupements des spores sont particuliers et caractéristiques de certaines formes; tantôt elles affectent des ronds, tantôt elles sont disposées en séries moniliformes, et se distinguent par conséquent des autres éléments avec lesquels on pourrait les confondre, qui ne présentent pas de disposition semblable.

La présence simultanée des tubes de mycélium permet facilement de reconnaître la présence des spores.

Telles sont les quelques précautions indispensables à prendre pour l'étude clinique des squames et pour arriver au diagnostic. Quand après cet examen vous ne trouverez rien de caractéristique, il est très-probable que vous n'avez pas affaire à une affection parasitaire. (*A suivre.*)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES LÉSIONS SYPHILITIQUES DES ARTÈRES CÉRÉBRALES (1).

Par le docteur F. RABOT.

Conclusions. — La syphilis tertiaire peut agir sur les artères comme sur les autres tissus. Elle donne lieu à la formation des gommes. — Jusqu'ici on ne doit pas admettre l'endartérite. — Nous n'oserions être aussi affirmatif pour la périartérite. — Le résultat de la syphilis tertiaire sur les artères cérébrales est le ramollissement, ramollissement dont les symptômes diffèrent fort peu de celui qui n'a aucune relation avec la vérole.

DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

DE L'ÉLECTRICITÉ (2)

Par le docteur ALTHAUS (de Londres)
(traduction du docteur Darin).

4. *Électro-bioscopie.* — On a désigné sous ce nom le procédé qui permet de s'assurer de la réalité de la mort par l'absence des contractions farado-musculaires ordinaires. Aucun des signes ordinaires de la mort, tels que la cessation de l'action du cœur, l'abaissement de la température, la rigidité musculaire, la dilatation des pupilles, la non-transparence des doigts à la lumière d'une bougie, et la décomposition, ne constitue un critérium de la mort aussi facile que la faradisation, qui l'indique avec une certitude absolue, deux ou trois heures après la cessation de l'existence. La contractilité électro-musculaire se maintient dans la léthargie, l'apoplexie, la syncope, et dans tous les genres d'asphyxie ou d'empoisonnement, tant que la vie subsiste; et quand cette contractilité a disparu, l'on peut affirmer positivement que la mort a eu lieu. Elle ne s'évanouit pas immédiatement après le décès, mais diminue sensiblement et peu à peu à partir de cet instant, pour disparaître entièrement de une heure à trois heures après l'extinction de la vie. L'électro-bioscopie offre donc non-seulement le moyen d'éviter le malheur d'enterrer une personne encore vivante, mais elle peut encore nous encourager à persévérer dans nos efforts pour rappeler la vie chez les individus qui sont en état de mort apparente à la suite de léthargie, d'apoplexie, de syncope, de submersion, de congélation, d'inhalation chloroformique, de l'action des vapeurs de charbon, du gaz hilarant, etc., tout en constituant finalement par elle-même l'un des procédés les plus efficaces pour ranimer de pareils sujets, surtout si l'on pratique la faradisation du nerf phrénique, dans le but de provoquer une respiration artificielle. Dans les catastrophes qui font un plus ou moins grand nombre de victimes (naufrages, accidents de chemins de fer, etc.), elle aurait en outre l'avantage de permettre aux assistants de distinguer immédiatement les morts des vivants. Les médecins seraient donc en position de ne pas perdre un temps précieux avec les premiers, mais pourraient concentrer leur attention sur ceux qui seraient encore en état d'en bénéficier. Après les grandes batailles, l'épreuve faradique empêcherait probablement plus d'une inhumation prématurée. Pour les enfants nouveau-nés, qui ne donnent pas signe de vie, on aurait également là une ressource de la plus grande valeur. L'électro-bioscopie peut encore mettre les autorités à même d'accélérer les funérailles ou toutes les opérations à faire sur les personnes décédées, telles qu'embaumement, autopsie, et dans les cas où il y aurait de l'inconvénient à attendre le délai légal. Enfin, pendant les épidémies et parmi les pauvres gens, il y aurait souvent opportunité à enterrer les morts avant l'expiration des vingt-quatre heures.

Le professeur Rosenthal (de Vienne) a rapporté une observation intéressante de catalepsie découverte à l'aide de la faradisation chez une femme hystérique dont le décès avait déjà été attesté par un médecin de province. On avait constaté qu'un miroir tenu devant la bouche de cette malheureuse ne montrait aucune trace d'humidité et que de la cire à cacheter en fusion, en tombant par goutte sur la peau, ne provoquait pas de mouvements réflexes. Rosenthal, qui était par hasard dans le pays, trouva la peau pâle et froide, les pupilles contractées et insensibles à la lumière, les extrémités supérieures et inférieures relâchées, les battements du cœur et de la radiale imperceptibles. Cependant l'auscultation révélait un bruit faible, sourd et intermittent dans la région cardiaque. Les murmures respiratoires ne s'entendaient plus; mais tous les muscles de la face et des membres répondaient bien au courant faradique. Bien que la patiente fût en état de mort apparente depuis trente-deux heures, ce phénomène l'autorisa à informer les parents qu'elle n'était qu'en catalepsie, et il recommanda de persévérer dans les efforts propres à la ranimer. Le lendemain, il reçut un télégramme dans lequel on lui annonçait que la femme s'était réveillée spontanément douze heures après son départ et qu'elle avait recouvré peu à peu la parole et le mouvement. Quatre mois plus tard il recevait la visite de cette personne, qui lui dit n'avoir eu nullement conscience du début de son attaque de léthargie et qu'elle avait entendu plus tard les personnes de son entourage parler de sa mort, sans qu'il lui fût possible de donner le moindre signe de vie. Deux ans après, elle existait encore et était dans un assez bon état de santé.

(*A suivre.*)

---

(1) In-8. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

(2) Suite. — Voir les numéros des 16, 23, 27 mars, 3 avril, 5 juin, 17 juillet, 5, 14, 28, 31 août, 2, 11, 18, 25 et 27 septembre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 septembre 1875. — Présidence de M. GOSSELIN.

Il n'y a point de correspondance.

Après la lecture du procès-verbal, M. le président donne la parole à M. Jolly pour une lecture.

LECTURE

M. JOLLY donne lecture d'un travail intitulé : *La volonté considérée comme puissance morale et comme moyen de thérapeutique.* (Voir au Premier-Paris.)

DISCUSSION

M. LARREY fait observer à M. Jolly qu'il y aurait d'intéressantes recherches à faire, au point de vue chirurgical, relatives à l'influence de la volonté sur la diminution et quelquefois même la suppression de la douleur pendant les opérations.

M. BOUILLAUD a entendu avec le plus grand intérêt le travail de M. Jolly, et lui adresse de bien sincères félicitations.

LECTURE

M. DELASIAUVE donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Discussion relative à la classification des maladies mentales, à propos d'une prétendue monomanie religieuse.* (Comm. : MM. Baillarger, Pidoux et Dechambre.)

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

La Volonté considérée comme puissance morale et comme moyen thérapeutique

Par M. JOLLY, membre de l'Académie de médecine.

Il y a, dans la condition humaine, une puissance intellectuelle qui traduit à la fois l'homme moral et social, qui règle ses instincts, ses mouvements, ses habitudes, ses mœurs ; à laquelle il doit ses plus nobles résolutions, ses plus généreux sacrifices, son triomphe sur lui-même, sa suprématie sur le reste de la création. C'est la volonté, c'est cette puissance morale par excellence qui résume l'humanité tout entière; celle qui fait sa force et sa faiblesse, ses vertus et ses vices, celle qui la rend justiciable de ses actions devant Dieu et devant les hommes.

La volonté! tel est le sujet d'études que j'ose aborder devant l'Académie, comme terme du programme que je me suis proposé.

Pour bien la comprendre, il ne faut pas confondre deux ordres de faits qui n'ont de commun entre eux que leur unité d'expression et qui diffèrent logiquement de toute la distance qui sépare l'homme et l'animal, l'esprit et la matière, le ciel et la terre.

Vouloir, en effet, n'est pas seulement se mouvoir pour obéir à des impulsions instinctives, à des actes automatiques et pour ainsi dire involontaires. Vouloir dans le sens moral, le seul que puisse admettre une saine logique, c'est agir avec intention, avec réflexion, avec discernement; c'est imprimer aux organes musculaires des déterminations qui témoignent de sa personnalité, de la conscience du moi, de la liberté individuelle. Or l'homme seul est doué de cette faculté, lui seul à le privilége de concevoir des idées, de traduire sa pensée par la parole, de l'exprimer par la volonté.

En d'autres termes : l'homme n'a pas seulement une vie instinctive de sentiment et de mouvement, qui lui est commune avec tous les animaux ; il a, de plus, une vie intellective d'abstraction, de raisonnement et de jugement, qui lui donne sur tous un droit de prééminence, une puissance de domination qu'ils savent tous reconnaître, qu'ils savent tous accepter. De là, sa dualité de nature si universellement admise depuis l'école de Platon, si dogmatiquement consacrée par les Pères de l'Eglise sous le titre d'*homo duplex*, et si judicieusement exprimée de nos jours par l'école spiritualiste, sous la double dénomination d'homme physiologique et d'homme psychologique. De là aussi cet antagonisme entre deux puissances volitives toujours en présence, toujours militantes, où la volonté du corps, la volonté des membres, suivant l'expression de saint Paul, dispute à la volonté de l'âme l'honneur de la victoire, comme si, dans ce combat, tout était prévu pour le triomphe de la vertu, aussi bien que pour la gloire de l'humanité.

Et qu'on ne dise pas que la dualité humaine n'est qu'une convention et une tradition de mœurs; elle est antérieure à toutes les institutions sociales, à toutes les législations du monde ; elle est naturellement et profondément implantée dans la conscience universelle des peuples, et elle s'atteste chez tous, jusque dans l'idolâtrie. L'Australien qui se prosterne devant le soleil et les étoiles, le Bengali qui adore le crocodile, le serpent, un alligator, une plante, eux aussi témoignent de la dualité humaine en même temps que d'une vie posthume.

La dualité humaine n'est pas seulement un fait moral, elle est une loi physiologique et de rigoureuse logique; la même puissance, en effet, ne saurait simultanément vouloir et ne pas vouloir, commander et obéir, pratiquer le bien et le mal, le vice et la vertu.

Demandez au divin Socrate ce qu'il en pense, demandez-lui par quels sacrifices, par quels efforts de volonté, il peut vaincre le démon de ses passions, dominer ses entraînements instinctifs, avant d'être proclamé par l'oracle de Delphes le plus sage des Grecs, le modèle de toutes les vertus.

Rien de tout cela, il faut bien en convenir, ne se révèle dans la condition animale. Les animaux n'ont qu'une volonté, et une volonté purement instinctive, celle de leur conservation; une volonté qui, comme le dit Bossuet, est toute cohérente à leur organisation, chargée, au même titre que la force vitale, de veiller à l'exercice de leur vie matérielle. Ils vivent, pour ainsi dire, à leur insu, sans avoir la conscience de leur existence, et ils meurent sans avoir su qu'ils cesseraient de vivre, sans avoir eu le pressentiment d'une autre vie; et quand l'homme, quelle que soit sa condition sociale, quel que soit son degré de civilisation, veille sur son crime dans les agitations de sa conscience, l'animal dort paisiblement et sans remords sur son larcin ou sur sa victime (Chateaubriand). Et pourquoi en serait-il autrement, puisqu'il n'a aucune crainte, aucune espérance à concevoir d'une vie future, par conséquent aucune morale à observer?

Dire que la volonté morale n'est elle-même qu'une propriété anatomique ou de nature purement matérielle; dire que l'homme n'est pas plus responsable de ses actions que de sa volonté, qu'il n'est pas plus justifiable de ses crimes que ne peut l'être la locomotive qui frappe aveuglément tout ce qu'elle rencontre dans son déchaînement, c'est faire de la poésie de cynique athéisme ; mais est-ce bien plus édifiant pour la science de l'homme moral ? est-ce bien plus satisfaisant pour les destinées humaines? Je le demande à tous les adeptes de l'école positiviste ?

Si l'homme n'est que matière, si sa destinée est purement terrestre, s'il n'a rien à espérer, rien à craindre au-delà de la tombe, pourquoi s'imposer tant de sacrifices pour le néant? pourquoi ce futile désir de s'illustrer, d'acquérir de la gloire et des honneurs dans la mémoire des hommes et de pieux souvenirs dans le cœur de ses enfants? pourquoi ces monuments, ces honneurs offerts à des débris de matières en dissolution, et pourquoi ces couronnes, ces fleurs que nous déposons avec nos larmes sur la terre qui les recèle ?

Non, le culte de la tombe n'est point une vaine et temporelle fiction, il y a des aspirations plus consolantes et plus élevées. Non, la volonté morale n'est point l'œuvre spontanée de la matière; elle est inhérente à la nature de l'homme et à la condition humaine; elle lui a été attribuée exclusivement dans l'œuvre même de la création comme apanage exclusif de sa souveraineté sur le reste de la création, en vue du sentiment de tous les êtres vivants, et que seraient-ils devenus sans elle, même avec leur admirable organisation, même avec leurs merveilleux instincts ? car aucun ne saurait encore aujourd'hui demander sa nourriture à la terre, aucun ne saurait encore parfois seul la cultiver, l'ensemencer, la fertiliser, mettre à profit ses moissons.

Il fallait bien, pour cela, une volonté suprême, une intelligence éclairée d'une divine lumière; il fallait, si je puis le dire, une vice-

royauté dans ce monde, comme il y a une royauté universelle pour le gouvernement de l'univers. Dieu lui-même, Dieu seul, a investi l'homme de cette puissance en le dotant de la volonté, et sa mission était toute tracée, quand il parut pour la première fois sur cette terre inculte et déserte, devant cette nature vierge que la création lui livre pour ainsi dire à l'état d'ébauche ; elle est tout écrite dans un livre sacré. L'homme, y est-il dit, domptera les animaux pour les soumettre à ses lois, pour les faire servir à ses besoins personnels ainsi qu'à son existence.

Il sillonnera la terre, l'ensemencera, dirigera sa fécondité et protégera ses moissons.

Au besoin, il ouvrira le flanc des montagnes, abaissera les rochers, tracera des routes à travers les forêts sauvages et les déserts inconnus.

Il ouvrira dans le sol des canaux pour recevoir les eaux du ciel, les mettre à profit, s'en approprier l'usage.

Il sondera les entrailles de la terre et l'abîme des mers pour en découvrir les populations, pour en faire sortir et en exploiter les richesses.

Il s'élèvera dans les hautes régions de l'atmosphère pour soumettre également ses habitants à sa loi.

Et c'est ainsi que, par la seule puissance de sa volonté, l'homme s'attribuera une domination sur tout ce qui respire sur cette terre, sur tout ce qui vit dans les eaux, sur tout ce qui plane dans les airs.

La volonté sera là aussi pour servir l'intelligence humaine dans toutes les carrières qu'elle saurait s'ouvrir, elle la guidera dans l'étude des sciences, des arts et des lettres, comme elle saura l'inspirer et l'éclairer dans toutes les voies d'industrie; elle bâtira des maisons, des palais, des cités; elle élèvera des temples à la gloire des dieux et des monuments à la mémoire des hommes; et c'est après avoir abrité l'homme contre toutes les intempéries du dehors, après avoir entouré son existence de tous les bienfaits de la civilisation, l'avoir embellie de tous les prestiges des arts, qu'elle s'apprêtera comme par ironie à sa destruction. Elle forgera des armes, inventera des instruments et des procédés de guerre contre ses semblables; elle s'armera contre les nations, en vue de conquêtes et de domination, dût-elle pour cela ensanglanter la terre, dévaster les moissons, incendier les villes et les campagnes, promener partout la terreur, jeter partout la désolation et le deuil. Et c'est ainsi que nous l'avons vue affolée d'ambition et de gloire, à la tête d'une nation armée, courir à la conquête du monde, s'élancer des colonnes d'Hercule aux confins de l'Asie, jusqu'aux glaciers du Caucase, bravant tous les éléments, tous les périls, pour y inscrire sur son drapeau triomphant le nom du vainqueur avec cette audacieuse légende :

Le ciel est à Dieu, la terre est à moi !

La folle! elle oubliait dans son délire qu'une voix plus puissante pouvait lui dire : *Tu n'iras pas plus loin.* Que si nous osions suivre la volonté au-delà de tous les égarements d'une insatiable ambition, nous la verrions encore se repaître de vengeance et de cruauté, proclamer le droit de massacre, de dévastation et de spoliation, à cet odieux cri de guerre : *Le droit, c'est la force; la loi du vainqueur, c'est la volonté.*

Mais il est temps de nous demander si une puissance qui fait les héros, les tyrans et les esclaves, qui abat les trônes et les empires, ne saurait imposer sa loi aux déviations physiques et morales de l'homme; si elle ne saurait changer le cours d'habitudes vicieuses, maîtriser des mouvements désordonnés, redresser des défectuosités organiques. Si même elle ne saurait, par d'habiles et intelligentes combinaisons, apporter d'heureuses modifications à certains états pathologiques plus ou moins réfractaires à toutes nos ressources pharmaceutiques. Voilà ce que nous voudrions demander à la volonté, en vue de son application à l'hygiène et à la thérapeutique.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Voici les noms des membres du jury d'examen pour le concours de l'internat en médecine et en chirurgie, qui doit s'ouvrir le jeudi 11 octobre dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Titulaires : MM. Duguet, Delpech, d'Heilly, Lancereaux, Richet, Guéniot, Maisonneuve.

Suppléants : MM. Ferrand, Bouchut, Charcot, Vidal, Proust, Woillemier, Dujardin-Beaumetz, Lucas-Championnière, Cruveilhier, Duplay.

— *Concours de l'externat.* — Le jury pour le concours de l'externat est ainsi composé : MM. Lépine, Grancher, Liouville, Gillette, Le Dentu, Périer.

— La quatrième session du congrès international des sciences médicales a été close samedi, à Bruxelles. La Suisse a été choisie pour lieu de réunion de la prochaine session.

Le secrétaire général, M. Warlomont, avait proposé de tenir le congrès, en 1876, à Philadelphie; mais la perspective d'un voyage transocéanique n'a pas été goûtée de tout le monde. L'assemblée a décidé, en outre, que les congrès auraient lieu, comme par le passé, tous les deux ans.

Le soir, un grand banquet a été offert par la ville de Bruxelles aux savants étrangers, dans la salle gothique de l'hôtel-de-ville, ornée des drapeaux des différentes nations représentées au congrès.

Au dessert, M. le professeur Bouillaud a répondu, au nom des soixante étrangers, au ministre de l'intérieur, M. Delcour.

Du traitement de la pierre, de la gravelle, de la goutte, du diabète, etc., au moyen de nouveaux dissolvants de l'acide urique, hexaborates, alcalins, rubidine, triméthylamine, codéine, etc., par le docteur Goux. — Paris, 1875, in-8° de 24 pages. Prix : 1 franc. — Paris, 1875, Octave Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en [illegible] poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

—

Ectopie du rein droit, suivie de péritonite et d'accidents hépatiques (ictère).

Nous avons vu dans le service de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dirigé par M. Liouville, suppléant du professeur Béhier, un cas d'ectopie du rein droit chez une jeune femme récemment accouchée, circonstance qui a dû contribuer à sa production et qui a déterminé une péritonite circonscrite et une hépatite de la base, avec ictère consécutif, le rein étant venu se loger au niveau du rebord inférieur du foie. Les accidents péritoniques ont été combattus efficacement par l'application topique de la glace, mais quelques symptômes d'hépatite et notamment l'ictère persistent encore. Cette observation sera suivie et publiée, avec tous ses détails circonstanciés, lorsque nous en connaîtrons l'issue.

Nous avons voulu rechercher, à cette occasion, quels étaient les effets pathologiques consécutifs les plus fréquents à la suite de l'ectopie du rein, et si, en particulier, nous trouverions dans les recueils d'observations des faits analogues à celui-ci. Nous avons vainement cherché dans les travaux les plus récents publiés sur ce sujet un exemple d'ectopie du rein ayant amené des accidents péritonéaux et hépatiques semblables. Ainsi, dans le mémoire publié en 1859 par Fritz dans les *Archives générales de médecine*, l'un des plus complets qui aient été faits et qui résume toutes les observations connues jusque-là, y compris celles de Rayer, il n'est question, comme symptômes, que de sensations anormales dont l'intensité et la nature varient beaucoup, d'un simple malaise, d'une sensation de pesanteur, de tiraillement ou de pincement, rarement d'une véritable douleur ou d'une douleur sourde, lorsqu'elle existe. Deux fois seulement on a noté des douleurs analogues à des névralgies crurale ou sciatique; quelquefois, mais rarement, on a constaté de la sensibilité au niveau du point de l'abdomen occupé par la tumeur. L'hypochondrie a été notée dans un certain nombre d'observations comme conséquence du déplacement du rein. Fritz constatait d'une manière générale qu'on n'avait jamais remarqué que la mobilité des reins (non compliquée) eût retenti autrement dans l'organisme.

Quant aux complications, voici celles qui ont été notées : symptômes de chloro-anémie, hydronéphrose, la péritonite, le plus souvent sans grande gravité, mortelle dans un cas seulement, une fois une maladie de Bright, l'oblitération de la veine cave inférieure par la pression exercée sur ce vaisseau. Enfin, dit Fritz, les affections du foie, qui donnent lieu à une tuméfaction de cet organe, accompagnent rarement la mobilité du rein. (Il s'agit ici, bien entendu, d'ectopie du rein droit; on sait que c'est de beaucoup le cas le plus fréquent.)

Dans les quelques cas que Trousseau a vus et rapportés dans sa clinique, il n'est question d'aucune conséquence pathologique de quelque importance. Aussi, comme Rayer et Fritz, Trousseau n'attribue-t-il aucune influence fâcheuse à l'ectopie rénale sur la santé. La même innocuité relative a été constatée dans le travail de M. Becquet sur le même sujet, dans les *Archives de médecine de* 1865, et par M. Guéneau de Mussy, dans les observations qu'il a consignées en 1867 dans l'*Union médicale*.

Dans un opuscule sur l'ectopie mobile des reins, publié en 1873 par M. le docteur Hicguet (de Liége), est rapporté un cas nouveau de rein flottant (le rein droit) chez une femme chez laquelle cette lésion ne se traduisait par aucun trouble fonctionnel ni aucun phénomène morbide, orsque, sous l'influence d'un voyage pénible et fatigant, la présence de cette lésion fut révélée par des douleurs sourdes, convulsives, une sensation de pesanteur dans les lombes et le flanc droit, qui obligèrent à se livrer à une exploration attentive de cette région. L'usage d'une ceinture a suffi pour faire cesser ces douleurs. L'auteur résume en ces termes les résultats des recherches qu'il a faites à cette occasion : « La mobilité des reins ne se manifeste pas toujours par des signes, par des accidents apparents. Mais, après un temps plus ou moins long de silence, le rein mobile peut révéler son existence par des symptômes spéciaux, surtout à la suite d'une violence extérieure, d'une chute, d'une fatigue prolongée ou répétée, d'un dérangement menstruel, etc. L'influence la plus nuisible qu'elle exerce sur la santé est l'hypochondrie, dont on trouve en effet le signalement dans un grand nombre des faits relatés. »

Enfin, dans l'article *Reins* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, dû à M. Lancereaux, il n'est question, à propos de l'ectopie rénale accidentelle (la seule qui nous intéresse en ce moment), que de douleurs vagues dans l'abdomen, revenant une ou deux fois par mois ou redoublant aux époques menstruelles et s'accompagnant quelquefois de vo-

missements. Absence, généralement, de tout trouble des fonctions urinaires; troubles généraux qui se rangent dans l'ordre des phénomènes hypochondriaques ou hystériques. Les complications peu nombreuses que signale M. Lancereaux sont : parfois une péritonite circonscrite susceptible d'immobiliser à un certain moment l'organe déplacé; l'oblitération par compression de la veine cave inférieure (déjà signalée plus haut), et, dans un cas rapporté par Steiger, l'altération du rein opposé.

Nous pourrions invoquer notre propre témoignage si le nombre de cas que nous avons directement observés (deux) n'était pas trop insuffisant par lui-même pour avoir une grande valeur. Ces deux cas ont été observés chez des femmes (ce qui est aussi, comme on le sait, de beaucoup le cas le plus commun); il s'agissait également du rein droit, qui était flottant dans la cavité abdominale. Elles n'accusaient l'une et l'autre qu'une simple sensation de gêne, sans douleurs notables, aucun trouble fonctionnel, mais elles étaient vivement préoccupées toutes deux des conséquences possibles du développement de leur tumeur, jusqu'au moment où elles ont été rassurées sur son innocuité.

Nous en étions là de nos recherches, lorsqu'en dépouillant notre courrier nos yeux sont tombés sur le titre suivant d'une observation consignée en tête du dernier numéro (numéro du 29 septembre) de la *France médicale*.

Voici en substance la relation de ce dernier fait, qui a été recueilli dans le service de M. le docteur Boucaud à l'Hôtel-Dieu de Lyon, par M. Jos. Teissier, interne. Il sera intéressant de le rapprocher de celui qui est en ce moment à l'étude dans le service de M. Liouville.

Ictère consécutif à l'oblitération du canal cholédoque comprimé par le rein.

Une femme de cinquante-six est amenée à l'Hôtel-Dieu de Lyon sans connaissance, dans la résolution la plus complète, le regard terne, les téguments présentant une teinte ictérique des plus foncées, la langue brune et sèche, le pouls calme d'ailleurs et la température basse (36° 4) ; la pression exercée sur la région hépatique déterminait une vive douleur qui faisait passagèrement sortir la malade de l'état comateux.

Le lendemain matin l'état de la malade est encore aggravé, le coma est extrême, il y a absence complète d'excrétion urinaire; elle succombe.

Voici ce qu'a montré l'autopsie. L'ouverture de l'abdomen laisse écouler une grande quantité de sérosité jaunâtre. Pas de trace de péritonite ancienne. Au-dessous du lobe droit du foie et en avant du bord antérieur de cet organe, on voit une tumeur arrondie, volumineuse, d'une consistance semi-solide, constituée par le rein déplacé et notablement augmenté de volume et qui s'est fixé au duodénum. Par suite de cette disposition, le rein comprimait le canal cholédoque ainsi que les vaisseaux pénétrant dans le hile.

Le canal cholédoque à son abouchement dans le duodénum, au niveau du point comprimé, entre des adhérences nombreuses et épaisses, était le siége d'un travail inflammatoire chronique qui avait provoqué l'hypertropie de ses parois et amené son obstruction. La vésicule biliaire était ratatinée, flasque, et ne contenait qu'une petite quantité de bile épaisse et visqueuse.

Voilà, comme on le voit, à très-peu de distance, on peut dire simultanément, deux exemples, les deux premiers qui aient été signalés, croyons-nous, d'un ictère résultant d'une compression du canal cholédoque par le rein déplacé.

Fistule hépato-bronchique.

Il y a en ce moment-ci, dans la salle des femmes du service de M. Després à l'hôpital Cochin, une femme qui est le sujet d'une histoire ou plutôt d'un drame pathologique en deux actes qui ne manque pas d'intérêt.

Le premier acte s'est passé il y a un an, et toutes les scènes en ont été fidèlement reproduites dans la *Gazette des Hôpitaux* du 23 mai dernier, dans un compte rendu clinique rédigé par M. Hervouet, interne du service, sous le titre de : *Kyste hydatique du foie. Cautère et ponction. Guérison.* Il s'agissait, ainsi que ce titre le rappelle, en effet, d'une femme entrée à l'hôpital Cochin dans le mois de juin de l'année dernière, pour un kyste hydatique du foie. Au mois de juillet suivant, M. Després faisait une première application de cautère à la pâte de Vienne sur le point saillant de la tumeur; en août, deuxième cautère, qui est entretenu par des applications successives de pâte de Vienne, pour obtenir l'adhérence de la paroi abdominale avec le kyste. En septembre, il fait la ponction du kyste à l'aide d'un trocart introduit au centre du cautère, et il retire un litre environ d'un liquide limpide. Bref, la malade quitte l'hôpital en octobre, guérie de son kyste hydatique.

Il y a un mois environ qu'a commencé le deuxième acte, et celui-ci est en train de se dérouler en ce moment sous les yeux des mêmes spectateurs. Ayant joui jusque-là d'une bonne santé, depuis sa sortie de Cochin, elle a été prise de malaises, de vomissements, puis est survenu un gonflement inflammatoire du foie qui descendait jusque dans la fosse iliaque, lorsque la malade est rentrée pour la seconde fois à Cochin. Un nouveau cautère a été appliqué, et une ponction explorative faite consécutivement n'a donné issue à aucun liquide ni produit morbide. La tuméfaction du foie a diminué notablement; il a repris presque ses dimensions normales; les vomissements ont cessé, mais ils ont fait place à une expectoration muqueuse très-abondante et fortement colorée par de la bile. Cette expectoration a perdu de son abondance depuis quelques jours, mais sans changer de caractère; elle continue à être fortement bilieuse, mais on n'y trouve pas de traces de pus. L'analyse chimique et microscopique en sera faite, d'ailleurs, pour aider au diagnostic. L'examen de la poitrine n'a révélé, dès le début de ces accidents, autre chose que de la submatité en arrière et à droite, à la base, et des râles muqueux ; matité et râles qui paraissent avoir diminué aussi avec l'expectoration elle-même.

Que s'est-il passé chez cette malade depuis la guérison de son kyste hydatique? Tout ce que l'on peut dire pour le moment, c'est qu'il y a une fistule qui fait communiquer le foie avec le poumon. Comment s'est-elle formée? Qu'en résultera-t-il? C'est une malade à suivre et à étudier. Nous ferons connaître en temps et lieu les péripéties de cette deuxième partie de son histoire pathologique.

Dr BROCHIN.

LES THÈSES DU CONCOURS

POUR L'AGRÉGATION EN CHIRURGIE.

Nous avons maintenant sous les yeux le stock à peu près complet des thèses du concours pour la chirurgie et les accouchements, dont on connaît l'issue. « Le jury est heureux, a dit son honorable président dans son rapport au ministre, de proclamer que le concours de 1875 s'est distingué entre tous par une science véritable, une érudition de bon aloi et les saines doctrines qui ont été émises... Les épreuves de la thèse et de-

l'argumentation ont couronné brillamment le concours. Les sujets, préablement mûris et médités par chacun des juges, avaient été soumis ensuite à une discussion approfondie. Nous avions fait en sorte que chacun d'eux répondît à une des questions dont se préoccupe actuellement le monde médical. » Il ne nous fallait pas plus que ces paroles pour nous faire un devoir de parcourir ces thèses et d'en présenter ici un rapide résumé analytique, comme nous l'avons fait pour les thèses du concours de médecine.

Par la nature même de leurs sujets, les thèses de chirurgie et d'accouchements prêteront moins que les thèses de médecine à des considérations communes et à des rapprochements à un point de vue théorique ou doctrinal; mais si les horizons qu'elles embrassent sont en général moins étendus, si la généralité y est plus circonscrite, en revanche le sol y est souvent plus profondément creusé et la recherche de l'application pratique plus minutieusement fouillée. Cependant quelques-unes d'entre elles ont pour objet des questions générales sur lesquelles le jury paraît avoir désiré sonder l'opinion de la nouvelle génération chirurgicale. C'est par celles-là que nous commencerons.

On a vu dans notre analyse des thèses de médecine que le jury avait posé la question de l'influence des études histologiques sur la connaissance d'un certain ordre de maladies (les maladies du système nerveux); le jury du concours de chirurgie a posé aussi la question analogue : *Des progrès que l'histologie a fait faire au diagnostic des tumeurs.* Ce sujet est échu à M. Pénières.

Quand il s'agit d'apprécier les résultats d'une méthode scientifique nouvelle, il est souvent assez difficile de se défendre d'un certain degré d'enthousiasme ou d'entraînement plus capable de compromettre que de servir sa cause. M. Pénières a su éviter ce danger. « Avant l'avénement de la micrographie et depuis cet avénement, dit-il, l'histologie n'a pas été à l'abri de l'erreur. On s'est trompé plus d'une fois : qu'importe? on a réuni des idées, et voici qu'une science que l'on pouvait regarder comme purement théorique s'est peu à peu et par la force des choses rapprochée de la pratique. » Cet aveu, fait dès l'introduction, ne dispose que mieux à se laisser gagner plus tard par la conviction même de l'auteur lorsqu'il nous exposera les progrès réels que l'histologie a fait faire à la connaissance de la constitution anatomo-pathologique des tumeurs et à leur diagnostic.

Voici en quels termes M. Pénières résume dans ses conclusions l'étude de la question qu'il avait à traiter :

« . . . . : Nous n'avons plus les illusions qu'inspiraient aux hommes d'il y a vingt ans les larges promesses de l'histologie à ses débuts. Nous n'avons pas encore les certitudes que la poursuite obstinée et méthodique des études micrographiques donnera à ceux qui vivront encore dans un demi-siècle. Nous devons convenir cependant que lentement, mais sûrement, la clinique accroît ses ressources des notions que le microscope lui apporte en tribut.

« Le microscope a créé de toutes pièces le diagnostic de certaines tumeurs, myomes, mélanoses, acéphalocystes, névromes vrais, tumeurs de tissu muqueux et de cartilage. Il a suivi jusqu'à ses dernières limites l'étude des lésions du tubercule, de la morve, de la syphilis, de la leucocytose. On est autorisé à voir là des acquisitions que le temps ne pourra qu'étendre.

« Il y a quelque chose de plus à faire, et les tendances actuelles de l'anatomie pathologique semblent annoncer que ce quelque chose se réalisera.

« Les perfectionnements successifs de la technique micrographique rendent de plus en plus rares les divergences des observateurs à propos de l'observation d'un tissu, d'un élément anatomique, d'une cellule; la possibilité d'opposer des observations comparables a rendu les efforts plus convergents et par cela même plus utiles. On ne s'est plus contenté de rechercher les caractères d'une cellule ou d'un tissu, on a pu, en multipliant et en contrôlant les observations de l'anatomie normale, rechercher les conditions de la vie et du développement de l'une et de l'autre. On a pu comparer la physiologie normale et la physiologie pathologique des éléments anatomiques dont l'ensemble constitue l'organisme. On a reconnu dans les cellules des tissus les plus hétéromorphes des caractères correspondant à une période de l'évolution des cellules normales ou à un trouble dans l'agencement et la répartition des éléments anatomiques les plus simples.

« Cette étude de la vie intime des tissus pathologiques a concilié du coup l'humorisme et le solidisme, et mis fin à la lutte des deux vieux systèmes en les frappant d'insuffisance.

« Pour ce qui est des tumeurs de mauvaise nature, qui ont donné lieu à tant de litiges et qui ont été l'occasion des savantes discussions de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, dont on n'a pas perdu le souvenir, voici en quels termes M. Pénières apprécie l'état actuel de la question :

« Les histologistes ont fini par se rendre aux raisons de la clinique; certaines distinctions trop absolues, qui paraissaient s'appuyer sur des bases inébranlables, tendent à s'atténuer, sinon à disparaître, et il n'en est pas un aujourd'hui qui n'approuve ce passage de la clinique de M. Gosselin :

« A côté des tumeurs franchement malignes ou cancéreuses « dont l'apparition est l'indice d'une désorganisation profonde « de l'organisme et d'une mort à courte échéance, se trouvent « des tumeurs qui ont, pendant un certain nombre d'années, « une marche bénigne, qui, pendant longtemps après leur « ablation, ne repullulent que sur place, et qui enfin ne sont « pas incompatibles avec la conservation de la santé. Ce sont « encore des cancers, mais des cancers moins mauvais que les « premiers. »

« Ici, ajoute M. Pénières, la clinique a eu raison contre les idées absolues du microscope; ailleurs c'est le microscope qui éclaire la clinique. Ce concours de deux méthodes pour arriver à la vérité a plus d'un avantage. La science gagne à l'opposition et au rapprochement de deux ordres de recherches qui, isolées, seraient à peu près stériles. Entre l'histologie et la clinique il n'y a pas de lutte, il ne peut y avoir qu'une alliance, et c'est cette alliance qui permet de substituer au diagnostic empirique le diagnostic rigoureux et scientifique d'un néoplasme. »

Dr Brochin.

ACCOUCHEMENT LABORIEUX

IMPUISSANCE DES TRACTIONS CONTINUES. — PERFORATION DU CRANE. — TERMINAISON PROMPTE ET HEUREUSE

Par le docteur Mallet, de la Rochelle.

Samedi 28 août, Mme X...., habitant la commune d'Angoulins, à 12 kilomètres de la Rochelle, fut prise de douleurs pour accoucher. Les eaux coulèrent avec assez d'abondance, et le travail continua lentement jour et nuit jusqu'au lundi, où des douleurs accentuées se manifestèrent pendant plusieurs heures, pour s'arrêter tout à coup.

Quand j'arrivai à la ferme, il était deux heures du matin. J'y trouvai mon honorable confrère le docteur Romieux, adjoint à la Ma-

ternité, qui m'avait précédé de quelques heures, ainsi que la sage-femme de la commune de Salles, qui passait une troisième nuit auprès de la malade.

Simultanément, mon confrère et moi nous songeâmes à délivrer cette jeune femme, qui était d'autant plus à plaindre qu'elle était accouchée deux fois très-heureusement.

Comme le plus âgé, je saisis le forceps que nous avions appliqué avec un peu de peine, je fis les tractions indiquées en pareille circonstance.

Mes efforts ne réussissant pas à faire céder cette tête, qui se trouvait dans une bonne position et bien saisie, le docteur Romieux plaça une serviette au-dessus de mes mains, et nous continuâmes ensemble les mêmes tractions et les mêmes mouvements pendant encore une demi-heure.

Tous nos efforts ayant été infructueux, et certains que l'enfant avait cessé de vivre, je saisis mes ciseaux de Blot, je perforai le crâne et aussitôt j'amenai la tête dans l'excavation. Là, j'abandonnai le premier instrument pour le remplacer par le petit forceps anglais, qui termina cet accouchement, commencé depuis soixante heures.

Voici cette observation racontée dans ses détails, et dont les sages-femmes et les médecins peuvent tirer les conclusions suivantes :

Les sages-femmes doivent être très-prudentes ; elles doivent, par un toucher sûr et *peu répété*, se borner à se rendre compte de la marche du travail qu'elles surveillent. Il faut aussi qu'elles soient convaincues que, si ce travail vient à s'arrêter, il ne pourra être terminé que par l'usage du forceps, et jamais avec le secours de la main seule.

Le médecin accoucheur, qui réussit presque toujours et assez promptement à retirer vivant un enfant engagé dans le petit bassin, doit s'attendre à trouver des difficultés plus grandes et presque insurmontables lorsqu'il est nécessaire de pratiquer la même opération au détroit supérieur.

Les anciens accoucheurs n'avaient à leur disposition que trois instruments, un grand, un petit forceps et un ciseau perforateur. De nos jours, si, à Paris, vous entrez chez un de nos principaux fabricants d'Instruments de chirurgie, vous êtes surpris d'y rencontrer tout un arsenal d'instruments qui n'ont pas été inventés pour conserver la vie aux enfants et éviter des meurtrissures à la mère.

Un tel état de choses demande un examen sérieux, et puisque, malgré ces nouvelles machines, l'application du forceps au détroit supérieur reste toujours aussi désastreuse pour des médecins dont la main n'est pas très-exercée et dont les rares succès sont l'exception, je conseille à mes confrères d'imiter nos grands praticiens, qui, dans les cas analogues à celui que je viens de citer, perforent le crâne et délivrent bien vite une mère dont l'enfant n'existe plus.

En agissant ainsi, on évitera à la patiente des douleurs inutiles, une perte de sang plus abondante, une déchirure du périnée, et quelquefois plus encore, une fistule vésico-vaginale.

Telles sont les réflexions que m'a suggérées cette observation, réflexions que je livre à l'appréciation de ceux qui s'occupent d'accouchements et aux médecins de notre localité qui dans ce moment cherchent à faire démentir un bruit tendant à s'accréditer : que, depuis la mort du docteur Romieux père, il a succombé dans notre ville et dans les environs plus d'enfants et de mères, et qu'il s'est produit plus d'infirmités que dans la pratique de cet éminent confrère, laquelle a duré cinquante ans.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

CONGRÈS ANNUEL DE L'ASSOCIATION MÉDICALE ANGLAISE

(Extrait des comptes rendus.)

Section de chirurgie. — *Adresse en chirurgie*, par M. le professeur JAMES SPENCE. — Après avoir passé en revue dans son adresse en chirurgie quelques-uns des progrès modernes de la chirurgie dans le traitement des fractures, et particulièrement des fractures non consolidées, à propos desquelles il signale les bons résultats de la méthode proposée par Miller, d'Edimbourg, consistant à faire une section sous-cutanée de l'attache fibreuse et à gratter et aviver les extrémités de l'os, qui sont ensuite maintenues en contact par un bandage et des attelles, le professeur Spence a exprimé en ces termes son appréciation à l'égard de la méthode sous-périostale. La méthode sous-périostale appliquée aux résections, dit-il, doit être employée avec discernement. S'il s'agit d'un membre inférieur et qu'on désire obtenir un support solide et non une articulation mobile, elle est nécessairement indiquée. La question est moins nettement posée pour le membre supérieur.

Les cas où la chirurgie sous-périostale est destinée à produire les meilleurs résultats sont ceux dans lesquels une nécrose aiguë, une inflammation rapide et générale d'un os long, semble avoir arrêté la nutrition et séparé l'os de son enveloppe périostale. La conservation du périoste est, dans ce cas, d'une importance capitale, elle aide à la formation du nouveau tissu et répare les désordres de l'inflammation.

A propos de la méthode d'Esmarch, M. Spence admet comme incontestable que la compression élastique peut rendre d'immenses services dans la pratique de quelques grandes opérations : résections osseuses et articulaires, ablations de séquestres, de tumeurs, mais il ne pense pas que son application puisse être généralisée. Pour les amputations et autres opérations qui doivent être suivies de ligatures des vaisseaux, le tourniquet lui paraît préférable.

D'après M. Spence, le galvano-caustique est destiné à supplanter l'écraseur.

Enfin ce chirurgien n'a pas pour la chirurgie antiseptique l'estime qu'on paraît lui accorder généralement aujourd'hui. Il attend les preuves et les données statistiques.

Dans un mémoire sur *l'excision de la glande thyroïde*, M. HÉRON WATSON a formulé les conclusions suivantes : 1° L'incision doit s'étendre du larynx au sternum ; 2° les vaisseaux, artères et veines doivent être liés immédiatement ; 3° l'incision du fascia doit être aussi grande que celle de la peau, et, si la tumeur est très-volumineuse, les parties molles seront divisées jusqu'au sterno-mastoïdien ; 4° la membrane délicate qui enveloppe la glande ne se divisera qu'après la ligature des vaisseaux ; 5° si une hémorrhagie survient après l'ablation de la tumeur, les vaisseaux seront liés en masse avec le tissu cellulaire environnant.

M. W. ADAMS a proposé une nouvelle opération pour *l'oblitération des dépressions cicatricielles* consécutives aux abcès glandulaires et aux exfoliations osseuses. Voici en quoi elle consiste : 1° il pratique la section sous-cutanée des adhésions profondes de la cicatrice au moyen du ténotome ; il soulève le tissu cicatriciel jusqu'à ce qu'il ait atteint et même dépassé le niveau des tissus voisins ; 3° il passe deux fines aiguilles à la base de la cicatrice et les maintient pendant trois jours ; 4° le quatrième jour les aiguilles sont retirées, et le tissu cicatriciel, qui est devenu gonflé et infiltré, descend peu à peu jusqu'à ce qu'il soit au niveau des tissus environnants. M. Adams

dit avoir obtenu de l'application de ce procédé d'excellents résultats qui ont été constatés de un à trois ans après l'opération.

Le traitement chirurgical des tumeurs lymphatiques du cou a fait le sujet d'un travail de M. Meslenger Bradley. L'auteur divise ces tumeurs en trois classes : 1° les hypertrophies véritables, avec ou sans diathèse strumeuse et ne montrant aucune tendance aux altérations pathologiques ; les hypertrophies strumeuses qui consistent en une hyperplasie cellulaire avec dépôts caséeux et qui, après un certain temps, se ramollissent jusqu'à ce que la glande se transforme totalement en une masse strumeuse ramollie ; 3° les lymphomes durs non infectieux.

D'après M. Bradley, ces diverses tumeurs ne doivent pas être toutes traitées de la même manière. Voici les règles qu'il pose à ce sujet :

Il distingue : 1° les cas qui doivent être traités par les injections iodées, ce sont les hypertrophies véritables des glandes cervicales sans scrofule, les hypertrophies strumeuses de ces mêmes glandes avant la suppuration, les lymphomes durs, les tumeurs encapsulées ;

2° Cas qui doivent être traités par incision : toutes les tumeurs lymphatiques qui, avec ou sans traitement préalable par l'iode, sont entrées en suppuration ;

3° Cas qui doivent être traités par extirpation : les glandes strumeuses qui reposent sur un tissu cellulaire suppuré et les tumeurs encapsulées qui ont résisté au traitement par les injections d'iode.

Considérations sur la *dispersion des tumeurs par l'électrolysation*, par M. Julius Althaus (de Londres), se résumant dans les propositions suivantes : l'éclectrolyse est très-utile dans certaines formes de nævus et bien plus avantageuse que l'excision, les injections de perchlorure de fer, l'acide nitrique, la ligature sous-cutanée et le galvano-cautère. Le goître cystique cède assez rapidement aux effets de l'électrolysation, ainsi que les tumeurs sébacées. Son emploi est également applicable au fibroïde et aux tumeurs cancéreuses secondaires, en atténuant les douleurs et améliorant l'état général.

Travail de M. Drysdale (de Londres) sur les *accidents syphilitiques tertiaires de la gorge*, qu'il divise en deux formes, une ulcéreuse et une gommeuse. La forme ulcéreuse s'observe principalement sur les amygdales et la paroi postérieure du pharynx ; elle est comparativement rare. Les tumeurs gommeuses qui occupent les parties molles et osseuses du palais peuvent être considérées comme un des accidents les plus fréquents de la syphilis tertiaire. La maladie est très-insidieuse, elle se termine quelquefois par la perforation ou la division du voile du palais avant qu'on ait été à temps à prévenir ces accidents ou à y porter remède. La portion osseuse du palais peut être également perforée en peu de jours par une de ces tumeurs. On ne doit pas employer les caustiques ni les instruments tranchants dans le traitement des tumeurs gommeuses de la gorge et du palais ; on emploiera l'iodure de potassium (4 grammes par jour en quatre doses). Le mercure est à peu près impuissant ; on n'y a recours que lorsque l'iodure de potassium n'a pas donné de résultats satisfaisants.

Section d'accouchements. — Les communications faites à cette section peuvent se résumer en très-peu de mots, bien que les sujets qui y ont été traités soient loin de manquer d'importance ; mais, à en juger du moins par les comptes rendus auxquels nous avons plus particulièrement emprunté les éléments de cette analyse, ceux de la *Gazette hebdomadaire*, les sujets ont été plutôt indiqués que traités. Les voici :

D'après M. Protheroe Smith, qui a lu un travail sur l'*hydropisie ovarienne*, cette affection serait beaucoup plus fréquente aujourd'hui qu'il y a quarante ans. Il attribue cette grande fréquence à l'abandon de la saignée ; les émissions sanguines modérées peuvent, suivant lui, rendre des services dans certains cas d'engorgement de l'utérus et des ovaires.

Des causes et des dangers de l'avortement, tel a été le sujet d'une lecture de M. Édis, qui prétend que les accidents de cette nature sont traités trop légèrement par le public et même par les praticiens ; il se plaint surtout de l'absence de mesures préventives prises à l'égard des femmes enceintes atteintes de syphilis constitutionnelle ou de métrite chronique.

L'auteur conseille, comme traitement, l'emploi de l'ergot du seigle au début, alors que le mal peut encore être prévenu ; après l'accident, injections avec de l'acide phénique jusqu'à ce que le produit de la conception ait été complétement expulsé.

Recherches sur *la température et ses conséquences sur les fonctions génératrices de la femme*, par M. Haddon. La dysménorrhée, la ménorrhagie et la fausse couche seraient beaucoup plus fréquentes chez les femmes intempérantes que chez les autres. Les effets de l'intempérance chez certaines femmes sont encore augmentés par les prescriptions de certains médecins qui abusent des stimulants. M. Haddon pense que les boissons alcooliques doivent être complétement proscrites du régime d'une femme enceinte.

Dans une communication sur l'importance de la *Statistique dans l'étude de l'obstétrique*, M. Swayne, envisageant quelques particularités de la pratique obstétricale dans les classes riches ou aisées qui échappent généralement à tout contrôle scientifique, dit avoir observé que ces dernières classes sont plus sujettes aux hémorrhagies et adhérences du placenta, et que, contrairement à ce qui est généralement admis, la quatrième présentation du sommet y est plus fréquente que la troisième.

Un mémoire de Mme Garrett Anderson a été consacré à la discussion des questions suivantes : 1° Jusqu'à quel point la théorie mécanique de la dysménorrhée est-elle fondée sur des faits ? 2° Quelle relation y a-t-il entre la dysménorrhée mécanique et les formes névralgique, congestive et rhumatismale de cette affection ? 3° Jusqu'à quel point la théorie mécanique doit-elle nous guider dans le traitement ? — Pour la première question, l'auteur admet que la rétention de la sécrétion utérine est la cause essentielle de la dysménorrhée, mais elle admet aussi une dysménorrhée constitutionnelle. Elle n'accepte pas la dysménorrhée névralgique, cette forme devant être attribuée à la congestion. — Enfin pour le traitement, elle admet l'intervention chirurgicale, mais elle pense que beaucoup de dysménorrhées par obstruction, reconnaissant une origine constitutionnelle, doivent d'abord être soumises à un traitement général.

VARIÉTÉS

La Volonté considérée comme puissance morale et comme moyen thérapeutique (1)

Par M. Jolly, membre de l'Académie de médecine.

Mais, avant tout, serait-il vrai que la volonté que nous prétendons invoquer comme puissance thérapeutique fût elle-même passible de

(1) Suite. — Voir le numéro du 30 septembre.

maladie? Serait-il vrai qu'il y eût une pathologie de la volonté, c'est-à-dire une médecine de l'âme?

Nous avons déjà dit ce que nous pensons de cette prétendue psychiatrie qui serait une véritable hérésie scientifique, si elle n'était tout simplement une fausse interprétation dilogique.

La volonté, en effet, n'est point un organe ni une fonction; elle n'est point une propriété anatomique, et elle n'a aucune attribution physiologique dans l'exercice de la vie. Son rôle est exclusivement psychique; elle ne peut donc être passible de maladie, dans la rigoureuse acception du mot; elle est nécessairement inaltérable, et, s'il en était autrement, elle ne serait plus responsable de ses actes. Elle peut bien fléchir devant les entraînements instinctifs, devant les passions humaines, être coupable de défaillance, et, à ce titre, elle reste justiciable aux yeux de Dieu et des hommes, mais elle n'est pas pour cela malade; elle demeure toujours inaltérable, même en présence de toutes les formes, de tous les genres de délire, dans tous les cas de monomanie où la raison et la passion sont aux prises, où la volonté succombe devant l'idée fixe sans être malade, l'idée fixe étant dans le délire sensorial, nullement dans la volonté. Cela posé, nous arrivons à l'objet pratique de la question, à la puissance thérapeutique de la volonté.

La volonté, comme faculté hyperorganique, tient sous sa dépendance le sentiment, le mouvement et l'entendement, et il suffirait d'observer son rôle d'activité dans l'état physiologique pour concevoir toute sa puissance dans l'état pathologique.

Et d'abord l'homme avait besoin de l'intervention de sa volonté pour suppléer à l'insuffisance de ses instincts dans l'exercice même de sa vie sensoriale; il avait besoin pour voir avec intelligence les objets qui s'offrent à sa vue, de les regarder avec attention, de les observer avec réflexion, de les contempler à volonté pour en déterminer les formes, les dimensions, les contours, tous les caractères physiques qui peuvent en faire des objets d'art plus ou moins précieux.

Sans la volonté, l'homme n'aurait su trouver ni l'accord et l'harmonie des sons, ni le charme des émotions qu'il recherche dans les sens de l'ouïe. Sans elle, il n'aurait pu acquérir la connaissance des qualités différentielles des odeurs et des parfums comme condition hygiénique de ses aliments et de ses boissons avant de les confier à l'estomac.

On ne saurait non plus méconnaître le besoin d'appréciation volontaire ou intellectuelle des qualités tactiles des corps extérieurs dans la détermination de leur température, quand surtout il s'agit de faire du tact un thermomètre naturel, le plus sûr de tous, même pour les cas d'opportunité hygiénique du vêtement.

Mais si la volonté était nécessaire pour donner aux sensations une valeur rationnelle, intellectuelle qu'elle n'a pas, elle acquiert dans l'exercice des mouvements une puissance même dont on ne saurait déterminer la limite. On a cité des cas où elle avait pu rendre le mouvement et la vie à des membres qui en étaient privés depuis nombre d'années; c'est ainsi que, lors de l'incendie de l'Hôtel-Dieu dans la nuit du 2 août 1737, des paralytiques qui avaient été soumis à de vains traitements ont pu retrouver le mouvement et s'arracher aux flammes et à la mort par la seule puissance de la volonté.

On cite également des cas de paralysie musculaire, où la volonté seule a pu imprimer des mouvements de contraction à la fibre musculaire, lorsque l'électricité dans ses applications variées était demeurée absolument impuissante (Onimus); tels sont aussi les exemples de paralysie spinale observés par M. Joffroy, dans lesquels des muscles *régénérés* ont pu entrer en contraction sous la seule influence de la volonté après une vaine application de l'électricité (*Union médicale*, juillet 1875).

Appliquée à l'orthonomie, la volonté a pu donner des résultats que l'on n'avait pu attendre d'aucune médication proprement dite. On sait que, comme résultats d'habitudes acquises, beaucoup d'individus affectent des positions, des gestes, des tics plus ou moins contraires aux convenances sociales, et que la volonté seule peut maîtriser. Mais ce qu'il faut dire, c'est qu'il n'est pas aussi facile qu'on le croit de vouloir; peu d'hommes ont le courage d'imposer une volonté forte et soutenue à la domination d'habitudes vicieuses, mais nous n'en dirons pas moins qu'il est permis d'établir en principe, dans ce cas-ci, que *vouloir c'est pouvoir*. S'observer assez constamment, assez sévèrement pour maîtriser de telles habitudes, les remplacer par des occupations diversives, leur substituer des mouvements réguliers, tel est le principe d'orthonomie qu'il est permis de leur opposer.

On conçoit que tous les âges et tous les caractères ne puissent se prêter également à de tels prétextes, et l'on comprend surtout qu'il faille les diriger, et même les imposer chez l'enfant pour en obtenir des résultats satisfaisants.

C'est principalement dans les déviations de la taille, qui ont si souvent pour cause l'inégalité ou défaut d'antagonisme des forces musculaires comme effet d'attitudes vicieuses, que la volonté spontanée ou imposée a pu opérer d'heureux effets.

Des exercices sagement conçus, intelligemment combinés et soutenus par une volonté ferme et persévérante, ont su bien souvent faire tous les frais de guérisons inattendues.

J'ai publié, il y a déjà bien des années, l'exemple remarquable de la puissance de la volonté chez une jeune fille de dix-neuf ans, qui présentait une déformation très-prononcée de la taille, avec incurvation de la colonne vertébrale, et qui a pu guérir complétement, après plusieurs mois de la même persévérance, dans les combinaisons d'une gymnastique qu'avait su diriger habilement M. le docteur Baunin. Mais il faut dire aussi que, dans cette organisation assez chétive, résidait une volonté forte et soutenue par une énergique résolution, jointe à un vif désir de tout souffrir pour guérir.

On connait aussi les heureux effets d'une volonté forte et persévérante pour vaincre les secousses convulsives qui accompagnent, chez certains individus, la prononciation, et qui constituent le bégaiement. Assujettir la voix et la parole à une sorte de rhythme ou de mesure, sous l'empire des puissances respiratoires, c'est-à-dire parler à haute et intelligible voix, par syllabes bien accentuées et sans en perdre une seule, comme on le ferait en déclamant et en chantant, tel est le principe de traitement le plus rationnel à opposer à ce genre d'infirmité; et l'art le plus efficace sera toujours la volonté la plus persévérante, la plus intelligente, celle dont les efforts et les combinaisons sauront le mieux dominer les mouvements de la langue pendant qu'elle articule les mots.

Tous les traitements dont l'expérience a le mieux justifié l'efficacité jusqu'à ce jour se fondent essentiellement sur ce principe; tels sont surtout ceux qui, dans ces dernières années, se sont succédé avec de nouvelles prétentions, depuis celui de Mlle Leigt, qui a le mérite de l'initiative, puis de M. Itard, qui en a le premier apprécié la valeur, et, à son exemple, MM. Malbouche, Deleau, Robet, Redaux de Faucy, Colombat (de l'Isère), Chervin et d'autres, qui n'en sont que de fidèles imitateurs.

Le *nystagmus oculi*, ou mouvement latéral involontaire des yeux, qu'on a appelé le bégaiement oculaire, est encore une de ces anomalies physiologiques auxquelles la volonté seule a pu souvent remédier. La science possède des exemples de guérison obtenue même chez des sujets adultes, soit par la seule application de la volonté, soit à l'aide d'appareils capables d'en favoriser et d'en assurer l'effet.

Mais c'est principalement dans la chorée, ou danse de Saint-Guy, que la volonté a souvent montré une puissance thérapeutique dont on peut facilement se rendre compte et que l'on attendrait vainement de toute médication pharmacologique.

On sait que le nom de chorée, ou danse de Saint-Guy, lui vient de ce qu'autrefois un grand nombre de personnes qui en étaient affectées se rendaient en pélerinage à la chapelle de Saint-Guy, en Allemagne, pour y danser, jour et nuit, jusqu'à leur parfaite guérison.

Ce fait, assez généralement relégué dans l'histoire des superstitions du moyen âge, méritait pourtant quelque attention de la part des praticiens, en ce qu'il signale l'heureux effet d'un mouvement régulier substitué à un mouvement désordonné, perverti, et il faut bien savoir que la danse de Saint-Guy n'est pas aussi nécessairement qu'on a pu le dire une modalité morbide de *nature rhumatismale*; elle s'explique plus naturellement par la simple désharmonie de la puissance musculaire comme effet d'insuffisance de l'innervation à une époque de développement de l'organisme, où l'on conçoit le défaut de

rapport de la puissance nerveuse et de la puissance musculaire. Ce n'est point le lieu de discuter ce point de théorie médicale, et, pour ne parler ici que du traitement hygiénique de la chorée et des effets curatifs de la volonté, il est certain que l'on a pu obtenir plus de succès de l'application sagement combinée des exercices gymnastiques joints à toutes les ressources d'une hygiène rationnelle que de beaucoup d'autres médications qui lui ont été opposées. Un praticien distingué, M. Louvet-Lamarre, médecin de la succursale de la Légion d'honneur à Saint-Germain en Laye, bien persuadé aussi que la chorée est souvent l'effet d'une désharmonie physiologique, et que dans maintes circonstances la maladie peut survivre à sa cause comme effet d'habitude, a recouru avec avantage à un traitement gymnastique varié suivant les indications individuelles et obtenu les effets les plus heureux; il prescrivit surtout la danse à la corde, comme l'exercice le plus propre à soutenir l'attention des malades et la régularité des mouvements, et il put voir souvent cette gymnastique triompher de la persistance de la maladie. J'ai eu moi-même occasion de faire une heureuse application de ce moyen chez des jeunes filles qui étaient restées sous l'effet de la maladie après beaucoup d'autres traitements, et j'ai pu surtout constater les effets salutaires de l'exercice alternatif de la danse et du piano, joint à une hygiène convenable.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

332. Cernatesco. De la marche et de la durée du chancre syphilitique et des syphilides vulvaires pendant le cours de la gestation.

333. De la valeur thérapeutique des résections primitives et de leur utilité au point de vue de la conservation de la vie et de l'usage du membre.

334. Nicati. Des fibres nerveuses dans les nerfs optiques et dans la rétine.

335. Drouet. Recherches expérimentales sur le rôle de l'absorption cutanée dans la paralysie saturnine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

D'après l'*Écho* (de Lille), l'université catholique aurait offert 140,000 francs pour l'ouverture de deux pavillons de l'hôpital Sainte-Eugénie, dont la clinique lui serait réservée. L'université prendrait à sa charge les honoraires des médecins chargés du service. Dans le cas où, ses offres acceptées, l'université pour une cause quelconque ne pourrait se constituer, les 140,000 francs versés par elle resteraient acquis aux hospices.

La commission des hospices a accepté cette proposition, sous la réserve que le chiffre de 140,000 francs serait considéré comme un strict minimum.

— Malgré les charges les plus lourdes qui pèsent sur le budget de notre cité, dit le *Marseille médical*, la commission municipale n'a pas hésité à voter les 130,000 francs nécessaires pour la transformation de notre école secondaire de médecine et de pharmacie en école de plein exercice. Il est vrai que la ville s'est réservé le profit des inscriptions et des frais d'examens, ce qui diminuera considérablement les avances qu'elle devra faire, les élèves ne pouvant manquer d'accourir en très-grand nombre.

Marseille possède des hôpitaux où, grâce à la variété des maladies, un enseignement clinique complet peut être installé; les travaux anatomiques n'auront jamais à souffrir du chômage; les études de chimie ont un auxiliaire puissant avec la Faculté des sciences.

Il reste à compléter le cadre des études, forcément restreint jusqu'ici, mais dont on a les éléments sous la main.

Si, comme on l'affirme, on ne veut plus pactiser avec les traditions de népotisme et de favoritisme, les concours assureront certainement à notre école transformée une brillante pléiade de jeunes et excellents professeurs. — D'ailleurs nous allons bientôt pouvoir juger chacun à l'œuvre. En attendant, remercions nos édiles d'avoir doté Marseille d'une école de médecine et de pharmacie de plein exercice. — Notre ville ne peut que gagner à voir se développer une activité intellectuelle qui contre-balancera très-heureusement cette fièvre commerciale, trop souvent malsaine, qui y règne endémiquement.

— Le nommé Heap exerçait illégalement la médecine à Manchester; il tenait une petite boutique, vendait des drogues et donnait des consultations. Tout cela, à la rigueur, aurait pu passer, si l'individu n'eût ajouté à son triste commerce la criminelle pratique des avortements. Vers le milieu de mars, Heap est consulté par une jeune fille qui désire se débarrasser d'une conception gênante; il la fait passer dans l'arrière-boutique, où, en présence d'une servante complice, il pratique les manœuvres nécessaires. La jeune fille avorte, en effet, le lendemain, mais elle succombe deux jours après. L'autopsie révèle l'existence d'une péritonite causée par deux ponctions pratiquées sur l'utérus par le *quack doctor*.

Le coupable a été arrêté et condamné par le jury à la peine de mort. Malgré les nombreuses démarches faites pour obtenir sa grâce, Heap a subi le supplice de la corde, lundi 9 août dernier, à Liverpool. Jusqu'à présent la peine de mort n'avait été que très-rarement appliquée au crime d'avortement. Puisse-t-elle exercer une utile influence sur les hommes pervers qui, partout, se livrent à cette abominable pratique. (*La Presse méd. belge.*)

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 117. — MARDI 5 OCTOBRE 1875. 48e ANNÉE. MARDI 5 OCTOBRE 1875. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 — Un an. 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

LES THÈSES DU CONCOURS
POUR L'AGRÉGATION EN CHIRURGIE (1)

De l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques, par M. Paul BERGER. — M. Berger n'a pas affronté sans effroi l'étendue de la question qui lui était donnée. L'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques, c'est, en effet, l'une des plus grandes et des plus vastes questions de la pathologie générale chirurgicale, c'en est aussi la partie la plus médicale.

La lésion traumatique une fois déterminée dans ses éléments essentiels, la première question qui se dresse devant le chirurgien est celle-ci : Dans quel état se trouve le terrain que vient de frapper le traumatisme? Le cas le plus rare est celui où le traumatisme survient sur un organisme en état d'intégrité parfaite. Le plus souvent, au contraire, un état morbide antérieur ou un état diathésique actuel vient troubler plus ou moins profondément la tendance naturelle et les conditions physiologiques de la réparation « en modifiant le terrain traumatique, soit directement par une altération locale des tissus qu'atteindra plus tard la violence, soit par des désordres plus généraux et qui retentissent indirectement sur le siége de la blessure, par l'intermédiaire de la nutrition générale et de ses facteurs, la constitution du sang, les conditions nouvelles de la circulation et de l'innervation qu'a engendrées la maladie. »

Si quelques-uns de ces états organiques qui viennent compliquer le traumatisme sont fugaces et passagers, liés qu'ils sont à une maladie en voie d'évolution, il en est d'autres qui sont permanents comme la cause qui les a produits. Ce sont ceux-là dont M. Berger avait à examiner l'influence sur le traumatisme. De ces états chroniques et constitutionnels, il en est enfin dont les effets restent localisés à un système, tandis qu'il en est qui répartissent les désordres sur toute l'économie et qui mettent chaque organe, chaque région, chaque circonscription du corps en état ou tout au moins en imminence pathologique.

En groupant les maladies constitutionnelles suivant les diverses influences qu'elles peuvent exercer sur la marche des lésions traumatiques, M. Berger a reconnu dans cette action de l'état général sur l'état local deux grandes variétés qui lui ont paru justifiées par les faits.

Quelques-unes de ces maladies peuvent, dans certaines conditions qui ne sont pas encore déterminées, imprimer à la marche de la lésion un cachet spécial, qui rappelle les manifestations spontanées de la maladie elle-même. Tel est le cas de la syphilis, par exemple, de la scrofule ou de l'arthritisme.

Mais ces maladies, de même que toutes ou presque toutes les maladies chroniques, de même que certaines intoxications, peuvent mener à une altération profonde de la nutrition, à un trouble de toutes les fonctions, à une cachexie véritable, qui est ainsi l'aboutissant d'une multitude d'affections, de maladies, d'états organiques. — Cette altération ultime de la nutrition influe sur la marche des lésions traumatiques en produisant un arrêt du travail de réparation.

Cette manière d'envisager la double influence des états constitutionnels conduit à formuler comme précepte la nécessité, d'une part : de considérer le blessé ou le malade destiné à subir une opération comme un terrain sensible, prédisposé à des accidents locaux du côté de la plaie ou de la blessure, s'il est en puissance d'une maladie constitutionnelle, surtout s'il est véritablement cachectique ; de l'autre, de se souvenir que l'opération est la partie la moins importante du traitement, dans ces cas-là, et que l'état général réclame le premier l'attention du chirurgien.

Enfin, et c'est là en quelque sorte la conclusion générale de l'auteur, de ces considérations il ressort surtout que l'on ne saurait trop insister sur l'examen médical du malade qui doit subir une opération ou du blessé dont on institue le traitement.

Voici un autre sujet qui, comme le précédent, tient autant à la médecine qu'à la chirurgie et qui montre comme lui l'indissoluble lien qui les rattache l'une à l'autre et ne fait en réalité de la chirurgie que l'un des grands aspects de la médecine. *Des arthropathies d'origine nerveuse*, telle est la question qui est échue à M. Albert Blum.

Le sujet de cette thèse est l'application à la chirurgie d'une vue médicale nouvelle, introduite tout récemment dans la science, et qui se rattache elle-même à l'un des plus importants problèmes pathologiques actuellement à l'étude, celui des troubles trophiques.

On connaît la gradation des observations qui, après avoir rattaché à une lésion traumatique ou spontanée de certains nerfs périphériques, les éruptions vésiculeuses ou pemphigoïdes siégeant sur le trajet ou sur les points d'épanouissement de ces nerfs, ont établi le même lien étiologique entre ces mêmes lésions nerveuses et des troubles trophiques plus profonds,

(1) Voir le numéro du 2 octobre.

tels que l'atrophie musculaire et certaines arthropathies, effets dépendant les uns et les autres d'une action morbide des nerfs et différant en cela du simple fait de la cessation de l'influx nerveux. On sait aussi quelles sont les diverses hypothèses à l'aide desquelles on a cherché à expliquer ces faits. M. Blum sans se prononcer sur le plus ou moins de valeur, de chacune de ces hypothèses et sans prendre parti pour aucune d'elles, s'est emparé du fait incontestablement établi de l'influence que le système nerveux exerce sur la nutrition des éléments anatomiques, pour l'appliquer à l'étude de son sujet, c'est-à-dire à l'interprétation et à l'exposé systématique des arthropathies d'origine nerveuse.

Cette étude lui a présenté tout d'abord une assez grande complexité pour qu'il ait dû commencer par établir des divisions dans son travail. En effet, d'une part, multiplicité des causes nerveuses qui peuvent provoquer les arthropathies; d'autre part, variabilité plus grande encore de la manière dont les articulations peuvent réagir sous ces influences, telles sont les premières difficultés que présentait à ses yeux une description générale et d'ensemble des arthropathies. Portant l'analyse au milieu de ces éléments complexes, M. Blum a dû envisager d'abord les divers éléments morbides qui constituent tantôt seuls, tantôt diversement groupés entre eux, les divers types d'arthropathie, tels que la douleur, l'immobilité, les déformations, et enfin les troubles de nutrition; puis, les classant d'après leur ordre étiologique le plus naturel, il a décrit d'une manière distincte et successive : les arthropathies consécutives aux lésions traumatiques ou spontanées des nerfs périphériques (section, plaie, contusion, tumeur); les arthropathies consécutives aux maladies de la moelle, spontanées ou traumatiques (plaies de la moelle, paralysie infantile, myélite), les arthropathies de l'ataxie locomotrice progressive; les arthropathies consécutives aux maladies du cerveau (hémorrhagie, ramollissement); enfin celles qui sont consécutives aux paralysies ou atrophies limitées et les arthropathies hystériques.

A M. Ch. Monod est échue une question de thérapeutique chirurgicale générale, l'*étude comparative des diverses méthodes de l'exérèse*. Savoir dans quels cas et dans quelles conditions la préférence doit être donnée à telle ou telle méthode d'exérèse sur telle autre; laquelle des grandes méthodes principales, la méthode sanglante ou les diverses méthodes non-sanglantes, doit rester la règle ou devenir l'exception. C'est là une des questions générales qui préoccupent avec le plus de raison les chirurgiens. La manière dont M. Monod a envisagé cette question ne diffère pas sensiblement des termes dans lesquels nous l'avons posée nous-même dans une étude concise que nous lui avons consacrée il y a environ trois ans.

Pour M. Monod, en principe et dans le plus grand nombre de circonstances, l'instrument tranchant, malgré les efforts que l'on a faits en ces derniers temps pour en réduire le champ d'action, reste encore la ressource principale de la chirurgie et le meilleur moyen d'exérèse; les autres méthodes ne sont jusqu'à présent que des méthodes d'exception. Mais certaines circonstances, au nombre desquelles il convient de placer en première ligne celles du milieu où il s'agit d'opérer et l'état de l'opéré lui-même, donnent aux méthodes d'exception une importance considérable et les replacent pour certaines catégories de cas au premier rang. Même pour les amputations des membres, qui, de l'avis à peu près unanime des chirurgiens, relèvent plus que toutes les opérations de la méthode sanglante, il est des cas pour lesquels M. Monod admet avec M. Verneuil qu'il y a des indications qui commandent l'abandon du couteau. Tels sont, entre autres, certains cas de débilitation extrême qui font, exceptionnellement, il est vrai, des méthodes non sanglantes une ressource suprême, d'absolue nécessité.

Ce qui vient d'être dit pour certaines amputations est, *a fortiori*, applicable aux opérations qui se pratiquent sur les parties molles seulement, et plus particulièrement sur des parties molles richement vascularisées. « Toute considération théorique à part, n'est-il pas évident, dit M. Monod, que plus une région est riche en vaisseaux et surtout en veines, plus la méthode non sanglante sera formellement indiquée. »

Voici la remarque générale par laquelle termine M. Monod, et qui peut être considérée comme sa conclusion :

« De ce qu'une méthode présente sur les autres un certain nombre d'avantages, sera-ce une raison pour l'employer à l'exclusion de ces dernières? Tel n'est pas l'avis des chirurgiens de notre époque. Persuadés qu'il ne saurait y avoir de règle de conduite absolue dans la pratique de la chirurgie, ils s'efforcent d'augmenter autant que possible leurs ressources opératoires, pour pouvoir les adapter à la diversité des cas qui se présentent à leur observation. Dégagé d'idées préconçues et ne se défendant pas d'un sage éclectisme, le praticien a le devoir de demander à chaque méthode ce qu'elle a de bon, pour s'en servir selon les circonstances. »

Ces remarques s'appliquent spécialement à une idée chirurgicale contemporaine et qui tend à s'accréditer de plus en plus parmi les praticiens, l'association et la combinaison pour une même opération des diverses méthodes d'exérèse, qui constituent ce que l'on est convenu d'appeler les *méthodes mixtes*.

Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Lailler.

Généralités sur les teignes (1).

Ces précautions préliminaires étant prises, voyons maintenant quelques généralités sur les teignes.

Vous avez entrevu la définition de M. Bazin, laquelle est très-acceptable et la meilleure, à mon sens, qui ait été donnée des teignes. Elles sont constituées par une affection du cuir chevelu, causée et entretenue par la présence de parasites végétants dans les poils et j'ajouterai, secondairement, dans la substance cornée du derme.

Les caractères de l'éruption sont variables suivant l'espèce de parasite à laquelle on a affaire, mais les teignes présentent toutes des points communs. Toutes sont contagieuses, et toutes se transmettent de l'homme à l'homme, des animaux aux animaux. Ces modes de transmission sont connus depuis les temps les plus anciens; il n'en est pas de même du suivant, qui n'a été établi que récemment. M. Lemestre, à Limoges, M. Letourneur, à Nantes, ont signifié des faits de contagion des animaux aux personnes qui les soignaient. La teigne qui se transmet de cette sorte est la teigne tondante. Quant à la contagion des animaux aux animaux, elle n'est pas douteuse; dans une étable où elle sévit, il est rare qu'un animal échappe à la contagion; elle a lieu principalement pendant l'hiver, dans les étables mal aérées, et surtout chez les jeunes sujets. Il y a toute une variété d'animaux qui ont la teigne, ce sont les rongeurs, et c'est à Lyon que cette observation a été faite pour la première fois. On a présenté des souris atteintes de favus, et des chats qui paraissaient avoir contracté la même

(1) Fin. — Voir le numéro du 30 septembre.

affection en jouant avec des souris qui en étaient atteintes. Vous voyez que ce mode de contagion n'est pas à dédaigner, puisque les chats sont susceptibles de la communiquer aux enfants.

Il n'y a pas, je crois, d'exemple de transmission de l'homme aux animaux; cependant M. Bernutz m'a cité le fait d'un chien qui aurait contracté le favus en mangeant un cataplasme qui avait été appliqué sur la tête d'un enfant atteint de cette affection.

Il y a donc là une inconnue très-désirable à résoudre. On ne sait pas quelle est la source d'où les teignes tirent leur origine. Il est très-possible qu'elles soient dues tout simplement aux transformations que les champignons sont susceptibles de subir en même temps que le terrain dans lequel ils se développent, et que les rongeurs, par exemple, contractent dans les endroits humides où poussent ces parasites, le germe du favus.

On sait, en effet, que les champignons se transforment sous l'influence du terrain. En Allemagne, où de nombreuses expériences ont été tentées à ce sujet, on est arrivé à modifier les champignons en modifiant le sol sur lequel ils se développaient. Un médecin suédois, actuellement dans notre service, se livre en ce moment à des expériences de même nature.

Pendant un certain temps, et actuellement encore, on croyait que le favus, par exemple, était une sorte de champignon rural se développant plus habituellement à la campagne. Cette opinion, qui paraît en partie fondée, n'est pas admissible.

Les éléments du diagnostic des teignes, en général, se tirent du siége occupé par l'éruption. Puisqu'en effet l'altération porte sur les poils et les cheveux, il est clair qu'elle devra se développer là où croissent ces organes, et surtout sur la tête, où ils poussent en plus grande abondance. C'est, en effet, sur le cuir chevelu que l'éruption se rencontre le plus fréquemment.

Cette éruption affecte des formes assez particulières; en général, elle simule des anneaux ou des segments de cercle. Ces faits sont dus à ce que le champignon se développe par sa circonférence; il est centrifuge, et, à mesure qu'il s'étend, la surface malade, augmentant d'étendue, prend la forme nummulaire. Mais le champignon ne vit à la même place que pendant un temps; quand il n'a plus de ravages à exercer, il meurt; tout en continuant à s'accroître par sa circonférence, il périt pas son centre. De là la forme annulaire, qu'on observe dans certains cas. De plus, s'il arrive que deux anneaux en se developpant chacun de leur côté, viennent à se rencontrer, ils s'arrêtent, et, au lieu de présenter la forme annulaire, n'offrent plus que des segments de cercle, des anneaux à bords festonnés.

Les lésions causées par les teignes sont superficielles; à moins de complication, elles n'atteignent que très-rarement les couches profondes du derme. Elles ne laissent surtout pas de traces après elles, c'est-à-dire qu'elles n'entraînent aucune lésion du derme après leur disparition.

Dans le favus, les cheveux et les poils sont altérés dans leur couleur, qui est en général pâle, terne, d'un gris cendré; altérés dans leur consistance, plus ou moins suivant l'espèce. Quelquefois, comme dans la teigne tondante, ils se cassent avec la plus grande facilité; ailleurs, au contraire, ils résistent, tombent complétement, comme dans le sycosis.

Un point extrêmement important au point de vue du diagnostic, c'est l'auto-inoculation de certaines teignes. C'est surtout chez les hommes adultes qu'on la remarque, et alors que la lésion siége dans les poils de la barbe. Le malade est alors porté à se gratter avec le dos de la main, et c'est le plus souvent là qu'il s'inocule la teigne.

La teigne ne frappe pas également à tous les âges; on la rencontre le plus fréquemment chez les enfants et les jeunes gens. Vous verrez rarement un vieillard teigneux. Certaines teignes disparaissent complétement avec l'âge. Il en est ainsi de la teigne tondante en particulier; les sujets lymphatiques et d'une constitution misérable sont plus facilement atteints que les individus robustes et bien portants. A ce propos, vous savez qu'il y a eu de grandes discussions soulevées pour savoir si, dans ce cas, le parasite était cause ou effet. Il est évident que son action est souvent favorisée par une mauvaise hygiène et une constitution chétive.

Les teignes, contrairement à ce qui a lieu pour certaines maladies cutanées, ne sont pas éteintes par les affections intercurrentes; il n'en est cependant pas tout à fait de même pour les animaux.

Actuellement, elles ne compromettent pas la vie; autrefois il n'était pas rare de voir des individus mourir de cachexie avec un favus généralisé; bien plus, elles ne compromettent pas sensiblement la santé.

Caractère important, elles sont difficiles à guérir, et d'autant plus difficiles qu'elles datent de plus longtemps. Les teignes guérissent soit par le traitement, soit par l'évolution spontanée de la maladie, soit enfin, comme je vous le disais tout à l'heure, par les progrès de l'âge du sujet.

La teigne guérit quelquefois spontanément, quand elle a complétement usé tout ce qu'elle avait à détruire; mais elle peut encore disparaître sans laisser de calvitie derrière elle; cela se voit, par exemple, quand elle n'a pas duré très-longtemps. La calvitie peut être définitive ou temporaire, et, dans ce dernier cas, les cheveux mettent quelquefois un temps infini à repousser. Au bout de six, huit, dix mois ou un an, alors que rien n'annonçait leur retour, on les voit commencer à poindre sous forme de duvet sur la partie dénudée. La calvitie peut être encore générale ou partielle; la première est rare, la seconde est plus commune.

La durée des teignes est infinie dans ses variétés; les unes durent indéfiniment; on a vu certains favus persister pendant douze, quatorze, quinze ans; et, à ce sujet, Mahon constate dans son livre que la persistance du favus était un moyen employé par les paysans pour faire dispenser leurs enfants du service militaire.

Il y a certains sujets qui sont prédisposés à contracter la teigne. Quand les enfants sont arrivés à l'âge d'homme avec le favus, on peut les guérir pendant un an ou deux; puis au bout de ce temps, sans qu'on en connaisse la raison, l'éruption se reproduit.

Autre fait intéressant à connaître, c'est qu'on peut cumuler les lésions pour la teigne. Il n'est pas très-rare de voir deux éruptions différentes survenir chez le même individu, et nous avons en ce moment dans nos salles un enfant qui, entré pour une pelade, a contracté une teigne tondante.

Quant aux indications à remplir dans le traitement de la teigne en général, le premier soin à prendre est d'isoler le malade. Cet isolement est absolument indispensable dans les établissements publics, lycées, orphelinats, écoles, qui sont des pépinières à teignes. Cette précaution doit être prise même alors que le médecin n'a que le soupçon de la teigne, qui, comme je vous l'ai déjà dit, est très-difficile à reconnaître au début.

Il a plus, si les choses étaient ce qu'elles doivent être, il

faudrait dans nos services isoler les différentes variétés de cette affection. Aussi M. Bazin est-il arrivé à cette conclusion que, sous ce rapport, le traitement externe valait mieux que le traitement interne. Dans les familles, où l'isolement est moins facile, il faut éviter avec soin que les enfants n'aient aucun objet de commun, et surtout en ce qui concerne la toilette. Une fois le traitement commencé, la contagion devient de moins en moins facile.

Quels sont les moyens généraux, le traitement commun, banal de la teigne? Jusqu'à présent l'épilation est ce qu'il y a de moins mauvais et de plus rationnel. On cherchera ensuite à déterminer la mort de la substance dite parasitaire au moyen de lotions avec du sublimé, et en général avec une pommade renfermant un sel mercuriel, sulfate, bisulfate, etc. Mais avant tout, ayez soin d'entretenir la plus grande propreté dans le pansement des enfants. La propreté est la première condition de la guérison.

Bien, comme je vous l'ai dit, que l'épilation soit le meilleur mode de traitement des teignes, je ne désespère cependant pas d'arriver à la guérir sans ce procédé, qui a contre lui la douleur et de la difficulté de la pratiquer. Le premier venu en effet, ne peut pas épiler, et il faut une certaine habileté pour pratiquer ce genre d'opération. On voit alors quels inconvénients peut offrir ce mode de traitement, dans la campagne par exemple. Aussi un moyen qui supprimerait l'épilation serait un véritable progrès.

On a remarqué en effet que les teignes guérissaient plus vite alors que l'inflammation était plus considérable. De là, on est amené à se demander si en déterminant un certain degré d'inflammation du cuir chevelu, et surtout du follicule pileux, on n'arriverait pas aux mêmes résultats que ceux que l'on obtient par l'épilation. A Lyon, on pratique dans ce but des frictions avec de l'huile de croton étendue.

Depuis trois mois j'ai à l'étude un moyen qui m'a été signalé par une femme qui a guéri son enfant avec ce procédé. Je n'épile plus, je fais tondre la tête du malade et je l'enduis d'une pommade composée d'axonge et de chlorure de sodium à parties égales. Les résultats actuels ne sont pas assez négatifs pour que je renonce à l'expérimentation.

DES SONDES A DEMEURE

Par le docteur A. Amussat.

Lorsque le traitement de la rétention d'urine par les moyens médicaux a échoué, il faut procéder de suite à l'évacuation de l'urine et s'opposer à une nouvelle distension de la vessie. Si le cathétérisme n'offre pas de difficultés et que le malade puisse, lorsque le besoin s'en fera sentir, être sondé par son médecin, par une personne de son entourage et mieux encore par lui-même, c'est par l'évacuation régulière du réservoir urinaire, au moyen d'une sonde en gomme ou en caoutchouc, jointe à un traitement médical rationnel que l'on réussit dans un certain nombre de cas. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et il arrive que le cathétérisme est assez difficile pour que le médecin appelé se trouve dans l'obligation de réclamer l'assistance d'un chirurgien ; celui-ci vide le réservoir urinaire, et, quoique le cathétérisme qui devra être pratiqué ultérieurement offre moins de difficultés, il en présente quelquefois encore assez pour nécessiter la même intervention. D'autres fois, la première tentative de cathétérisme a produit une fausse route, qui rend la même opération très-hasardeuse. Enfin le médecin a pu sonder le malade, mais la distance ou toute autre circonstance ne lui permettent pas d'être auprès de lui aussi souvent qu'il est nécessaire d'évacuer l'urine, et personne ne peut le remplacer.

Or tous les praticiens savent que la vie est ordinairement très-menacée lorsqu'il survient une ou plusieurs rétentions d'urine, même de courte durée. Il est nécessaire que la vessie soit vidée *au moins* quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures, et quelquefois plus souvent ; de plus, cette évacuation doit avoir lieu à intervalles de temps égaux.

Si quelque circonstance s'y oppose, il convient alors de placer à demeure une sonde d'un calibre moyen (du n° 13 au n° 18), très-lisse, très-souple, et de la fixer non-seulement à la verge, mais, de plus, à un suspensoir, afin qu'elle ne puisse pas sortir de la vessie ; on la ferme avec un fosset en bois que le malade ou un assistant retirent quand cela est nécessaire. Si le cathétérisme peut être pratiqué régulièrement dans le jour, on la place seulement pendant la nuit. Cette méthode de traitement permet au malade de se lever, de se promener, d'être, en un mot, dans des conditions beaucoup plus favorables pour le rétablissement de sa santé.

Lorsqu'il existe une fausse route, ou lorsque le cathétérisme est assez difficile pour que le médecin soit dans l'obligation d'appeler un chirurgien, il convient alors de placer à demeure une sonde *ouverte à ses deux extrémités*. On en trouve dans le commerce, et, si l'on n'en possède pas, il suffit de prendre une sonde en gomme droite ou courbe, dont on coupe le bout de manière à conserver les yeux, et dont on lime soigneusement l'extrémité coupée.

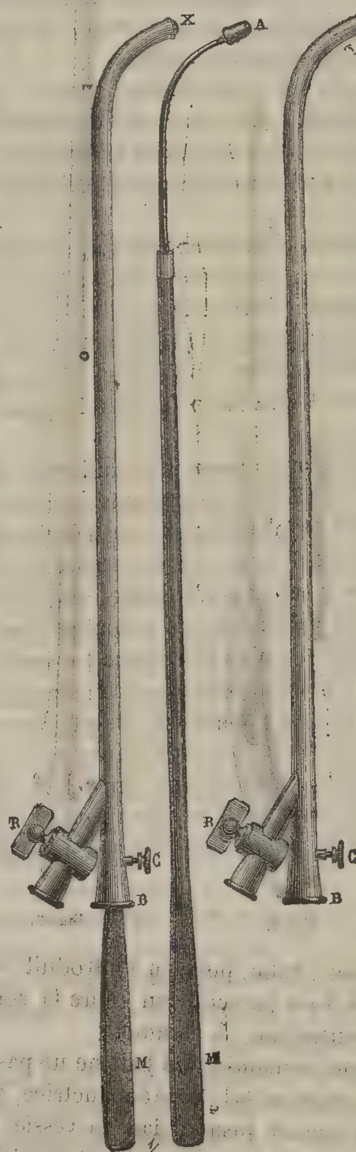


Fig. 1.

Afin d'éviter les difficultés surmontées une première fois, mon père conseillant d'employer sa sonde d'argent à conducteur ; celle-ci étant introduite, on l'allongeait par son mandrin et l'on s'en servait pour faire glisser jusque dans la vessie une sonde en gomme, puis on la retirait. Une double manœuvre servait à faire le changement de sonde (1).

La sonde à conducteur nécessitant l'emploi d'un tube en gomme assez volumineux, j'eus la pensée d'employer une sonde double droite et plus tard une sonde d'argent courbe à mandrin. Celle-ci étant placée (fig. 1), j'introduisis une sonde en gomme attachée avec un fil de soie et je la retirai.

(1) *Leçons du docteur Amussat sur les rétentions d'urine.* — Paris, 1832, p. 110.

Pour changer la sonde, je me servais d'un mandrin de baleine comme conducteur.

Afin de ne pas augmenter l'arsenal chirurgical, j'ai fait percer, à l'extrémité de la sonde courbe de mon père (fig. 2), une ouverture par laquelle on pouvait faire passer le conducteur en baleine ; dans le même but, j'ai fait pratiquer une ouverture au talon de la sonde à petite courbure (fig. 3). Ces sondes métalliques placées, j'introduis le mandrin de baleine, et je leur substitue une sonde en gomme à extrémité coupée.

Ultérieurement j'ai fait adapter un pas de vis dans l'ouverture (fig. 4) ce qui permet d'y visser une bougie conductrice ; alors on fait passer par l'œil de la sonde l'extrémité très-flexible d'un

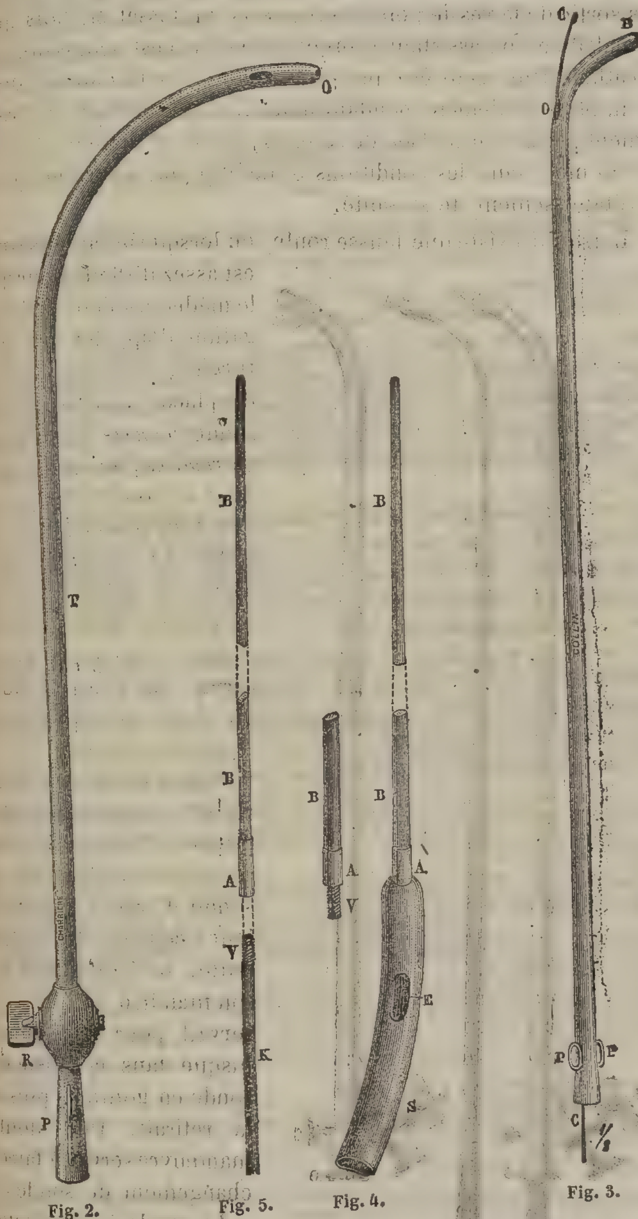


Fig. 2. Fig. 5. Fig. 4. Fig. 3.

mandrin de baleine, que l'on replie, puis on l'introduit avec elle dans la vessie ; lorsqu'il y est parvenu, on retire la sonde métallique, et on lui en substitue une en gomme.

J'ai fait adapter également au mandrin de baleine un pas de vis (fig. 5) sur lequel on peut monter la bougie conductrice, qui, une fois introduite, sert à la guider jusque dans la vessie. On parvient aussi, dans certains cas, à introduire directement jusque dans le réservoir urinaire un mandrin de baleine, dont on a plié l'extrémité afin de faciliter son passage au col de la vessie.

Quand on ne possède pas les instruments que je viens de décrire, on peut y suppléer en fixant à l'extrémité d'une bougie très-fine, et mieux encore d'une sonde du plus petit calibre, un fil de fer galvanisé très-mince, que l'on attache avec de la soie.

Quel que soit le conducteur choisi, quand il est parvenu jusque dans le réservoir urinaire, on fait glisser sur lui une sonde en gomme dont l'extrémité a été coupée, et on le retire. Pour la changer, on introduit le conducteur et on lui substitue une nouvelle sonde semblable. La difficulté vaincue par le premier cathétérisme ne doit plus se représenter.

Le choix de la sonde mérite la plus grande attention : que d'accidents on attribue à la méthode, qui dépendent le plus souvent de la mauvaise qualité de l'instrument ! La sonde que l'on place à demeure doit être de très-bonne qualité, à parois minces, très-souple et bien polie. On sait que lorsqu'une sonde a séjourné quelque temps dans le canal, elle durcit, s'écaille et peut s'incruster de sels calcaires. Il est donc absolument indispensable de la surveiller attentivement et de la changer avant qu'il n'en soit ainsi, autrement on s'expose à ulcérer le col et le canal, à déterminer de l'inflammation vésicale, à provoquer des accès de fièvre, etc. Il est, de plus, avantageux de prendre une sonde d'un petit diamètre, mais pouvant laisser passer l'urine facilement.

Ma règle de conduite en présence d'un malade atteint subitement d'une rétention d'urine, et lorsque le traitement médical a échoué, est de pratiquer ou de faire pratiquer le cathétérisme avec une *très-grande régularité*, toutes les quatre, cinq ou six heures, et plus souvent si cela est absolument nécessaire. Quand je ne peux pas procéder de cette manière, je place une sonde à demeure la nuit, et je pratique le cathétérisme régulièrement pendant le jour. Enfin, s'il est impossible d'agir ainsi, je place une sonde à demeure dans les conditions indiquées plus haut, et, si le contact en est pénible pour la vessie, on injecte un peu d'eau mucilagineuse après avoir évacué l'urine.

Lorsqu'il s'échappe quelques gouttes d'urine à côté de la sonde, on engage le malade à ne retirer le fosset qu'après avoir expulsé naturellement autant d'urine qu'il le peut, et, quand il est parvenu à vider ainsi la plus grande partie du réservoir urinaire, on retire la sonde. On pratique alors le cathétérisme une ou deux fois dans les vingt-quatre heures, puis on cherche par un traitement convenable à rendre la miction normale, si cela est possible.

VARIÉTÉS

La Volonté considérée comme puissance morale et comme moyen thérapeutique (1)

Par M. Jolly, membre de l'Académie de médecine.

La *chorée sénile*, qui tend nécessairement à s'accroître, à se perpétuer par la nature même de sa cause, par les modifications anatomiques qui s'opèrent dans les centres nerveux, la chorée sénile n'est pourtant pas irrésistible à l'intervention de la volonté ; j'ai vu sous sa puissance des effets remarquables de rémission, même de cessation plus ou moins durable, des mouvements choréiques. J'ai conservé surtout le souvenir d'un vieillard de quatre-vingt-quatre ans atteint au plus haut degré de cette forme de trémulation, et qui, à force d'étude et de persévérance, était parvenu à imprimer aux mouvements cloniques de ses doigts une direction qui lui permettait de tracer des mots et des figures avec une merveilleuse régularité.

La loi d'équilibre ou de statique musculaire tient souvent à si peu de chose qu'un rien peut la détruire, comme un rien peut la rétablir.

(1) Suite. — Voir les numéros des 30 septembre et 2 octobre.

L'homme ivre qui titube ou qui trébuche à chaque pas, et qui reprend chaque fois son équilibre en courant ou en précipitant sa marche; l'homme en santé qui, pour toute autre cause, perd son équilibre dans la station ou la marche, et qui la recouvre aussi vite en pressant le pas; l'acrobate qui sait se maintenir sur la corde par sa perche d'équilibration, nous fournissent autant de preuves de cette vérité.

On concevra plus difficilement que la volonté ait pu dominer des accès d'hystérie convulsive. Toutefois cela s'est vu, et, comme exemple, on connaît l'histoire de cette forme d'épidémie survenue dans un couvent de Harlem, comme effet de contagion, d'imitation, et qui fut conjurée comme par enchantement par la seule puissance de la volonté imposée par l'illustre Boërhaave, sous la menace de l'application du cautère actuel à toute malade qui ne saurait résister à ses atteintes.

Mon excellent ami le docteur Briquet a publié, dans son intéressant traité *de l'Hystérie*, un fait quelque peu analogue à celui de Harlem, qui est à la fois un triple exemple de la puissance morale de la volonté, de l'imitation et de l'imagination ou hygiène morale. Une jeune femme atteinte d'hystérie convulsive, accompagnée d'un *cri spécial* se renouvelant à chaque attaque, avait introduit dans son service à l'hôpital de la Charité, et comme par contagion d'imitation, le même cri chez d'autres malades hystériques, et de là un tumulte devenu insupportable dans son service. Pour y mettre un terme, M. Briquet, s'inspirant de l'exemple de Boerhaave, menaça également de l'application du fer rouge comme remède toutes les malades qui ne sauraient dominer le même cri. Sa menace eut son effet sur le cri qu'il s'agissait de faire cesser, mais il fut remplacé par un autre cri de douleur accusant une brûlure violente, qui était alors imaginaire.

Le tétanos même a pu fournir des exemples de guérison due à l'intervention opportune de la volonté : tel fut du moins le cas bien remarquable, publié par mon bien regretté et bien excellent ami le professeur Cruveilhier, d'un tétanos traumatique porté au plus degré d'intensité, où la puissance de la volonté arracha le malade à une mort qui semblait fatale. Témoin des secousses convulsives du diaphragme et de tous les muscles de la respiration, qui déjà donnent lieu à tous les symptômes d'une véritable asphyxie, Cruveilhier ne voit plus de moyen de salut pour le malade que de soumettre l'appareil musculaire de la respiration à l'empire d'une volonté assez forte pour maîtriser les mouvements convulsifs. Il se place devant le malade, lui conseille de la parole et de l'exemple de faire des inspirations longues et profondes, aussi rapprochées que possible, mesurées en quelque sorte sur les mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement des bras auquel il se livre lui-même. Les secousses convulsives, qui étaient continuelles, s'éloignent de plus en plus par cette respiration cadencée, et le malade put ainsi être rendu assez promptement à la vie et à la santé.

Ce fait prouve déjà que la volonté peut surmonter l'action convulsive de l'appareil musculaire d'association des deux vies. On peut, en effet, maintenir à volonté le bâillement et le hoquet, en substituant une forte contraction des muscles de la déglutition à la contraction spasmodique des muscles intrinsèque et extrinsèque du larynx.

On peut même lutter avec plus ou moins de succès contre les efforts de la toux; ce qui n'est pas seulement à noter comme résultat du pouvoir de la volonté, mais comme remède qui ne peut être indifférent dans beaucoup de cas.

La toux, en effet, peut n'être qu'une habitude vicieuse, sans besoin d'expectoration et sans lésion spécifique, devenant elle-même et par elle seule une cause incessante de toux, qu'il importe pour cela de faire cesser. La toux, dit Montaigne, fait tousser, un tousseur me fait tousser; or la volonté seule, et surtout la volonté aidée de sensations distractives ou d'actions musculaires capables de la divertir, est le moyen le plus sûr de la guérir. On voit encore des enfants atteints de coqueluche qui, tout préoccupés de leurs jeux, restent des heures entières sans éprouver le besoin de la toux, tandis qu'ils sont à chaque instant soumis à de nouvelles quintes dans l'état de repos ou réveillés par la même cause dans leur sommeil, et je n'ai point été étonné d'apprendre que des médecins anglais avaient su guérir la coqueluche par la distraction, et souvent en plaçant les malades sous le bruit des usines.

L'asthme proprement dit, c'est-à-dire le spasme de l'appareil musculaire de Reissessein, a pu également recevoir l'heureuse influence d'une volonté sagement appliquée, soit en surmontant par une respiration forcée le spasme des tuyaux bronchiques, devenus inaccessibles à l'air, soit en divertissant par la préoccupation l'exercice morbide de l'innervation affectée à leur exercice. C'est pour atteindre ce double but que Laënnec recommandait à certains malades de lire à haute voix, afin de prolonger l'expiration et de rendre les inspirations plus complètes. Comme moyen de distraction, il conseillait aussi l'exercice des sens, même dans le cours de la nuit, lorsque les accès semblent obéir à la révolution nychthémérale, comme on l'observe fréquemment. Il raconte à ce sujet l'histoire curieuse d'un malade qui arrêtait à volonté ses accès en allumant une bougie et en divertissant ses sens sur tous les objets composant l'ameublement de sa chambre.

(*A suivre.*)

ÉTAT SANITAIRE.

Paris : Population (recensement de 1872), 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 1er octobre 1875, on a constaté 726 décès, savoir :

Variole, 5; rougeole, 8; scarlatine, 1; fièvre typhoïde, 19; érysipèle, 1; bronchite aiguë, 19; pneumonie, 15; dysenterie, 6; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 19; choléra nostras, 2; angine couenneuse, 9; croup, 7; affections puerpérales, 5; autres affections aiguës, 254; affections chroniques, 312, dont 133 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 28; causes accidentelles, 16.

Londres : Population, 3,445,160 habitants.— Décès du 19 au 25 septembre 1875, 1,319. — Variole, »; rougeole, 13; scarlatine, 90; fièvre typhoïde, 12; érysipèle, 3; bronchite, 69; pneumonie, 57; dysenterie, 1; diarrhée, 125; choléra simple, 3; diphthérie, 12; croup, 10; coqueluche, 94.

New-York : Population, 1,060,000 habitants. — Décès du 22 au 28 août 1875, 572. — Variole, 10; rougeole, 1; fièvre typhoïde, 7; scarlatine, 3; bronchite, 11; pneumonie, 20; dysenterie, »; diarrhée, 347; croup et diphthérie, 30.

Rome : Population, 256,153 habitants.—Décès du 6 au 12 septembre 1875, 215. — Variole, 5; rougeole, 5; scarlatine, »; fièvre typhoïde, 8; érysipèle, 1; bronchite, 11; pneumonie, 9; diarrhée, »; diphthérie et croup, 2.

Buda-Pesth : Population, 300,000 habitants. — Décès du 12 au 18 septembre 1875, 190.—Variole, 6; rougeole, »; fièvre typhoïde, 3; érysipèle, »; pneumonie, 36; bronchite, »; diarrhée, 28; diphthérie, 5; croup, 2.

Bruxelles : Population, 188,264 habitants. — Décès du 12 au 18 septembre 1875, 73. — Variole, »; rougeole, 1; scarlatine, »; fièvre typhoïde, »; érysipèle, »; bronchite et pneunomie, 5; croup, »; diarrhée infantile, 17.

Nice : Population, 49,230 habitants. — Décès du 1er au 15 septembre 1875, 58. — Variole, »; rougeole, »; fièvre typhoïde, 1; érysipèle, »; bronchite, 2; pneumonie, »; croup, 1.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Il est institué au ministère de l'instruction publique une commission chargée d'étudier les moyens d'améliorer et de compléter l'enseignement clinique de la Faculté de médecine de Paris.

Sont nommés membres de ladite commission :

MM. Desjardins, sous-secrétaire d'État au ministère de l'intérieur, président;

Jourdain, secrétaire du ministère de l'instruction publique des cultes et des beaux-arts;

Tambour, secrétaire général de la préfecture de la Seine;

MM. De Nervaux, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris;

Du Mesnil, directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'instruction publique;

Chauffard, inspecteur général des facultés et des écoles de médecine;

Wurtz, doyen de la Faculté de médecine de Paris;

Alphonse Guérin, membre du conseil de l'Assistance publique;

Moissenet, membre du conseil de l'Assistance publique.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Bouisson, professeur d'opérations et d'appareils, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1875-1876, par M. Grynfelt, agrégé.

M. Lannegrâce (Jean-Justinien) est nommé prosecteur, pour une période de trois années, à dater du 1er novembre 1875.

— *École de pharmacie de Montpellier.* — M. Callot (Paul), licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, pharmacien de première classe, est chargé provisoirement, pendant l'année scolaire 1875-1876, des fonctions d'agrégé.

— M. le docteur Gaumé, est nommé médecin honoraire du lycée Fontanes, à Niort.

— M. le docteur Eymer est nommé médecin du lycée Fontanes, à Niort.

— *École de médecine de Lyon.* — L'emploi de chef de clinique chirurgicale étant devenu vacant, MM. les docteurs en médecine qui seraient dans l'intention de se porter comme candidats sont invités à adresser leur demande au secrétariat de l'école avant le 25 octobre prochain.

— Par arrêté en date du 1er octobre 1875, il est ouvert à Marseille un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques à l'Ecole de médecine de cette ville.

L'ouverture de ce concours est fixée au 1er avril 1876. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— *Hospice général de Tours.*— Deux concours pour la nomination à deux places vacantes d'élèves internes et à un nombre indéterminé de places d'élèves suppléants en médecine et en chirurgie, auront lieu dans le courant d'octobre prochain, conformément au règlement général de l'établissement.

Le concours pour l'internat est fixé au mardi 26 octobre, à midi, pour l'épreuve écrite, et au mercredi 27, à neuf heures du matin, pour l'épreuve orale.

Le concours pour la suppléance est fixé aux 2 et 3 novembre; il aura lieu aux mêmes heures que celui de l'internat.

Le registre d'inscription pour ces deux concours sera ouvert, au bureau du directeur de l'hospice, à partir du 1er octobre; il sera clos, pour les candidats à l'internat, le 26 octobre, à huit heures du matin, et pour les candidats à la suppléance, le 2 novembre, à la même heure;

Chaque candidat, en s'inscrivant, est tenu de produire: 1° son acte de naissance; 2° un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré par le maire de la commune où il est domicilié; 3° un certificat constatant:

Pour les candidats aux fonctions d'internes, la possession d'au moins 8 inscriptions validées;

Pour les candidats aux places de suppléants, la prise des 4 inscriptions au moins près d'une faculté ou d'une école de médecine.

Ces diverses pièces doivent être légalisées.

Les candidats appelés par le concours à remplir les places d'élèves internes ou suppléants à l'hôpital de Tours sont, en outre, informés que, pendant toute la durée de leurs fonctions, ils seront tenus de prendre leurs inscriptions à l'école de médecine de Tours.

Les élèves internes sont nommés pour deux ans; ils sont nourris, logés, chauffés, éclairés et blanchis; ils reçoivent la première année un traitement de 400 francs, et la seconde année un traitement de 600 francs.

Les élèves suppléants, chargés de la tenue des cahiers de visite, des pansements et du service de la garde, concurremment avec les internes, sont admis à déjeuner gratuitement à l'hôpital; ils sont complétement nourris les jours de garde. La durée de leurs fonctions ne peut excéder trois ans. Ils reçoivent une indemnité de 100 francs la première année, 200 francs la seconde année, 300 francs la troisième année.

Les candidats qui seront désignés par le concours pour occuper les premières places d'élèves suppléants, pourront avoir à remplir dans le cours de l'année les fonctions *d'internes provisoires*; ils jouiront, en cette qualité, des avantages en nature accordés aux élèves internes, et auront droit à une indemnité supplémentaire de 100 francs par an.

— On lit dans le *Lyon médical* : Parmi les affections régnantes, la fièvre typhoïde occupe la première place; elle s'étend peu à peu dans les divers quartiers et règne à l'état épidémique dans quelques agglomérations. Hier, c'était au pénitencier d'Oullins, aujourd'hui c'est dans un orphelinat de la Guillotière. Hâtons-nous d'ajouter que les formes bénignes sont les plus communes.

Encore quelques affections aiguës des voies digestives, surtout chez les jeunes enfants, et un certain nombre d'ictères essentiels ou symptomatiques de calculs biliaires.

Les rhumatismes sont fréquents et quelques-uns graves. Les bronchites et les grippes méritent d'être signalées. On observe aussi des pneumonies, et des hémoptysies abondantes chez les phthisiques.

La variole ne fait pas de progrès. La fièvre puerpérale règne à la maternité de la Charité; quelques cas sont également signalés en ville.

Il y a eu dans la semaine 149 décès, dont 31 par phthisie et 22 par lésions du système nerveux.

Étude médicale sur l'extatique de Foutet, par les docteurs E. Mauriac et H. Verdalle, rédacteurs de la *Gazette médicale de Bordeaux*. — Paris, 1875, in-8° de 70 pages. Prix : 2 francs. — Germer-Baillière.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 118. — JEUDI 7 OCTOBRE 1875. 48e ANNÉE. JEUDI 7 OCTOBRE 1875. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Cette séance a été à peu près remplie par la lecture de deux importants mémoires, l'un de M. Gosselin sur ce qu'il appelle les faux abcès des os et l'ostéite névralgique qui les accompagne ou les simule ; le second de M. Piorry sur la migraine. Nous reviendrons sur le mémoire de M. Gosselin, qui soulève une des plus intéressantes questions de la pathologie chirurgicale. Nous nous bornons pour le moment à reproduire les propositions finales qui le résument. Quant au mémoire de M. Piorry, dont on connaît déjà les idées sur ce sujet; nous en donnerons également une analyse lorsque la lecture en sera achevée.

On trouvera dans le compte rendu le texte d'une rectification de M. J. Guérin, relativement à une interprétation inexacte qui a été faite dans l'argumentation de son contradicteur M. Giraud-Teulon, des faits et des termes contenus dans sa communication sur la myopie.

Nous constatons avec plaisir le retour d'un grand nombre des membres et des assistants habituels de l'Académie. La salle des séances était hier à peu près pleine, et nous pouvons espérer pour les séances prochaines des ordres du jour plus complets. Il y a toute apparence, d'ailleurs, que le mémoire très-intéressant et très-attentivement écouté de M. Gosselin, quoique le nombre des chirurgiens présents à la séance fut très-restreint, donnera lieu à une discussion après son insertion dans le *Bulletin*.

Dr Brochin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Legrand du Saulle.

La folie du doute (avec délire du toucher) (1).

Les faits analogues à ceux qui viennent d'être rapportés sont déjà bien dignes d'attention, mais ceux qui suivront tout à l'heure appartiendront à un ordre beaucoup plus saisissant encore. Avant de les aborder, je tiens à résumer ici une communication très-importante et inconnue encore en France que Griesinger fit, quelques mois avant sa mort, à la Société médico-psychologique de Berlin sur « un état psychopathique peu connu » et dans laquelle il a relaté trois faits (1). Le premier et le troisième rentrent dans la première période de la folie du doute (avec délire du toucher). Le second appartient à la deuxième période de cette aliénation partielle.

(1) Suite. — Voir les numéros des 28 et 30 septembre.

En 1866, Griesinger fut appelé dans un hôtel pour voir une dame enceinte qui fuyait le choléra, et qui, sans se tourmenter beaucoup de l'épidémie régnante, était surtout obsédée par toute une série de pensées qui s'imposaient à elle sans relâche et la plaçaient d'une manière permanente dans une sorte d'indécision intérieure à forme interrogative, à propos de n'importe quel sujet. Tout ce qui se présentait à son esprit — idée ou image — s'accompagnait invariablement d'un *comment* ou d'un *pourquoi*. « Comment tout se fait-il sur cette terre? Pourquoi le monde circule-t-il? Pourquoi suis-je assise ici? Que signifie cette chaise? » Toutes ces questions décousues et sottes avaient un caractère théorique et ne concernaient que très-peu ou point du tout sa propre personne, à l'encontre de ce qui se produit dans les délires anxieux, et elles l'accablaient d'autant plus qu'elle cherchait une réponse ou une solution à ces questions, et qu'il en résultait alors pour elle une sensation d'angoisse dépressive et une véritable torture intellectuelle. Une première série de questions, en effet, était-elle résolue, qu'une seconde se représentait aussitôt : « Comment les hommes naissent-ils? Pourquoi y a-t-il des hommes? Quel destin est le leur? » Loin de s'offrir à l'esprit comme de paisibles méditations sur des sujets mal choisis, ainsi que cela peut se passer dans les conditions psychologiques normales, ces interrogations arrivaient à l'improviste, se poussant l'une l'autre, conduisant nécessairement, en face d'un cercle aussi vaste de pensées, à des réponses assez peu satisfaisantes, et finissant enfin par déterminer de la fatigue, de l'agitation, de la céphalalgie et de l'insomnie, c'est-à-dire une sorte de crise nerveuse.

En novembre 1867, le même observateur a donné des soins à un prince russe, âgé de trente-quatre ans, fils d'une mère « très-nerveuse » qui, dans son enfance et pendant sa jeunesse, avait eu quelques attaques graves d'épilepsie, puis de fréquents vertiges, mais qui ne s'était plus ressenti de rien depuis deux ans. Le malade avait commis de grands excès; il était devenu frigide et était affecté d'un rétrécissement du canal uréthral et d'une atrophie du testicule gauche. Depuis la cessation de ses vertiges, dès que son attention n'était plus complétement

(1) *Archiv für Psychiatrie*, de Meyer et Westphal, 1868.

occupée par les choses du monde extérieur, il s'adressait forcément à lui même les interrogations les plus absurdes : « Pourquoi tel objet a-t-il telle dimension et pourquoi tel autre est-il de telle grandeur? Pourquoi telle personne est-elle d'une aussi petite taille? pourquoi n'est-elle pas haute comme la chambre? Pourquoi les hommes en général ne sont-ils pas plus grands qu'ils ne le sont? comment ne sont-ils pas aussi grands que les maisons? » Cette obsession du pourquoi et du comment se liait à bien d'autres idées. La casquette, par exemple, est sur sa cuisse droite : pourquoi, pense-t-il, n'est-elle pas sur la cuisse gauche? Il la pose sur la gauche : pourquoi n'est-elle pas sur la droite?

Le malade convenait de toute l'absurdité de ses pensées. Ces dernières portaient parfois sur des sujets tout à fait théoriques et abstraits : « Comment est fait le soleil? Pourquoi n'y a-t-il pas deux soleils et deux lunes? » Et toujours une interrogation le surprenait de nouveau, s'imposait à lui et ne pouvait presque plus le quitter. La même question se reproduisait même assez fréquemment sous différents aspects et arrivait ainsi à tourmenter son intelligence pendant des heures entières.

Les interrogations survenaient-elles tout à coup, elles occasionnaient de l'irritabilité et une sorte de frayeur; se présentaient-elles avec moins de vivacité, elles ne causaient pas d'émotion apparente, mais n'en étaient pas moins suivies d'un abattement considérable et d'un besoin de décrire avec quelque prolixité une souffrance aussi pénible. Si le confident manquait par hasard d'attention, de patience et de compassion, le malade ne manquait pas de gémir et de se laisser aller au désespoir.

Ses organes sexuels étaient devenus tout à fait incapables de fonctionner. Dès qu'il faisait une tentative de coït, ses « pensées » surgissaient aussitôt avec la plus grande intensité et glaçaient toute disposition à la rigidité pénienne.

La vie mondaine, les distractions, les voyages, les affaires, la fréquentation des théâtres, des salons et des cercles, les lectures et les occupations en somme les plus multipliées, avaient apporté un soulagement marqué, et quelque peu durable; mais le calme et l'isolement rappelaient le soliloque psychopathique. L'usage exagéré des boissons spiritueuses avait d'abord semblé mettre en fuite les phénomènes observés, mais il est bientôt devenu une cause d'aggravation. Un traitement hydrothérapique fut conseillé.

Griesinger a enfin observé à Berlin un jeune homme de vingt et un ans, de taille moyenne, sans stigmates bien apparents d'hérédité cérébrale (sauf une légère déformation des oreilles), appartenant à une famille de gens intelligents, actifs et industrieux, très-bien doué lui-même, très-apte au calcul, parlant bien, occupant un emploi important dans une grande usine, ne donnant à penser à personne qu'il pût présenter un cas pathologique quelconque, et qui, sous l'influence supposée d'habitudes invétérées d'onanisme, commença par éprouver une sorte de précision maladive, d'attention exagérée et inconnue jusque-là, dans tous les détails de ses occupations ordinaires, et provenant évidemment d'un certain manque de confiance en lui. Venait-il, par exemple, d'écrire une lettre, il la relisait à plusieurs reprises, afin d'être bien sûr de n'avoir pas omis un mot ou fait une faute d'orthographe; fermait-il un meuble, il venait vérifier une ou deux fois si effectivement il l'avait bien fermé. Peu à peu une foule de pensées le poursuivirent sans cesse, l'obligèrent à méditer, à délibérer à part lui, à se répondre à lui-même, et, en vivant en quelque sorte au milieu de ce rabâchage intérieur, il ne mena plus qu'une existence affligée et presque intolérable.

Lorsque ce jeune homme vaquait à ses occupations journalières, qu'il fabriquait ou écoulait ses produits, qu'il faisait des comptes, qu'il écrivait des lettres d'affaires ou qu'il passait quelques heures dans la société de ses amis, rien d'anormal ne se manifestait chez lui; mais, dès que son activité mentale venait à être suspendue, le *pourquoi* et le *comment* d'une foule de choses envahissaient son esprit et semblaient s'exercer de préférence sur des sujets irritants, inexplicables et nécessitant une grande tension intellectuelle : « D'où provient le verre? D'où proviennent les vers? Quelle est l'origine de la création? Par qui a été créé le Créateur? D'où partent les étoiles? Quelle est l'origine du langage? Pourquoi l'homme et la femme existent-ils? Quel a été le point de départ de l'entendement et où est son siége? Quel est le dernier mot de la structure du corps, de la création des êtres et de l'existence de l'homme? Pourquoi la nature reste-t-elle toujours égale à elle-même? » La réponse à tant de questions laissait nécessairement beaucoup à désirer et lui causait le plus vif mécontentement. Il avait beau se diriger avec quelque habileté dans tout ce labyrinthe de problèmes mystérieux, il avait beau fouiller les questions et remonter jusqu'à leur cause la plus lointaine, il finissait par s'égarer, et alors il se troublait, s'impatientait et se désespérait.

Les choses de la vie habituelle donnaient lieu parfois à ces réflexions générales sous la forme interrogative. Ainsi, le malade traversait-il une promenade ou une rue, il rencontrait un certain nombre de personnes, et il se mettait à méditer sur les traits de la physionomie de ces personnes ou sur les mobiles des actions humaines : « Pourquoi l'homme travaille-t-il? Comment est-il si facile à tromper? » Allait-il se mettre à calculer, qu'il se demandait aussitôt à lui-même par quels moyens avait été découverte la science du calcul. Et, cherchant à décrire son propre état, voici ce qu'il consignait lui-même dans une note : « J'affaiblis ma santé corporelle à méditer continuellement sur des problèmes dont la solution est chose encore impossible à l'intelligence humaine; mais, malgré mon bon vouloir et mes fermes résolutions, je ne puis m'en délivrer. Le cours maladif de ces idées revient toujours. Au milieu des préoccupations et des actes de la vie pratique, je suis conduit à délibérer intérieurement sur la provenance théorique en ce monde de telle ou telle chose. Ce besoin de pénétrer dans des profondeurs insondables est trop opiniâtre pour être naturel. Je m'embrouille et je me perds! Un jour, je me fatiguai à établir quel était le siége de l'intelligence, et je m'affirmai à chaque instant à moi-même que ce siége était dans la tête, et cependant je ruminai sans cesse la même idée pendant des heures entières! Mon état constitue une situation morbide affreuse et ne saurait être confondu avec une saine curiosité ou avec l'amour des recherches. Je n'ai pas toujours été ainsi; je subis un accident opiniâtre et monotone, je ne peux pas m'en débarrasser, quoi que je fasse, et j'atteste que l'on ne peut pas se rendre compte du degré de torture mentale qu'amène chaque crise. Malgré le désir et la satisfaction que j'éprouverais à épancher dans le sein d'autrui les particularités si insolites de ma souffrance, je me tais. Mes parents eux-mêmes doivent ignorer que je livre un continuel combat et que je suis déchiré intérieurement. »

Ce malade, qui s'accusait d'avoir provoqué sa psychopathie par ses déplorables habitudes d'onanisme, n'avait rien d'épileptoïde. La céphalalgie et « le mal de nerfs » ne se montraient qu'à la suite d'une tension cérébrale prolongée. La circulation ne paraissait pas troublée, mais le pouls était lent. Le sommeil était parfois agité; les rêves n'étaient ni pénibles ni absurdes : « la réalité s'y montrait telle quelle. »

Ajoutons, enfin, qu'un plus jeune frère du malade aurait éprouvé pendant quelque temps le besoin de se questionner lui-même, non plus sur des sujets arides et inexplicables, mais sur des choses indifférentes, et qu'il avait eu également de la précision maladive. A la suite de ces troubles passagers, il avait très-rapidement perdu la faculté de calculer. Un traitement hydrothérapique l'avait, paraît-il, complétement rétabli.

Poursuivons maintenant l'étude de la névrose. Le malade, à bout de ses misères morales, de ses impressions morbides, va mettre de côté tout amour-propre et aller chercher des conseils de cabinet médical en cabinet médical. Il n'a rien dit encore de son état : le voici qui va jeter son masque et faire des révélations.

(*A suivre.*)

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac

Rareté actuelle du chancre simple (1).

Leçon recueillie par M. Hugonneau, interne du service.

XIII

La statistique médicale des hôpitaux de Paris nous fournit sur ce sujet quelques renseignements.

Dans celle de 1861, nous trouvons qu'il a été soigné à l'hôpital du Midi :

I. Blennorrhagies uréthrales.	760
Blennorrhagies balano-préputiales.	155
Orchites.	30
Épididymites.	560
Cystites.	22
Soit : affections blennorrhagiques simples ou compliquées.	1,527
II. Chancres indurés.	570
III. Chancres mous.	445

Les chancres mous ont donc été, cette année-là, par rapport aux chancres syphilitiques, comme 1 est à 1,27.

A l'hôpital de Lourcine, la prédominance du chancre infectant sur le chancre simple a été un peu plus marquée. Voici, en effet, la statistique des maladies vénériennes traitées dans les salles de l'hôpital pendant l'année 1861.

I. Affections blennorrhagiques :		
Vulvites.		21
Vaginites.	Aiguës.	145
	Chroniques.	23
	Sans autre désignation.	236
Total.		425
II. Chancres indurés.		36
III. Chancres mous.		20

Les chancres mous ont donc été, à Lourcine, par rapport aux chancres syphilitiques, dans la proportion de 1 à 1,8.

Remarquez, en passant, quelle faible quantité de chancres on soigne à cet hôpital : 56 dans une année ! Tandis que, dans le même temps, il en est entré 1,015 à l'hôpital du Midi, c'est-à-dire dix-huit fois plus !

En 1862, on traita à l'hôpital du Midi :

I. Affections blennorrhagiques :	
Blennorrhagies simples.	1,023
Balano-posthites.	91
Épididymites.	1,297
Orchites.	112
Total.	2,523
II. Chancres simples.	372
III. Chancres syphilitiques.	346

Le rapport des chancres simples aux chancres syphilitiques a été de 1 à 1,36.

Pour Lourcine, la statistique donne les chiffres suivants :

I. Affections blennorrhagiques simples ou compliquées.	414
II. Chancres syphilitiques.	92
III. Chancres mous ou simples.	47

Rapport des chancres mous aux chancres indurés : 1 à 2, moins une minime fraction.

Il résulte de ces chiffres qu'en 1862 la prédominance des chancres infectants sur les chancres simples a été plus prononcée qu'en 1861.

Passons à l'année 1863. Les statistiques médicales des hôpitaux ne vont pas au delà.

On a traité, cette année-là, à l'hôpital du Midi :

I. Affections blennorrhagiques :	
Blennorrhagies.	465
Balano-posthites.	57
Épididymites.	351
Orchites.	188
Cystites.	5
Total.	1,066
II. Chancres syphilitiques.	503
III. Chancres simples.	528

Ici le nombre des chancres simples a été supérieur de 25 à celui des chancres infectants.

A Lourcine, il y a eu :

I. Affections blennorrhagiques.	312
II. Chancres syphilitiques.	80
III. Chancres simples.	54

La prédominance des chancres syphilitiques sur les chancres simples se trouve exprimée à cet hôpital par le rapport de 1 à 1,5, moins une minime fraction.

XIV

Faut-il accorder aux statistiques précédentes une confiance absolue? Non, sans doute, messieurs. Elles n'ont pas la même valeur que celles des médecins qui recueillent et qui supputent les faits en vue de tel ou tel but qu'on ne peut atteindre sans une précision rigoureuse. Celles-là ont été dressées d'après le diagnostic inscrit sur les pancartes des malades. Or cette inscription ne se fait pas toujours avec toute l'attention et le soin qu'il y faudrait apporter.

Quoi qu'il en soit, en envisageant le résultat dans son ensemble, on voit que, depuis l'année 1860 jusqu'à la fin de l'année 1863, le chancre syphilitique a toujours été supérieur ou égal comme nombre au chancre simple.

En a-t-il été de même les années suivantes? Je craignais, messieurs, de ne pouvoir vous donner à cet égard que des conjectures. En effet, la plupart des documents dont on se servait pour la statistique générale des hôpitaux de Paris ont été

(1) Suite. — Voir les numéros des 21 et 23 septembre.

incendiés pendant la Commune. Heureusement qu'on a conservé, à l'hôpital du Midi, le registre sur lequel sont inscrits depuis près de quinze ans, jour par jour, les malades qui sortent, avec la mention du diagnostic de leurs maladies.

J'ai dépouillé ce registre, en ne conservant pour ma statistique que les trois espèces de maladies vénériennes, ainsi que je l'ai fait jusqu'à présent; les autres affections qu'on reçoit dans nos salles n'ayant ni importance ni intérêt, au point de vue qui nous occupe.

V.

Voici les résultats auxquels je suis arrivé :

En 1864 (sauf le mois de janvier), on aurait soigné dans les trois divisions de l'hôpital du Midi :

Affections blennorrhagiques.	822	
Chancres syphilitiques.	392	840 syphilis.
Accidents syph. consécutifs.	448	
Chancres simples.	733	
Total.	2,395	

Pour cette année-là, le rapport du chancre syphilitique au chancre simple se trouve être comme 1 est à 1,7 plus une fraction, et le chancre simple représente un peu plus du tiers du nombre total des affections vénériennes.

En 1865 :

Affections blennorrhagiques.	1,297	
Chancres syphilitiques.	347	849 syphilis.
Accidents syph. consécutifs.	502	
Chancres simples.	1,173	
Total.	3,319	

Rapport du chancre syphilitique au chancre simple :: 1 : 2, 3. Il entre pour un peu plus du tiers dans la totalité des maladies vénériennes.

Sous ce chef sont aussi compris les bubons virulents ou chancreux.

En 1866 :

Affections blennorrhagiques.	1,092	
Chancres syphilitiques. . .	240	799 syphilis.
Accidents syph. consécutifs.	559	
Chancres simples. . . .	1,041	
Total.	2,932	

Rapport du chancre syphilitique au chancre simple :: 1 : 4, 7; du chancre mou au nombre total des maladies vénériennes, un tiers moins deux dixièmes.

En 1866 :

Affections blennorrhagiques.	880	
Chancres syphilitiques. . .	190	893 syphilis.
Accidents syph. consécutifs.	703	
Chancres mous. . . .	981	
Total.	2,754	

Rapport du chancre syphilitique au chancre simple :: 1 : 5 et une fraction minime ; du chancre mou à la totalité des maladies vénériennes : un tiers moins deux dixièmes.

En 1868 :

Affections blennorrhagiques.	778	
Chancres syphilitiques.	360	985 syphilis.
Accidents syph. consécutifs.	625	
Chancres simples.	985	
Total.	2,748	

Rapport du chancre syphilitique au chancre simple :: 1 : 2, 7; du chancre simple à la totalité des maladies vénériennes : un tiers moins deux dixièmes.

En additionnant les chancres simples et les chancres syphilitiques traités pendant ces cinq années, on obtient :

Chancres syphilitiques. .	1,529
Chancres simples. .	4,913

Si l'on compare ces deux chiffres, on trouve que la moyenne des chancres syphilitiques a été à la moyenne des chancres simples, pendant les années 1864, 1865, 1866, 1867 et 1868, dans la proportion de 1 à 3 et une fraction minime ; et comme le total des maladies vénériennes de 1864 à 1868 inclusivement a été de 14,148, on voit que le chancre simple en représente le tiers moins deux huitièmes.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 octobre 1875. — Présidence de M. GOSSELIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu négatif des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Étienne (année 1874).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend une lettre de M. le docteur Després, de Saint-Quentin (Aisne), accompagnant l'envoi de quelques exemplaires d'un mémoire sur la période aiguë du choléra au point de vue de son traitement.

PRÉSENTATIONS

M. POGGIALE présente le premier numéro du *Journal d'hygiène* de M. le docteur Piétra-Santa.

M. DOLBEAU dépose sur le bureau une brochure intitulée : *Étude médicale sur l'extatique de Fontet,* par MM. Mauriac et Verdalle.

M. J. GUÉRIN, à propos du procès-verbal, s'exprime en ces termes: N'ayant point assisté à la dernière séance de l'Académie, je n'ai pu relever deux méprises extraordinaires que renferme la réponse de M. Giraud-Teulon à ma communication sur l'acte de l'accommodation de l'œil, et sur la myopie mécanique; méprises qui ont fait tous les frais de l'argumentation de notre collègue.

M. Giraud-Teulon me prête l'idée que les muscles droits de l'œil, en se contractant, ont pour effet d'allonger le globe oculaire; et toute son argumentation se résume à démontrer que « de toute nécessité ce serait un raccourcissement de l'axe antéro-postérieur qu'on en devrait attendre; » mais c'est précisément ce que j'ai dit, et c'est en effet ce qui est. En lisant plus attentivement le texte de ma communication, notre collègue y aurait vu, à la suite de ma proposition générale dont il a renversé les termes, ces lignes complémentaires qui le lui auraient fait mieux comprendre. « J'ai eu l'honneur de présenter à M. Arago un jeune homme de vingt-huit ans, sur lequel les mouvements alternatifs de *retrait* et de *relâchement* de l'œil correspondant à la vision, à *courte* et à *longue* distance, étaient appréciables sans le secours d'aucun instrument. » (*Bulletin de l'Académie*, page 2077.)

Il ne s'agit donc pas ici « d'à peu près qu'il faut exclure en des matières aussi précises », comme l'a dit excellemment mon contradicteur, mais d'une erreur du tout au tout. L'Académie voudra bien le remarquer, je ne discute pas, pour le moment, la prééminence de ma théorie; je me borne à la rétablir ce qu'elle est, c'est-à-dire tout l'opposé de celle que M. Giraud-Teulon m'a prêtée et qu'il a si facilement combattue.

La seconde méprise de notre collègue n'est pas moins extraordinaire. J'avais cité deux cas de myopie la mieux caractérisée. Chez l'un la myopie était compliquée d'un léger strabisme; chez l'autre elle

était simple ; chez tous deux la myopie a disparu presque immédiatement après la section des muscles droits internes et externes.

Voici ce que je disais textuellement du second fait : « Je citerai encore un jeune homme âgé de dix-huit ans, *fils d'une mère myope* dont la *mère* avait également la même infirmité (trois générations de myopes). Ce jeune homme a été présenté à M. Arago avant l'opération. Il ne pouvait pas distinguer les caractères cicéro à plus de 12 centimètres, et lisait couramment à la même distance et à une distance plus éloignée avec des lunettes n° 7. Trois jours après la section des *deux* droits *internes* et *externes*, il commençait à lire sans lunettes à la même distance, etc. »

Voici la traduction et le commentaire de M. Giraud-Teulon :

« Un jeune homme de dix-huit ans, fils d'une mère *myope* atteint de la *même* infirmité (le strabisme SANS DOUTE, ajoute notre collègue) ». Que l'Académie veuille bien le remarquer, mon texte porte « fils d'une myope, dont la *mère* avait également la même infirmité ». Non content d'avoir supprimé cette circonstance, aussi intéressante que décisive, à savoir que la mère de la mère de mon myope était myope elle-même comme sa fille, M. Giraud-Teulon traduit ces mots : « *avait également la même infirmité (la myopie)*; » par ces mots : « *le strabisme sans doute.* »

Mais ce n'est pas tout. J'avais écrit : trois jours après la section des *deux* droits internes et externes (au pluriel), notre collègue ajoute, entre parenthèses : « (Il s'agissait donc d'un strabisme double). M. Guérin ne dit point s'il était convergent ou divergent.) » Or la section simultanée des deux muscles droits internes et des deux muscles droits externes, c'est-à-dire des deux muscles droits interne et externe pour chaque œil, ne permettait pas plus de supposer le sujet atteint de strabisme et non de myopie, que le fait de le déclarer atteint de la même infirmité que sa mère et sa grand'-mère myopes, ne permettait de le supposer strabique et non myope.

L'Académie pourra voir qu'avec de telles méprises, il n'a pas été difficile à M. Giraud-Teulon de combattre une théorie diamétralement opposée à celle que je soutiens, ni de changer, pour les annuler, la signification des faits que j'avais rapportés à l'appui de cette théorie. Ces redressements sommaires donneront le temps d'attendre ceux que je dois appliquer à l'ensemble des idées que M. Giraud-Teulon professe, et qu'il considère comme « expressément établies, acquises, acclamées, et comme une des plus fermes conquêtes scientifiques de notre époque. » On verra bien.

M. GIRAUD-TEULON. Je n'ai eu d'autre but dans mon argumentation que de démontrer l'erreur de la théorie qui attribue une influence à l'action musculaire externe sur la réfraction. Cette doctrine a été démontrée fausse par les observations et les expériences les plus précises faites depuis quinze ans et contrôlées par tous les ophthalmologistes. Quand j'ai voulu en faire la démonstration graphique, on m'a arrêté en me disant que c'était là une vérité devenue classique ou élémentaire. Je n'ai pas à y revenir.

M. JULES GUÉRIN. Je n'ai pas l'intention d'entrer dans la discussion de fond aujourd'hui. Mon intention a été seulement de montrer que M. Giraud-Teulon s'est mépris sur le texte de mon argumentation.

LECTURES

Faux abcès des os et ostéite névralgique. — M. GOSSELIN donne lecture d'un mémoire sur les *faux abcès des os et l'ostéite à forme névralgique* qui les accompagne ou les simule.

M. Gosselin résume ce travail par les trois propositions suivantes :

1° Dans les os longs condensés par une ancienne ostéite, il peut exister des cavités qui ne sont pas des abcès et des douleurs à forme névralgique qui ne tiennent pas à la présence de ces cavités ;

2° L'ostéite à forme névralgique peut même exister sans aucune cavité accidentelle, mais toujours dans un os hypertrophié par une ancienne ostéite ;

3° La trépanation peut être utile et est peu dangereuse dans ces cas d'hyperostose avec ostéo-névralgie.

Théorie de la migraine. — M. PIORRY commence la lecture d'un long travail sur ce sujet, qu'il se propose de terminer dans la séance prochaine. Nous résumerons ce travail quand la lecture en aura été faite complètement.

La séance est levée à cinq heures.

CONGRÈS DES SCIENCES MÉDICALES DE BRUXELLES

SÉANCE INAUGURALE DU 19 SEPTEMBRE 1875.

La séance inaugurale du congrès international de Bruxelles a eu lieu avec une solennité dont les sessions précédentes n'avaient pas encore présenté l'exemple. S. M. le roi des Belges honorait l'assemblée de sa présence, et le président, M. Vleminckx, avait à ses côtés le ministre de l'intérieur et le bourgmestre de Bruxelles.

M. LE PRÉSIDENT a ouvert la session par un remarquable discours, dont nous croyons devoir reproduire quelques passages, qui marquent bien le but et la portée sociale de ces réunions internationales périodiques :

« Elles sont nombreuses et variées, messieurs, les questions que nous avons cru devoir soumettre à votre examen. Toutes ont de l'importance, toutes appellent vos études et vos lumières ; il en est même quelques-unes qui touchent aux intérêts sociaux de l'ordre le plus élevé, et sur lesquelles je me permets dès à présent d'attirer votre plus sérieuse attention.

« Un des hommes d'État les plus considérables de notre époque, le ministre Disraëli, affirmait, il y a un mois à peine, au sein d'une corporation renommée, que le moment était venu, pour les représentants de son pays, de s'occuper avec intelligence et énergie de l'amélioration et de l'élévation des conditions du peuple. « La réforme sanitaire, par exemple, disait-il, est le grand but et le grand besoin du jour. » Et il comprenait, bien entendu, dans ce programme, la plupart des influences civilisatrices de l'humanité.

« Ce qui est vrai pour la Grande-Bretagne l'est également pour les autres nations. L'amélioration de la condition des peuples s'impose et s'imposera toujours à toutes, non-seulement comme la plus sacrée des obligations, mais encore comme le plus puissant des intérêts.

« D'après cette noble et généreuse entreprise, où l'humanité seule est en cause (pour me servir de l'heureuse expression de l'illustre Serres, de l'Institut de France, au congrès de médecine de Paris de 1845), qui pourrait contester à la science médicale le droit de revendiquer une part prépondérante?

« Assurément des influences civilisatrices d'un autre ordre doivent concourir au résultat final, mais, il faut bien le reconnaître, si grande que soit leur efficacité, il importe qu'elles rencontrent un terrain propice et bien préparé pour en tirer avantage et profit.

« Le *mens sana in corpore sano* sera toujours d'une éternelle vérité.

« Rendre par conséquent les populations plus fortes, plus résistantes, plus viriles, tel est le premier terme du problème, tel est, tel doit être le commencement de la grande œuvre réformatrice.

« A nous donc, mes chers et honorés confrères, au corps médical, la tâche initiale ; à nous de mettre en évidence, avec l'autorité que donnent des études et des connaissances spéciales, jointes à une expérience éclairée, les causes physiques et morales qui font dégénérer l'espèce humaine, en l'abreuvant de misères et de souffrances ; à nous de signaler les mesures les plus propres pour tarir les sources de ces affections calamiteuses et terribles qui déciment les populations et portent dans leur sein la ruine et le désespoir ; à nous, enfin, d'éclairer les peuples et les gouvernements sur les devoirs qu'ils ont à remplir, les uns comme les autres, pour assurer le succès des moyens de préservation dont la science et l'observation ont démontré la puissance et l'indéniable vertu.

« Et voilà pourquoi il est si bon, il est si utile que de grands aréopages, dont nul ne songe à contester la compétence, se réunissent périodiquement et fassent entendre leur voix autorisée. Plus imposante, en effet, sera l'assemblée qui aura décrété les garanties indispensables, plus faibles seront les résistances et les hésitations de ceux qui ont pour devoir de veiller au salut des populations et de

défendre leurs foyers contre les influences nuisibles, de quelque part qu'elles viennent.

« Je ne sais si je me trompe, mais il me semble que c'est là tout particulièrement la partie de vos travaux dont nos concitoyens saisissent et comprennent le mieux la haute utilité et la bienfaisante portée.

« Sans aucun doute la discussion, en matière de science pure, d'une assemblée comme la vôtre, exciterait toujours le plus vif intérêt et attirerait à juste titre l'attention d'un corps médical; mais, qu'il me soit permis de vous le dire, vous êtes sans droit pour proclamer *ex cathedrâ* des principes et des lois qui soient l'expression de la vérité absolue. Vous savez que la marche du progrès est incessante et que les arrêts de la veille sont souvent cassés par les découvertes du lendemain. En matière de science pure, par conséquent, éclairer, propager, vulgariser, voilà le seul rôle auquel vous puissiez aspirer, et, je me hâte de le dire, ce rôle-là est encore assez beau et assez imposant pour provoquer au dévouement et à l'apostolat. Mais, lorsqu'il s'agit de réformes sanitaires et des améliorations à apporter à la condition des peuples à l'aide de cette réforme, oh! alors, vos prétentions grandissent et s'étendent. Vous ne vous bornez plus à discuter, vous concluez. Vous trouvant en face de principes et de lois consacrés par des siècles d'observation et sanctionnés par l'assentiment universel, vous arrêtez, vous décidez, vous statuez souverainement, sans crainte d'opposition, sans souci du lendemain, convaincus que vous êtes, comme vous avez le droit de l'être, que vos arrêts sont irréprochables et resteront à l'abri de toute réformation.

« Dans vos sessions tenues successivement à Paris, à Florence et à Vienne, vous avez heureusement résolu un certain nombre de questions relatives à la médecine sociale. Je souhaite bien vivement que la session de Bruxelles vienne ajouter une pierre au bel édifice que vous avez résolu de construire. Oh! je ne me le dissimule pas, il reste encore beaucoup de choses à faire, et surtout bien de bons esprits à conquérir. Mais j'ai la persuasion qu'à force de sagesse et de persévérance, vous parviendrez à faire triompher le bon sens et la vérité. La raison, en dépit de tous les obstacles, finit toujours par avoir raison. Le succès le plus complet couronnera vos efforts plutôt peut-être que vous le pensez. Et ce succès-là, messieurs, est de ceux que des hommes de cœur comme vous doivent rechercher et convoiter avec une noble et sainte ardeur. Améliorer l'état de la santé publique, élever la condition du peuple, n'est-ce pas, en dernière analyse, doter la patrie d'un surcroît de force, de bien-être et de grandeur? Et connaissez-vous beaucoup de services qui soient comparables à celui-là? »

Après une réponse du ministre de l'intérieur à ce discours que l'assemblée a couvert de ses applaudissements, l'assemblée a procédé à la constitution de son bureau, puis la parole a été donnée à M. Warlomont, secrétaire général.

M. WARLOMONT, dans un rapport d'ensemble, présente un résumé historique des travaux et des discussions qui ont occupé les sessions précédentes du congrès international des sciences médicales et rappelle quelles ont été les questions proposées pour la session actuelle, en tête desquelles se trouve la question des maternités.

Cette séance d'inauguration a été terminée par une allocution de M. Anspach, bourguemestre de Bruxelles, qui a informé l'assemblée que l'administration communale avait fait préparer des notices relatives à la création d'un bureau d'hygiène et à l'établissement d'un système de distribution d'eau et de diverses mesures d'assainissement.

(A suivre.)

VARIÉTÉS

La Volonté considérée comme puissance morale et comme moyen thérapeutique (1)

Par M. JOLLY, membre de l'Académie de médecine.

On concevra plus difficilement que la volonté puisse maîtriser les accès d'épilepsie, et pourtant le fait n'est pas sans exemple; nous avons vu à l'hôpital Saint-Louis, en 1827, un homme atteint depuis longues années de cette maladie, qui pouvait se soustraire à volonté à ses attaques. Il lui suffisait pour cela, au grand étonnement des élèves qui en étaient témoins, de soumettre à un exercice volontaire l'appareil musculaire de la mastication et de la déglutition, en introduisant dans sa bouche des aliments solides aussitôt qu'il était averti des premiers indices du retour des accès.

Mais un fait bien digne de remarque et de toute l'attention du praticien, c'est que la volonté, dont la puissance est pour ainsi dire incalculable sur les mouvements de contraction, demeure inefficace sur les mouvements qui tendent au relâchement musculaire. Tout individu qui se contracte dans l'appréhension de la douleur reste soumis à la puissance instinctive de cette contraction, malgré les efforts de volonté qu'il exerce pour la surmonter. On avale par inadvertance un noyau de fruit ou tout autre corps plus ou moins volumineux, et l'on ne peut souvent, même avec une ferme résolution, accomplir la déglutition d'une dose très-minime, d'un simple granule de médicament, et il y a lieu de croire que l'hydrophobie dont certaines femmes nerveuses offrent l'exemple n'a souvent d'autre cause que la lutte qui s'opère entre la crainte et la volonté de la déglutition.

Autres exemples: c'est en vain que l'on sollicite d'un malade dont on veut explorer l'abdomen le relâchement des muscles de cette région; tous ses efforts de volonté ne font qu'accroître la contraction qu'il cherche à maîtriser, quand il suffit de la moindre distraction de la volonté pour la voir cesser.

Il en est de même de l'individu à qui l'on veut réduire une luxation; plus on insiste pour obtenir de sa volonté un relâchement musculaire, et plus on augmente l'état de contraction qui fait obstacle à la réduction de la luxation; que s'il s'opère alors par une cause physique ou morale quelconque une distraction de la volonté, tous les muscles tombent dans le relâchement, et la réduction s'accomplit comme par enchantement.

On sait encore que le sommeil, qui consiste dans le relâchement des puissances musculaires, veut être affranchi de l'influence de la volonté. Vouloir obtenir le bienfait du sommeil, c'est infailliblement l'éloigner, c'est volontairement se condamner à l'insomnie.

Quant à la puissance de la volonté sur le sentiment, elle peut être telle qu'elle ait pour effet de l'affaiblir, de l'amoindrir, même de l'anéantir, en lui substituant une contraction musculaire plus ou moins forte dans le déplacement de l'innervation. Il est même une sorte d'instinct qui nous porte dans la souffrance à faire appel à l'innervation. L'homme qui éprouve une douleur quelconque, une névralgie, par exemple, se meut et s'agite instinctivement comme pour appeler sur l'appareil musculaire et dépenser en mouvement le principe de sa douleur ou de sa sensibilité. L'expérience prouve du moins que l'état convulsif, qui n'est que l'exagération morbide de la contraction musculaire, fait cesser immédiatement la douleur, et l'on sait que l'épilepsie, qui est le type *maxima* de l'état convulsif, rend l'organisme absolument insensible aux excitants les plus énergiques.

C'est en vertu de cette loi de diversion de l'innervation que la volonté a pu imprimer à l'action musculaire un tel degré de contraction qu'elle ne laisse aucune prise à la sensation dans l'état physiologique et pathologique. Si Mucius Scævola demeure impassible pendant que son bras reste exposé à la flamme ardente qui le brûle, c'est qu'il va spontanément au-devant du sacrifice que lui prépare la vengeance de Porsenna, pour se punir d'avoir manqué le tyran et pour montrer aux ennemis de sa patrie tout le pouvoir d'une volonté romaine. Si le guerrier, dans l'ardeur du combat, ne s'aperçoit pas du coup mortel qui vient de le frapper, c'est qu'il y a en lui une surexcitation musculaire, une puissance de volonté qui rend sa sensibilité muette à l'impression de la douleur.

La volonté est aussi un auxiliaire précieux de cette force de réaction ou de résistance vitale, sans laquelle toutes les médications thérapeutiques sont trop souvent impuissantes; et, sous ce rapport, il n'est peut-être aucune maladie à laquelle la volonté ne puisse apporter le bienfait de son intervention. Mais c'est surtout dans les épidémies qui semblent porter les premières atteintes au principe de vie même, que la volonté montre toute sa puissance. On voit alors

(1) Fin. — Voir les numéros des 30 septembre, 2 et 5 octobre.

les hommes les plus volitifs, c'est-à-dire les plus courageux, les plus dévoués, demeurer réfractaires aux coups de la maladie; et sans chercher des exemples qui ne puissent trouver des témoins actuels, le choléra même a fourni des milliers de preuves de cette vérité, et si tout est encore mystère sur l'étiologie comme sur le traitement de cette maladie, il reste bien démontré, d'après des documents authentiques, que le choléra a compté moins de victimes parmi les individus actifs livrés à des exercices d'un travail manuel et corporel, que parmi ceux qui par prudence, par crainte ou par état vivaient dans des habitudes d'immobilité ou d'inertie. C'est la nuit, plutôt que le jour, pendant le sommeil même plutôt que dans la veille, dans le repos plutôt que dans le mouvement, que les attaques ont eu lieu le plus ordinairement, et l'on a pu constater, d'après le dépouillement des professions atteintes de choléra, que les professions sédentaires, libérales, les carrières administratives, judiciaires, toutes les positions sociales qui impliquent le repos, l'inactivité, figurent en première ligne dans le nombre des victimes de l'épidémie. Sur des milliers de cas de choléra que nous avons pu voir, nous ne saurions en trouver un seul qui ait été observé dans l'exercice actuel du mouvement corporel.

L'un des ministres de Charles X, M. de Montbel, que sa malheureuse destinée avait conduit en 1830 sur une terre d'exil, à Vienne, en Autriche, au moment où le choléra y sévissait dans toute sa violence, eut bientôt à lutter contre les attaques d'un nouvel ennemi. Atteint pendant la nuit de tous les symptômes prodromiques de la maladie, il s'insurge aussitôt contre elle, et s'apprête à lui résister avec toute l'énergie d'une âme forte et courageuse. Il sort de son lit, s'habille en toute hâte, court à grand pas mettre ordre à ses affaires; il est sans cesse en activité, sans cesse en course dans une continuelle réaction de corps et d'esprit, dans un état continuel de moiteur et il parvient ainsi à vaincre, par la seule puissance de la volonté, l'ennemi le plus redoutable que la médecine ait eu à combattre jusqu'à ce jour.

Nous avons vu bon nombre de confrères que le fléau poursuivait sans relâche, avec des menaces continuelles d'atteinte, s'arracher pour ainsi dire à sa fureur par une énergique puissance de volonté (1).

(1) Nous ajouterons au fait cité par M. Jolly, le suivant, que nous empruntons au journal le *Sténographe* du 5 décembre 1864 :

« La fièvre jaune sévissait à Saint-Louis et à Gorée : plusieurs bourgades perdirent *tous* leurs habitants, hommes et bêtes; des populations entières furent anéanties; on trouvait morts sur place, dans les champs, dans les chemins, dans les plaines de sable, des nègres, des chiens, des perdrix, des gazelles...

« Dans cette lutte contre l'épidémie, le docteur Émile Chevé se distingua entre tous par son courage et son abnégation. Victime enfin de son dévouement, le 7 juillet 1830, il fut atteint lui-même du *vomito negro*; mais il se sauva par un traitement inouï jusqu'alors. En soixante heures, il avait perdu huit livres de sang par la lancette, et il s'était fait appliquer douze cents sangsues!... Mais le médecin bas-breton, se traitant lui-même, avait voulu vivre, et il vécut!...

« Au bout de huit jours des plus grands ménagements, dit-il dans sa thèse, avec une naïveté presque héroïque, je commençai à me lever, et six jours plus tard je repris mon service après cinq jours de maladie et treize de convalescence. Dès lors je me trouvai bronzé et supportai, sans la moindre indisposition, trois mois et demi des plus grandes fatigues et d'une insomnie presque absolue. »

La volonté, qui est le courage par excellence en temps de guerre et d'épidémie, est aussi la première vertu du médecin, celle qui, sous l'inspiration du devoir et de l'honneur, le conduit à la mort pour lui disputer ses victimes, celle qui lui tient lieu de bouclier sur un champ de bataille, mais qui, dans les épreuves les plus meurtrières, lui permet peut-être de braver plus impunément que d'autres tous les périls de la contagion; et quand tous ses efforts demeurent impuissants, quand il succombe aux attaques de son implacable ennemi, il peut du moins se dire aussi : *Si mihi desint vires, in me est voluntas.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 5 octobre 1875, M. Marion (Auguste-Marie-Louis), médecin de 2e classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 1er septembre 1875, il est créé une chaire de zoologie à la Faculté des sciences de Marseille.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 9 octobre 1875, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° Corps fibreux intra-utérins, par M. Gallard. — 2° Du traitement des abcès de la mamelle, par M. Gillette.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance reprendra ses séances mercredi prochain, 13 octobre, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° lecture du règlement revisé; 2° de la chirurgie à domicile, par M. Dusseris; 3° les maternités et la polyclinique obstétricale au congrès international de Bruxelles, par M. Passant; 4° morbidité et statistique des bureaux de bienfaisance pendant le troisième trimestre de 1875.

Des contre-indications de la version dans la présentation de l'épaule et des moyens qui peuvent remplacer cette opération. Thèse présentée au concours pour l'agrégation (section de chirurgie et d'accouchements) par le docteur Adolphe Pinard, chef de clinique d'accouchements à la Faculté, ancien interne des hôpitaux, ancien interne la Maternité, lauréat de la Faculté de médecine (médaille d'argent), membre de la Société anatomique, chevalier de la Légion d'honneur. — Paris, 1875, gr. in-8° de 140 pages. Prix : 4 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonné part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 2,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois... 8 fr. 50 c. Six mois... 16 — Un an... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes.

Il y a longtemps qu'il n'a été question dans cette Revue des maladies régnantes. La rentrée prochaine de la Société médicale des hôpitaux va très-probablement nous mettre sous peu à même de connaître les éléments principaux de la constitution médicale du trimestre qui correspond à la période estivale. En attendant que nous possédions ces documents, nous allons essayer à l'aide de quelques renseignements épars de poser quelques jalons qui pourront aider peut-être à reconstituer plus tard les grands traits de cette constitution.

Lorsque, après une période printanière pendant laquelle la température a été remarquablement élevée, nous avons vu succéder à ces chaleurs prématurées un abaissement considérable et cette longue série de jours pluvieux qui devaient amener sur certains points de notre territoire les désastreuses inondations que l'on sait, nous nous sommes demandé quelle pourrait être la conséquence, au point de vue sanitaire, de cette intempérie si prolongée. Nous n'avons pas été seuls à nous faire cette question.

En jetant les yeux sur le numéro du 5 septembre de *Lyon médical*, où se trouve le tableau des maladies qui ont régné à Lyon pendant l'été de 1875, par M. le docteur P. Meynet, nous lisons les passages suivants, qui répondent parfaitement à cette préoccupation :

« Dans le rapport sur les maladies régnantes du printemps, j'avais pu établir le caractère estival de la constitution médicale dans la seconde moitié de la saison, en les rapprochant de la moyenne des températures observées à cette époque. Nous avions alors toute raison de penser que les chaleurs prématurées, qui avaient marqué la constitution atmosphérique de la fin du printemps, persisteraient pendant l'été, et déjà nous constations le caractère saburral et bilieux des manifestations morbides qui se présentaient aux observateurs.

« L'événement a trompé nos prévisions. Après quelques orages plus ou moins localisés, la température s'est abaissée tout à coup, au point de revenir à des minima de 11 à 12 degrés, pendant que des pluies persistantes assombrissaient l'atmosphère, menaçaient les récoltes et produisaient les inondations et les désastres dont une grande partie de notre malheureux pays gardera longtemps le souvenir. Cette température froide et humide a régné pendant les deux tiers de l'été, et c'est seulement depuis les premiers jours du mois d'août que nous avons vu le thermomètre remonter pour atteindre alors des maxima de 33 à 35 degrés, et marquer ainsi le brusque passage à des chaleurs excessives. Ces oppositions si rapides, ces changements si soudains dans la constitution atmosphérique auraient pu *à priori* inspirer des craintes sur l'état sanitaire de notre région et faire redouter l'éclosion de nombreuses maladies. Il n'en a rien été, et l'examen comparatif auquel nous allons nous livrer démontrera la bénignité relative des statistiques du trimestre comparées à celles qui l'ont précédé et à celles qui lui correspondent dans les années antérieures. »

En effet, après avoir passé en revue les affections diverses signalées dans les principaux services des hôpitaux de Lyon, parmi lesquelles figurent les maladies des voies respiratoires en décroissance malgré les variations barométriques, les névralgies à siéges divers, le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu et le rhumatisme musculaire, les angines, les fièvres éruptives peu nombreuses, la fièvre typhoïde, les fièvres intermittentes et les affections gastro-intestinales, beaucoup moins fréquents et beaucoup moins graves que dans les années antérieures, M. Meynet termine son exposé en constatant que l'état sanitaire de Lyon a été, pendant ce trimestre, exceptionnellement favorable, le nombre des malades ayant été peu considérable, la mortalité relativement minime, la constitution indécise pendant une grande partie de la saison, et ne s'affirmant guère qu'à la fin au point de vue des maladies vraiment saisonnières (les affections gastro-intestinales et l'affection typhoïde).

Les dernières nouvelles reçues de Lyon nous apprennent en effet que, parmi les affections régnantes, la fièvre typhoïde à forme bénigne heureusement, occupe la première place, qu'elle s'étend peu à peu dans les divers quartiers et règne à l'état épidémique dans quelques agglomérations.

Le rapport sur la constitution médicale de Toulouse pendant le mois d'août, fait par M. le docteur Tachard, constate également que, pour ce mois comme pour le mois de juillet, les affections observées n'ont pas revêtu de forme particulière caractérisant une constitution médicale. Les embarras gastriques, les diarrhées et la dysenterie ont été les affections les plus fréquentes chez les adultes et surtout chez les enfants. Le rapport signale particulièrement une effrayante mortalité chez les enfants par les affections du tube digestif. Les fièvres typhoïdes paraissant augmenter de nombre et de gravité.

Nous manquons de renseignements sur quelques-unes des autres grandes villes de France, dont les journaux médicaux ont l'habitude de faire connaître périodiquement l'état sanitaire.

Quant à Paris, sans préjuger ce que nous apprendra le prochain rapport sur les maladies régnantes de cette même période, si nous nous en rapportons aux quelques renseignements épars que nous avons pu recueillir, la grande intempérie du milieu de l'été n'y aurait eu d'autre effet, non plus, que d'affaiblir et de reculer les manifestations morbides habituelles de cette saison, qui se sont produites tardivement et avec une assez faible intensité en août et en septembre, comme à Lyon et à Toulouse, et de redonner lieu passagèrement en juillet à quelques retours d'affections thoraciques catarrhales et de rhumatismes.

Un fait qui paraît avoir été constaté à Paris, comme à Lyon et à Toulouse, a été la mortalité considérable, paraît-il, des phthisiques pendant toute la durée de cette période d'intempérie.

Enfin nous avons constaté depuis quelques jours une élévation très-rapide et assez considérable des cas de fièvre typhoïde, dont on voit des spécimens en ce moment dans presque tous les services des hôpitaux. Les cas que nous avons pu voir en parcourant quelques services ne nous ont présenté jusqu'à présent ni aucune physionomie spéciale qui les distingue des formes communes, ni aucune gravité particulière. Les cas sont nombreux, mais ils ne paraissent pas dépasser de beaucoup jusqu'ici les proportions ordinaires de la fin de la constitution estivale, ni constituer une épidémie à proprement parler.

Thermométrie pleurale.

En voyant un de ses élèves prendre dans son service les temperatures axillaires sur les sujets atteints de pleurésie, M. Peter eut l'idée de lui conseiller de prendre les températures dans les espaces intercostaux, dans le but de rechercher si la température varierait d'une façon sensible entre les deux côtes, ou plutôt entre les deux plèvres. Ce conseil de M. Peter devint un ordre pour son élève, qui se mit immédiatement à l'œuvre; et ce sont les résultats de ces recherches comparatives de la température dans les deux côtes de la poitrine chez les pleurétiques qui se trouvent consignés aujourd'hui dans la thèse inaugurale de M. le docteur Auguste Jobbé-Duval, et que nous nous proposons de faire connaître dans cet article.

Dans un premier cas de pleurésie gauche avec épanchement abondant, le malade présentant à son entrée à l'hôpital 39°8 de température générale, variant les jours suivants du matin au soir de 39° à 39°6, la température prise sur les côtes de la poitrine a donné les chiffres suivants : 1er jour : plèvre droite (saine), 38°3, plèvre gauche (malade), 38°6 ; 2e jour : plèvre droite, 38°1, plèvre gauche, 38°4 ; 3e jour : plèvre droite, 39°, plèvre gauche, 39°5 ; 4e jour : plèvre droite, 37°, plèvre gauche, 37°8 ; 5e jour : plèvre droite, 38°2, plèvre gauche, 39, etc. La température pleurale ainsi relevée tous les jours pendant toute la durée de la maladie, qui fut de vingt jours, donna constamment une augmentation dans le côté gauche, variant de 5/10 minimum à 2°8. Le 21e jour, la fièvre étant tombée et les phénomènes pleurétiques étant complètement dissipés, la température des deux côtés était exactement la même (36° de chaque côté) et resta désormais la même.

Dans une deuxième observation, il s'agit d'un homme entré à l'hôpital, atteint d'une pleurésie qui, bien que datant de près d'un mois, était encore en pleine période d'activité, la température générale du matin étant de 38°. L'épanchement étant trop abondant pour songer à le faire résorber, M. Peter questionna le malade dès le lendemain. Les jours suivants, la fièvre persistant avec exacerbation tous les soirs, et la température générale s'élevant de 38° à 39°6, et même un jour jusqu'à 40°, avec retour de point de côté, M. Peter fit appliquer 6 ventouses scarifiées, treize jours après l'opération. Ce moyen, aidé de l'administration du sulfate de quinine, amena graduellement un abaissement de la température.

L'une des observations les plus curieuses à ce point de vue est celle que l'auteur rapporte sous le n° 3 et qui figure dans le tome Ier de la *Clinique* de M. Peter. Il s'agit d'un homme qui, lors de son entrée à l'hôpital à Saint-Antoine, avait déjà subi sept fois en six semaines la thoracentèse. La première opération seule avait donné issue à de la sérosité, les six autres avaient donné issue à du pus. Lors de son entrée dans le service, on prit les températures; la région axillaire donnant 37°2, on trouva à la paroi thoracique du côté sain 36°, et sur le côté malade 36°8.

Après quelque temps de séjour à l'hôpital, l'état du malade s'aggravant de jour en jour, M. Peter se décida à faire une nouvelle ponction suivie d'une injection d'eau alcoolisée, qui fut aspirée après un séjour de quatre à cinq jours dans la plèvre.

Cette opération amena un soulagement sensible, mais elle ne tarda pas à être suivie d'une nouvelle explosion fébrile, pendant laquelle M. Peter constata l'élévation simultanée de la température locale de la plèvre malade et de la température générale.

Voici les températures qui ont été relevées :

La veille de la ponction (le soir), la température axillaire était de 37°6. Le jour même de la ponction, huit heures après, elle était de 37°9 ; le lendemain matin elle était de 38, le soir de 39°7. La température thoracique droite était de 37°6 ; le gauche, de 38°6. Il y avait donc eu une élévation de la température générale du matin, de 1°0, tandis que la température thoracique s'était élevée du côté sain de 1°6, du côté malade de 2°6. D'où l'on voit que la température de la plèvre malade s'était élevée de 1° de plus que celle de la plèvre saine, et de 1°6 de plus que celle de l'aisselle. D'où M. Peter a été amené à conclure que l'élévation de la température de la plèvre malade n'était pas engendrée par celle de la température générale, mais l'engendrait au contraire.

Le même fait s'est reproduit les jours suivants, jusqu'à la veille de la mort du malade, où la température de la plèvre malade a dépassé celle de l'aisselle de 1°4.

D'où enfin M. Peter a conclu que la mort, dans ces cas, avait été la conséquence du réveil de la fièvre de suppuration et indirectement de la thoracentèse qui avait causé ce réveil.

Les autres observations consignées dans le travail de M. Jobbé-Duval montrent la répétition à peu près constante du même fait, l'élévation toujours plus grande de la température du côté malade par rapport au côté sain, et généralement cette même élévation se manifestant après la thoracentèse.

« Les résultats que nous avons obtenus, dit M. Jobbé-Duval, ont tous été si concluants, nous les croyons tellement certains et probants, que nous pensons pouvoir affirmer avec notre maître que la thoracentèse, quel que soit le mode d'exploration employé, quel que soit l'appareil mis en usage pour vider la poitrine dans les cas de pleurésie, produit une augmentation, non-seulement de la température générale, mais encore de la température locale, en fournissant une nouvelle activité au travail phlegmasique de la plèvre. »

D'où cette conclusion finale du travail de M. Jobbé-Duval :

que, sans rejeter d'une manière absolue la thoracentèse, il y a lieu, en dehors des cas d'imminence d'asphyxie, et lorsqu'il y a fièvre, de donner la préférence aux émissions sanguines.

Sans suivre jusque-là les déductions pratiques que M. Jobbé-Duval et son maître M. Peter ont tirées de ces faits, et sans nous engager en ce moment dans la discussion de ce point important et vivement controversé de thérapeutique, nous avons cru utile de les faire connaître et de consigner ici les résultats intéressants qu'ils ont constatés.

Troisième dentition à l'âge de soixante-treize ans.

M. le docteur d'Echerac nous communique la relation d'un fait qui, bien qu'il ne soit pas sans précédent, n'en aura pas moins pour bien de nos lecteurs l'attrait de la nouveauté. Voici ce fait, que nous laissons raconter entièrement par notre confrère :

« M. M..., âgé de soixante-treize ans est atteint depuis plusieurs années d'une affection cardiaque qui ne lui permet plus de quitter son fauteuil; les membres inférieurs sont très-œdematiés, et la peau des deux jambes, hypertrophiée au point de présenter l'aspect de l'éléphantiasis, est le siége d'une éruption eczémateuse donnant lieu à un écoulement séro-purulent abondant. Il y a dix-huit mois environ, M. M... fut atteint de glycosurie, et, son état ne permettant pas le transport aux eaux, il a suivi à Paris un régime alcalin sous l'influence duquel toute trace de sucre a disparu de ses urines. Pendant toute cette période, le malade était fort incommodé par une salivation très-copieuse; les dents s'ébranlèrent et finirent par tomber toutes, sauf deux : la canine droite supérieure et une petite molaire gauche inférieure; malgré cela l'appétit se maintient toujours très-bon, presque excessif, et les digestions étaient faciles.

Tel était il y a quatre ou cinq mois l'état de mon malade; tout allait bien, à part l'écoulement des jambes que je surveille et cherche à entretenir, ayant remarqué que la diminution du suintement provoque de suite des phénomènes congestifs du côté de la poitrine, et amène de la toux et de la suffocation. Quelques semaines plus tard survinrent de légers symptômes nerveux; le malade, qui d'ailleurs est dans un état d'affaiblissement intellectuel notable, devenait irascible, bavard, ne dormait plus, parfois même avait un peu de délire la nuit; la salivation redevenait plus abondante. Je crus au retour de phénomènes morbides dus au diabète, j'examinai ses urines, et, n'y trouvant pas la moindre quantité de sucre, je m'attendais d'un moment à l'autre à l'explosion d'accidents cérébraux graves. Des préparations calmantes et quelques laxatifs furent donnés, les symptômes nerveux se dissipèrent et tout rentra dans l'ordre; cette sorte de crise avait duré une quinzaine de jours environ.

Grande fut la surprise de la personne qui depuis longtemps lui prodigue les soins les plus dévoués et qui chaque jour procède à la toilette la plus minutieuse, lorsque en lui ouvrant la bouche, ce qu'elle négligeait de faire maintenant, le jugeant superflu, elle aperçoit cette mâchoire supérieure naguère si démantelée ornée de belles et bonnes dents, dépassant de 2 millimètres environ le rebord de la gencive. Elle accourt chez moi et m'entraîne pour vérifier le fait; il n'y avait pas à douter : six dents nouvelles (quatre incisives, une canine et une petite molaire) avaient pris la place de celles que j'ai moi-même cueillies et qui reposent encore, pour témoigner du fait, dans la boîte où on les a déposées. Le maxillaire inférieur semble encore démuni, mais, en promenant le doigt sur la gencive, on sent très-distinctement poindre l'extrémité d'une incisive gauche. Ces dents de troisième dentition ne sont ni très-solides ni très-blanches, et elles semblent moins dures que leurs aînées; mais combien de gens, malgré leurs défectuosités, s'en contenteraient encore à cet âge!

Nous avions là, je crois, l'explication des accidents nerveux éprouvés par M. M... Il me semble plausible d'attribuer à ce *travail de troisième dentition* ces troubles éphémères analogues à ceux qui se produisent dans la première enfance. Mais qui de nous eût osé risquer un pareil diagnostic?

Van Helmont a cité un cas absolument semblable d'une dame de soixante-treize ans, chez laquelle se produisirent des accidents du même genre occasionnés aussi par l'éruption de dents nouvelles. Ici une autre question se pose : bien que la chute des dents s'observe souvent dans la glycosurie, cette dernière affection n'était-elle pas, dans le cas qui nous occupe, symptomatique de l'évolution dentaire? »

Les exemples d'évolution tardive de la troisième grosse molaire, dite dent de sagesse, ne sont pas très-rares. On en a cité après cinquante ans et même à un âge plus avancé. Nous en avons vu un exemple à plus de soixante ans. Mais une troisième éruption dentaire générale est assurément beaucoup plus rare, si même il en existe d'autres exemples que celui qu'a rappelé notre confrère. Le temps nous a manqué pour faire quelques recherches à cet égard. Ce fait d'hypergénèse dentaire mérite d'être étudié de près.

Dr Brochin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 octobre 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend la collection des journaux scientifiques publiés depuis la dernière séance; un mémoire de M. Denef sur l'*Anesthésie par injection intra-veineuse de chloral suivant la méthode de M. Oré (de Bordeaux)*; une brochure de M. Ed. Séguin (de New-Yorck), intitulée : *de la Dermoscopie chimique*; un mémoire sur l'*Usage des courants électriques appliqués à la cure des affections chirurgicales*.

La Société de médecine de Saint-Étienne envoie le programme des prix qu'elle décernera cette année. Elle met au concours la question suivante : *De l'anémie chez les mineurs.*

ÉLECTIONS

Dans sa dernière séance, la Société a nommé membres associés étrangers MM. Bowman (de Londres), Fergusson (de Londres), et Rizzoli (de Bologne), et membres correspondants étrangers : MM. Otis (de Washington), Rouge (de Lausanne) et Corradi (de Pavie). MM. Corradi, Rouge, Rizzoli et Bowman adressent des lettres de remerciements.

COMMUNICATION

M. Perrin résume une obervation de M. Thouvenin (de Vouziers), relative à une pièce de monnaie avalée par un enfant, et qu'il a extraite par un procédé très-simple. Cet enfant avait avalé un sou vers cinq heures du soir. Lorsque M. Thouvenin arriva, vers dix heures, l'enfant ne se plaignait pas; il ressentait seulement une douleur à la pression vers la partie supérieure du cou. L'exploration avec le doigt ne donnait aucun éclaircissement. Le cathétérisme œsophagien ne présentait aucune difficulté. Cependant, en présence de l'affirmation positive des parents, témoins de l'accident, le médecin eut l'idée, n'ayant à sa disposition aucun instrument, et se souvenant d'une communication récente de M. Tillaux, de faire incliner fortement en avant la tête du petit malade, et d'introduire profondément son doigt vers la glotte. Cette manœuvre eut pour résultat

de provoquer des vomissements immédiats pendant que la langue était maintenue abaissée, et la pièce fut expulsée facilement, grâce à sa pesanteur et à la position déclive de l'enfant.

M. POLAILLON dépose un article *sur la Clavicule*, qu'il a rédigé pour le *Dictionnaire de médecine*.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. DESPRÈS revient sur la communication faite par M. Guérin dans la dernière séance, et attribue le succès de l'amputation de Chopard dans ce cas à ce que le malade était affecté de pied-plat, circonstance qui empêche le renversement du moignon par suite de l'absence de voûte du pied.

M. TRÉLAT ne partage pas cette opinion. L'amputation de Chopard supprime la moitié de la voûte du pied. On ne peut donc attribuer une influence quelconque à l'existence ou à l'absence antérieure de cette voûte. Dans le cas de M. Guérin, l'heureux résultat a été dû à la réunion sans suppuration des gaînes tendineuses. M. Trélat a observé deux fois le même fait. D'ailleurs cette discussion reviendra bien des fois encore, et inutilement tant qu'une statistique satisfaisante n'aura pas établi les conditions exactes des pieds qui auront subi cette opération et des résultats obtenus.

M. PAULET se rallie à l'avis de M. Desprès. Le seul tendon conservé dans cette opération est le tendon d'Achille, *qui ne s'enflamme jamais*. On ne peut donc attribuer la rétraction à l'inflammation des tendons qui n'ont sur le moignon aucun point d'attache.

M. TRÉLAT. On peut aussi, en raison de la durée du séjour au lit, quelquefois très-longue, attribuer cette déformation à une attitude vicieuse, comme la déformation du genou ou de la hanche qui peut survenir après une arthrite du pied.

COMMUNICATIONS

M. GILLETTE donne lecture d'une observation de *luxation phalango-phalangettienne du gros orteil par cause traumatique*.

M. TERRIER relate une observation de *plaie de l'artère axillaire par une balle de revolver, avec section de tous les nerfs du plexus brachial, blessure de la veine axillaire; anévrisme diffus; hémorrhagies graves ; escarres profondes du membre supérieur, suppuration, ouverture de l'articulation du coude; amputation; guérison.*

Il s'agit d'un jeune homme de vingt et un ans, qui, voulant se suicider, se tira un coup de revolver dans la région du cœur; la balle dévia et le bras fut au même instant violemment fléchi, puis retomba inerte. Il y eut une hémorrhagie considérable. Lorsque M. Terrier vit le malade, cinquante heures après l'accident, il était exsangue, mais l'hémorrhagie avait cessé. On sentait dans l'aiselle une tumeur animée de battements révélant un anévrysme. Le malade ressentait des douleurs atroces dans l'épaule et le bras. La balle, logée en arrière, sous la peau, fut extraite. M. Lefort, appelé en consultation, proposa la désarticulation de l'épaule; cependant, en présence de l'état d'affaiblissement du malade, il fut résolu d'attendre, et de faire la ligature de la sous-clavière si cela devenait nécessaire. Un mois se passa avec des douleurs incessantes que le chloral calmait généralement. La tumeur augmentait de volume par saccades. Puis il se forma deux petits diverticulums en avant de la région axillaire et dans le creux de l'aisselle. Le premier fut ponctionné avec l'appareil Dieulafoy; il ne sortit que du sang. La sous-clavière fut liée. Le malade éprouva une douleur violente au moment où le fil fut serré par M. Lefort. Le bras, déjà depuis longtemps œdématié, devint seulement un peu plus pâle et se refroidit très-peu. L'état général s'améliora. Quatre jours plus tard, une hémorahagie violente survint, qui s'arrêta seule. Vingt-quatre heures après, deuxième hémorrhagie. Le malade étant entouré de personnes dévouées, M. Terrier fit faire la compression digitale par-dessus quelques lamelles d'amadou légèrement imbibées de percholure de fer. L'hémorrhagie cessa et ne reparut plus.

La compresion amena une petite nécrose de la clavicule, qui n'eut pas d'importance. En même temps quelques escarres parurent au bras, au coude, à la main; mais elles semblèrent bientôt devoir s'éliminer; le malade mangeait bien, se levait. Tout à coup, sans que le malade ressentit de douleur dans son bras paralysé, la fièvre revint, sans autre manifestation que la modification de la température et de l'état général. L'articulation du coude était ouverte. L'amputation fut alors pratiquée. La cicatrisation se fit bien, aidée par des greffes dermiques. Le moignon est resté insensible au toucher et ne ressent de douleurs qu'aux changements de temps, douleurs qui s'irradient du côté opposé.

DISCUSSION

M. LE DENTU a observé aussi la douleur subite signalée par M. Terrier au moment de la ligature d'un gros vaisseau. M. Terrier l'attribue à la compression d'un filet nerveux; mais M. Le Dentu, ayant vérifié par l'autopsie qu'aucun filet nerveux n'était compris dans la ligature lorsqu'il a lui-même observé ce fait, en parla à M. Vulpian, qui l'attribue à l'anémie brusque survenant par la ligature.

M. LANNELONGUE. On a déjà discuté devant la Société quelle devait être la conduite du chirurgien en présence de la blessure d'une grosse artère, lorsque l'hémorrhagie est arrêtée, et la Société a décidé qu'il fallait intervenir quand même. Cependant on hésite encore à intervenir, et cette hésitation est très-naturelle. On a quelquefois raison d'attendre quand la plaie ne saigne pas, en raison de la difficulté de savoir quelle est l'artère blessée.

M. DUPLAY a observé un fait qui offre de grandes analogies avec celui de M. Terrier. La blessure, très-petite, siégeant à la partie antérieure de l'aisselle entre les deux portions du grand pectoral, avait été produite par un couteau ; une légère hémorrhagie s'en était suivie ; puis une tumeur se développa, accompagnée de douleurs atroces du membre. Toute la paroi axillaire était distendue. M. Duplay, appelé alors, jugea l'intervention manifestement nécessaire. L'axillaire fut liée. Les suites furent d'abord simples. Le gonflement et la douleur disparurent. Puis, le cinquième jour, une hémorrhagie survint, suivie d'autres qui entraînèrent la mort. A l'autopsie on constata des désordres énormes de toute la région axillaire.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. On a signalé le même phénomène douloureux qu'a observé M. Terrier pendant la compression digitale pour la cure des anévrysmes au moment précis de l'oblitération du sac. Ces douleurs, très-violentes, durent dix à quinze minutes. M. Lucas-Championnière en a été témoin.

M. PERRIN. Il faut prendre acte des faits qui peuvent éclairer la question de l'intervention ou de l'abstention du chirurgien. En voilà deux qui démontrent la gravité de la non-intervention immédiate. Quant à la cause de la douleur ressentie au moment d'une ligature, M. Perrin pense qu'elle ne peut être causée que par un filet nerveux comprimé, quelque petit qu'il soit.

M. GIRALDÈS. L'observation très-intéressante de M. Terrier est une réponse aussi péremptoire que possible à la protestation de M. Lannelongue.

M. TRÉLAT s'associe à l'opinion de M. Perrin et de M. Giraldès. Tous les faits prouvent qu'il n'est jamais avantageux de s'abstenir; mais on manque quelquefois de hardiesse. Il est toujours indiqué de lier les deux bouts lorsqu'une artère importante est blessée, mais on ne le peut pas toujours. La douleur causée par la ligature est-elle due à la compression d'un filet nerveux ou à l'anémie ? M. Trélat rappelle, comme M. Lucas, que, lorsqu'on pratique la compression digitale, *c'est dans les cas heureux* que le malade ressent pendant sept, huit, quinze minutes, des douleurs violentes. Souvent alors on cède aux prières du malade, on cesse la compression, et l'on a tort, car c'est l'indice d'une guérison immédiatement prochaine, à laquelle on renonce en cessant la compression. Cette douleur est signalée dans les traités des anévrysmes, et est attribuée à la coagulation du sang dans le sac.

M. LANNELONGUE répond à M. Giraldès que ce n'est pas contre son opinion qu'il a protesté. L'hésitation bien naturelle du chirurgien est due à mille circonstances qu'on ne rencontre pas dans une expérience de laboratoire, et quelquefois on est obligé de ne pas obéir aux règles les meilleures. C'est contre M. Perrier et M. Perrin, et

tous ceux qui tiennent cette conduite de l'abstention, que M. Giraldès a protesté. Quant à lui, il ne l'a jamais tenue.

M. TILLAUX demande à M. Terrier s'il s'est aperçu immédiatement de la section du plexus brachial. C'eût été une indication d'amputation immédiate. Quant au lieu d'élection pour la ligature de l'artère axillaire, il vaut mieux la lier en dehors des scalènes que sous la clavicule.

M. DUPLAY se demande si la douleur très-vive ressentie au moment de la coagulation du sang dans un anévrysme n'est pas due à l'impression causée par le contact subit d'un corps solide sur la paroi artérielle.

M. PERRIN résume ainsi l'opinion de M. Lannelongue et la sienne, qui sont semblables : *Toutes les fois que cela est possible, il faut, en principe, lier les deux bouts de l'artère, même quand elle ne donne pas de sang. Si cela est impossible, on fait comme on peut.*

M. LANNELONGUE demande à M. Perrin si, dans le cas actuel, l'artère axillaire étant manifestement coupée, il l'aurait liée.

M. PERRIN. Oui.

M. LANNELONGUE. Donc M. Giraldès a tort.

M. PAULET. Quand il est certain que le plexus brachial et une grosse artère sont coupés, la nécessité de l'amputation ne peut pas faire de doute. Mais ici on pouvait douter. M. Paulet a observé également un cas de suicide où deux balles avaient pénétré dans la même région. Il y a eu immédiatement paralysie complète, mais pas d'hémorrhagie. Puis la sensibilité est revenue, et après des accidents nerveux divers et de longue durée, le malade a fini par guérir complétement. Il n'y avait eu qu'une contusion du plexus.

M. TERRIER n'a pas voulu établir une règle de conduite à tenir dans un cas semblable. Il a fait comme il a pu. Croyant d'abord à une simple contusion du nerf, il n'a pas pensé à la désarticulation immédiate. Lorsque M. Lefort a vu le malade, son état de faiblesse extrême fit décider la temporisation. Mais cette observation date de deux ans, et aujourd'hui il serait sans doute moins hésitant. Quant à la douleur au moment de la ligature, M. Terrier est porté à la rattacher dans ce cas à la dénudation incomplète du vaisseau, ayant été obligé de la faire dans une plaie de 6 centimètres de profondeur.

La séance est levée.

CONGRÈS DES SCIENCES MÉDICALES DE BRUXELLES

SÉANCE GÉNÉRALE DU 21 SEPTEMBRE.

M. FEIGNEAUX, au nom de la commission dont il était rapporteur, a donné lecture du rapport sur la question des maternités. Après une vive discussion, à laquelle ont pris part un grand nombre de membres, les conclusions du rapport ont été adoptées avec quelques modifications.

1° Urgence d'une réforme radicale dans le système d'assistance des femmes en couche;

2° Abandon complet des grandes maternités;

3° Remplacement des grandes maternités, avec école d'accouchement pour l'enseignement, par de petites maisons d'accouchements et chambres séparées;

4° Création d'une maison de rechange placée dans le voisinage de la maternité, avec mobilier distinct et séparation complète d'avec la direction médicale;

5° Extension, aussi grande que possible, de l'assistance à domicile, en fournissant aux femmes enceintes et aux accouchées des secours de toute nature.

M. LEFORT (de Paris) propose d'ajouter la conclusion suivante :

« Toutes les fois que les ressources de la ville le permettront, et surtout dans les cas d'épidémie dans un établissement, il est désirable que les femmes sans domicile soient accouchées au domicile des sages-femmes de la ville. »

Cette proposition est renvoyée à l'examen préalable de la 3e section.

M. JANSSENS donne ensuite lecture des travaux de la 5e section : rapport de M. Crocq : « Des moyens d'assainissement des ateliers où se manipule le phosphore. » Les conclusions suivantes sont adoptées.

1° La section de médecine publique émet le vœu que l'emploi du phosphore rouge amorphe soit substitué à celui du phosphore ordinaire dans toutes les fabriques d'allumettes.

2° En attendant l'adoption universelle de cette mesure radicale, elle recommande, dans les conditions actuelles de fabrication, les mesures suivantes, qui sont destinées à prévenir les accidents toxiques généraux, et plus spécialement la nécrose du maxillaire : installation de la fabrication dans des locaux suffisamment spacieux; ventillation puissante exercée au moyen des tuyaux d'appel établis dans le sol et aboutissant à une cheminée d'aspiration. Soins constants de propreté.

A côté de ces moyens physiques de préservation, vient se ranger l'emploi, comme antidote chimique, de l'essence de térébenthine dans les ateliers.

3° Les accidents locaux pourront être conjurés par des gargarismes asrtingents et surtout par l'obligation imposée aux fabricants de ne pas admettre dans leurs ateliers des ouvriers chez lesquels un examen préalable de la bouche a permis de constater que l'appareil dentaire est affecté de carie pénétrante ou de toute autre affection de nature à favoriser l'action nocive des vapeurs phosphorées.

4° Les enfants ne peuvent être employés dans les ateliers où l'on manipule le phosphore.

5° Lorsque les autorités permettent l'établissement de fabriques où l'on travaille cette substance, elles doivent imposer ces conditions et tenir la main à leur exécution, aussi bien dans l'intérêt des ouvriers que dans celui des fabricants, qui sont civilement responsables des accidents dus à leur incurie ou à leur négligence.

M. LE PRÉSIDENT donne ensuite la parole à M. de Ledeganck pour donner lecture des travaux de la 7e section : Des moyens de mesurer l'acuité de l'ouïe et d'enregistrer le degré de façon uniforme dans tous les pays, par M. le docteur Delstanche père.

L'assemblée adopte les conclusions de la section, formulées ainsi qu'il suit :

Tout examen complet du degré de l'ouïe chez les malades nécessite l'emploi des trois moyens suivants :

1° Le ton; 2° le diapason; 3° la voix.

M. DE SMETH donne lecture des travaux de la 8e section, sur la situation morale et légale et sur le placement des aliénés criminels et dangereux. Les conclusions suivantes ont été adoptées :

1° La section déclare que, dans les pays où le nombre des condamnés aliénés est suffisant pour créer un service hospitalier complet, il y a lieu de séparer complétement cette catégorie de malades;

2° Adoptant la conclusion du rapport de M. Semal, la section émet le vœu que, dans tous les autres cas, ces malades restent confondus avec les autres aliénés et soient soumis au régime de surveillance et d'isolement que nécessitent leur état mental et la sécurité de leur entourage.

Enfin M. Belval donne lecture des travaux de la 9e section : De l'établissement d'une pharmacopée universelle.

Les conclusions adoptées sont que la section, se ralliant aux vœux émis antérieurement sur l'utilité d'une pharmacopée universelle officielle, propose au congrès d'attendre communication du projet rédigé à Saint-Pétersbourg, pour s'occuper de cette question. Cette section admet aussi l'amendement de M. Gille, par lequel elle charge les organisateurs du congrès de Bruxelles de prendre les mesures qu'ils croiront nécessaires pour aboutir.

SÉANCE GÉNÉRALE DU 22 SEPTEMBRE 1875.

MM. MOHAUX et CARPENTIER donnent lecture du procès-verbal des travaux de la première section sur le rapport de M. Lefebvre : la prophylaxie du choléra. L'assemblée adopte, après de légères modifications, les conclusions de la section :

I. La prophylaxie du choléra asiatique doit avoir pour base une notion étiologique aussi complète que possible de la maladie.

II. Le choléra est une maladie *spécifique*, c'est-à-dire qu'elle est produite par un principe morbide toujours le même, et qu'elle ne peut être produite par d'autres causes.

III. Le principe cholérigène nous est inconnu dans son essence, comme du reste le principe générateur de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, etc., mais nous possédons des connaissances très-importantes au point de vue de la prophylaxie, sur son origine, ses attributs, les lois de sa propagation et de son évolution.

IV. *Origine*. Le miasme cholérigène se développe spontanément dans certaines contrées de l'Inde, spécialement le delta du Gange et les contrées basses qui environnent Madras et Bombay. En partants de ces foyers originels, il s'est transporté à différentes reprises en Europe, en Afrique, en Amérique, en constituant ces grandes épidémies qui sont présentes à tous les souvenirs.

Toutefois, on a vu se produire en Europe des explosions plus limitées de choléra asiatique après la disparition des grandes épidémies dont il vient d'être question. Ces explosions sont-elles dues à la production spontanée, sur le sol européen, du miasme cholérigène, ou bien faut-il les attribuer au développement tardif de miasmes laissés, en quelque sorte, en provision par l'épidémie asiatique précédente? Le rapporteur adopte cette dernière opinion.

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins vrai que le choléra indien peut s'acclimater en Europe, soit par la production spontanée, sur notre sol, de son principe générateur, soit par la conservation et la régénération indéfinie du miasme arrivé primitivement de l'Inde.

V. *Attributs du miasme cholérigène*. 1° Ce miasme se régénère dans le sujet qui est atteint du choléra et transporté de là sur des individus sains; il provoque chez eux le développement de la maladie; en d'autres termes, le choléra est essentiellement contagieux.

2° Le miasme cholérigène se conduit à la manière des corps solubles et volatils : ainsi il se dissout dans l'eau, il se répand dans l'atmosphère, où il se maintient à l'état de diffusion homogène, c'est-à-dire sans s'accumuler dans les points déclives.

3° Le pouvoir morbifique du miasme cholérigène est moins énergique, moins fatal dans son action que celui d'autres miasmes et d'autres virus connus.

4° Il est peu stable : il paraît se détruire très-promptement, surtout quand l'air est fortement ozonisé. Toutefois, dans certaines conditions de confinement, à l'abri de l'air, il peut se conserver très-longtemps.

5° Ce miasme est détruit par une température élevée (cent degrés et au-dessus) et par un certain nombre d'agents chimiques à affinités énergiques. Cette question réclame encore des études pour arriver à une précision et à une netteté véritablement pratiques.

6° Les individus exposés à l'action du miasme cholérigène acquièrent, au bout de quelque temps, une sorte d'accoutumance qui les met à l'abri de la maladie.

VI. *Lois de propagation du choléra asiatique*. 1° Le contage cholérique réside principalement, sinon exclusivement, dans les déjections du malade (matières vomies et surtout évacuations intestinales).

2° Il peut se transporter du sujet malade aux individus sains par différents véhicules, parmi lesquels il faut noter, après les déjections elles-mêmes :

Le malade ;

Le cadavre :

Les linges et les vêtements qui lui ont servi ;

Les appartements, les navires et les voitures où des cholériques ont séjourné ;

Les latrines;

L'eau, qui a pu être contaminée par les déjections cholériques ;

L'air, mais à faible distance, c'est-à-dire à quelques centaines de mètres ;

Les animaux, les marchandises qui ont pu être chargés de miasmes cholérigènes, etc.

VII. *Imprégnation cholérique et évolution*. 1° Le miasme cholérigène pénètre dans l'économie par la muqueuse pulmonaire et par les voies digestives.

2° La durée de l'incubation est de plusieurs heures à quelques jours au maximum.

3° Les conditions morales et hygiéniques de nature dépressive favorisent l'évolution de l'empoisonnement cholérique.

VIII. La prophylaxie du choléra dérive de ces notions étiologiques.

La première indication est de détruire, par les travaux d'assainissement, les foyers originels du choléra dans l'Inde, et ses foyers secondaires en Europe. Le second précepte est d'empêcher le transport du principe morbide dans les pays sains par toutes les mesures vraiment efficaces et compatibles avec les exigences de la civilisation moderne. La troisième règle prophylactique, c'est de neutraliser le miasme par des moyens désinfectants qu'il reste à déterminer.

Enfin il faudra s'attacher — c'est le quatrième et dernier précepte — à diminuer les ravages du choléra par des mesures hygiéniques bien entendues.

Le congrès espère que les travaux d'assainissement entrepris dans l'Inde par l'Angleterre seront menés à bonne fin et parviendront à éteindre le foyer originel du choléra asiatique.

M. LEFEBVRE attire spécialement l'attention de l'assemblée sur l'action de la chaleur comme agent désinfectant. Il rappelle son efficacité pour la désinfection, d'après le procédé de Vleminckx, des vêtements de sujets atteints de la gale, et conseille l'établissement d'étuves sèches dans tous les hôpitaux et même dans les maisons privées.

Après quelques observations de MM. Ahmet Semmola et de Sigmund, le débat est clos.

M. MASOIN donne lecture des travaux de la 4e section, sur le rapport de MM. Masius et Van Lair : *Des nerfs vaso-moteurs, et de leur mode d'action*. Les conclusions de ce rapport sont :

Les nerfs vaso-moteurs font partie du système nerveux végétatif; ils ont leur origine principale dans la moelle épinière et le bulbe rachidien ; ils naissent accessoirement de la portion sus-bulbaire de l'encéphale, des ganglions du sympathique situés sur les cordons et répartis à la périphérie sur le trajet des fibres nerveuses.

Pour aller de l'axe médullaire aux cordons latéraux, les nerfs vaso-moteurs passent par les racines antérieures ; ils se rendent aux vaisseaux, soit en s'unissant aux nerfs rachidiens et crâniens, soit en accompagnant les artères.

Les nerfs vaso-moteurs, dans leur trajet à travers la moelle, restent dans la moitié d'où ils naissent.

L'influence des parties de l'encéphale, au contraire, situées en avant des tubercules quadrijumeaux, est croisée.

Au point de vue de sa composition physiologique, on peut considérer l'appareil vaso-moteur comme constitué par des centres principaux et par des fibres nerveuses dont la plupart réunissent entre eux les divers centres. Les centres sont l'axe cérébro-spinal, d'une part, et, de l'autre, l'ensemble des cellules nerveuses distribuées à la périphérie du système vasculaire (centres toniques). Les fibres unissantes sont de deux ordres : ce sont des fibres vaso-constrictives et des fibres vaso-dilatatrices, en partie centripètes, en partie centrifuges. Les deux espèces de fibres sont sans doute le plus souvent réunies dans un même nerf ; toutefois les filets vaso-dilatateurs sont en général en plus grand nombre et plus actifs ; ils relâchent les parois vasculaires en diminuant l'activité des centres toniques.

En outre, des fibres vaso-constrictives et vaso-dilatatrices partant de la périphérie se rendent aux centres toniques, et ceux-ci émettent à leur tour des fibres exclusivement constrictives qui se répandent dans les parois des vaisseaux.

M. BOUILLAUD prend la parole pour signaler l'analogie si grande qui existe entre les mouvements rhythmiques des artères et ceux du cœur lui-même. Il fait remarquer les conséquences pathologiques que toute altération des parois artérielles doit, à l'égal des altérations de la paroi cardiaque, nécessairement amener dans le mécanisme des fonctions circulatoires.

M. BOUCHUT lit un mémoire sur la cérébroscopie et les résultats auxquels a conduit l'application de l'ophthalmoscope à la diagnose

des maladies cérébrales. Il fait passer dans l'assemblée diverses pièces pathologiques à l'appui de ses observations.

M. LEUDET développe le résultat de ses études sur l'état mental des alcoolisés dans les différentes classes de la société.

M. PALASCIANO lit un mémoire sur l'hygiène des tombeaux et exprime le vœu de voir rentrer dans les mœurs la crémation des cadavres.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine. — Avis à MM. les étudiants : la bibliothèque et les musées seront ouverts à partir du 18 octobre courant, savoir : la bibliothèque, de onze heures du matin à quatre heures de l'après-midi, et de sept heures à dix heures du soir ; les musées, de onze heures du matin à une heure de l'après-midi.

Amphithéâtre d'anatomie (année 1875-1876). — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 18 octobre, à l'amphithéâtre de l'administration, rue du Fer-à-Moulin, 17.

Les cours auront lieu tous les jours, à huit heures, dans l'ordre suivant :

1° *Anatomie topographique.* — M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les mardis et vendredis ;

2° *Anatomie descriptive.* — M. le docteur Terrillon, prosecteur, les lundis et jeudis ;

3° *Physiologie.* — M. le docteur Marchand, prosecteur, les mercredis et samedis ;

4° *Histologie.* — M. le docteur Grancher, chef du laboratoire, les mardis et vendredis, à deux heures.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques. — Le musée sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

— Le jury du concours de l'internat est définitivement constitué de la façon suivante :

MM. d'Heilly, Lancereaux, Ferrand, Vidal, Maisonneuve, Richet, Lucas-Championnière.

— *Société de biologie.* — La Société de biologie reprendra ses séances le samedi 6 novembre, à quatre heures.

— L'année scolaire 1875-1876 est commencée depuis le 15 septembre dernier à l'université de Vienne. Il y aura pendant le semestre d'hiver 166 cours différents faits par 98 professeurs titulaires et particuliers (privat docentes).

En 1875, l'université de Vienne a compté 3,919 étudiants inscrits : 3,108 ordinaires et 811 extraordinaires. Ils doivent être ainsi répartis entre les différentes facultés :

Faculté de droit, 1,669; Faculté de médecine, 1,206; Faculté de philosophie, 872; Faculté de théologie, 172.

Dans le second semestre, les étudiants en droit ont été les plus nombreux. C'étaient les étudiants en médecine qui l'avaient été pendant le semestre précédent.

La marine a envoyé le plus grand nombre d'étudiants en droit (258) et de philologues (172). C'est de Hongrie qu'est venue la plus grande quantité d'étudiants en médecine (393) et en théologie (79). Parmi ces derniers, on en trouve 3 pour 100 environ qui se destinent à l'église militante ; la plupart d'entre eux sont de la basse Autriche. La plupart des auditeurs étrangers que l'on trouve à l'université de Vienne appartiennent à la Faculté de médecine (*Wiener Med. Presse.*)

— *Cours de technique microscopique.* — M. le docteur Lateux, sous-chef de laboratoire d'histologie des cliniques, recommencera son cours le lundi 11 octobre.

Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en état de faire toutes les manipulations micrographiques et d'analyser les pièces que présente journellement la pratique médicale.

Ils seront donc exercés individuellement et répéteront eux-mêmes toutes les expériences (étude des tissus normaux et des principaux tissus pathologiques, coupes, injections, montage et conservation des préparations, etc.),

Ce cours aura lieu les lundis, mercredis et vendredis, et durera environ six semaines.

— M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie, commencera son cours d'anatomie le lundi 18 octobre, à midi et demie. Le programme complet des leçons se trouve dans le nouveau *Guide de l'étudiant.*

On s'inscrit rue Jacob, 21, de dix heures à onze heures du soir, ou de midi à deux heures, rue Antoine-Dubois, 2.

— M. le docteur Archambault, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades (rue de Sèvres), commencera le vendredi 15 octobre, à neuf heures et demie, des conférences cliniques qu'il continuera les vendredis suivants, à la même heure.

— Nous avons reproduit dans notre numéro du 2 octobre, en les attribuant au *Marseille médical*, quelques renseignements sur la transformation de l'École de médecine de Marseille ; ces renseignements appartiennent au *Sud médical.*

Recherches expérimentales sur le mécanisme de la déglutition, par le docteur Louis FIAUX. — 1 vol. gr. in-8° de 150 pages avec 2 planches. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1875, P. Asselin.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 120. — MARDI 12 OCTOBRE 1875. 48e ANNÉE. MARDI 12 OCTOBRE 1875. — N° 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 11 octobre 1875.

La médecine, trop à l'étroit dans les frontières de chaque pays, parfois arrêtée localement dans son essor par des influences d'intérieur, toujours en arrière de ce qui se passe à l'étranger, se donne rendez-vous dans des congrès internationaux où chacun a une plus grande liberté de parole et d'action. Là, les représentants des différentes nations peuvent discuter à leur aise certaines questions de médecine, de chirurgie et d'hygiène publique indiquées d'avance ou faire porter à l'ordre du jour des questions nouvelles d'un intérêt général, qui, de là, se disséminent dans tous les pays du monde. Tel est le but de ces congrès médicaux périodiques, ayant lieu tous les deux ans et dont les résultats sont généralement bien appréciés. Sans doute, il y a bien des non-valeurs mêlées à la masse des communications qui se produisent, mais l'ensemble est plein d'intérêt.

Déjà, dans Paris, à Vienne et à Florence, des congrès internationaux de médecine se sont réunis et ont fonctionné au grand avantage de la science. La quatrième session vient d'avoir lieu à Bruxelles, sous le patronage du gouvernement de la Belgique, qui a donné toutes les facilités désirables pour la réussite de cette œuvre. Le roi, par sa présence à l'ouverture de la première séance, le ministre de l'intérieur M. Delcour, le bourgmestre de la ville M. Anspach, par leurs réceptions du corps médical, ont montré tout l'honneur qu'ils voulaient faire à ces assises scientifiques. On ne pouvait rien souhaiter de mieux pour l'encouragement de ceux qui sacrifient momentanément leurs intérêts particuliers dans le but d'apporter quelque lumière dans les questions médicales encore controversées.

C'est de cette manière flatteuse et brillante à la fois que le congrès a commencé ses travaux. MM. les docteurs Vleminckx, Deroubaix, Croq, Warlomont, secrétaire général, Duwest et Verrist, secrétaires particuliers, qui, depuis dix-huit mois, avaient tout préparé comme programme des travaux, ont été maintenus au bureau par un vote unanime et à la satisfaction générale.

Aussitôt après, le président désigne comme présidents d'honneur MM. Critchett et Bowman pour l'Angleterre; Hebra et Sigmund pour l'Autriche; Jaccoud, Bouillaud, Verneuil, Larrey pour la France; Semmola et Palacciano pour l'Italie; Langenbeck pour l'Allemagne; Marcowitz pour la Roumanie; Ahmet pour la Turquie; Douders pour les Pays-Bas, etc.

Les médecins français y étaient très-nombreux. Nous y avons remarqué MM. Édouard Meyer, de Paris, le savant oculiste; Giraud-Teulon; Javal; Gallard, de la Pitié; Forget; Beaumetz; Audiger; Parize et Houzé, de Lille; Mallez, Chéron, Vérité, Magitot, Onimus, etc.

Le congrès s'était fractionné en plusieurs sections, représentant les différentes branches des sciences médicales. Chacune d'elles avait des questions à étudier, à discuter, à résoudre, et à proposer des conclusions à l'Assemblée générale. Ainsi ont été discutées et résolues :

1° La question relative à la *prophylaxie du choléra*, c'est-à-dire des moyens à proposer aux gouvernements pour empêcher le retour de ces épidémies meurtrières qui depuis quarante ans portent la désolation sur le globe. Cela n'a pas été l'opinion de quelques personnes isolées, cherchant à faire prévaloir une théorie probable dans un pays et insoutenable dans un autre. En votant les conclusions du rapport judicieux de M. Lefebvre, le congrès a été au contraire l'expression d'une pensée commune aux médecins grecs, roumains, russes, autrichiens, français, belges, etc., qui tour à tour ont été les témoins de cette affreuse maladie. Il a affirmé que si le miasme cholérique est inconnu dans sa nature, on sait où il réside, dans quelles sécrétions ou excrétions il se trouve, et enfin comment il peut être neutralisé par la destruction, par la désinfection de certains produits et par des mesures sanitaires internationales que les gouvernements devraient adopter.

2° La question de l'*alcool en médecine* est devenue d'une importance considérable depuis que cette substance a été remise en honneur dans ces dernières années. Et l'on a vu là des médecins de toutes les nations, ayant une grande expérience du sujet, discuter ces conclusions générales : que l'alcool à dose toxique abat, déprime et refroidit, ce qu'il était utile de dire; puis qu'à dose modérée il arrête la dégénérescence des organes, excite, ranime et rend de très-grands services, même dans les maladies aiguës fébriles.

Le congrès a pensé qu'il fallait restreindre un peu l'emploi de l'alcool dans les maladies aiguës. Il a dit avec raison qu'à la dose où il est possible de l'employer, l'alcool n'a aucun effet réfrigérant appréciable, et en résumé la discussion n'a pas été très-favorable à l'emploi systématique de cette substance.

3° La question de *l'inoculabilité du tubercule*, ce produit morbide dont le développement engendre la phthisie pulmonaire et intestinale, la méningite tuberculeuse, la plupart des maladies des os, les abcès glandulaires du cou, etc. C'est un

sujet nouveau qui date à peine de quelques années et qui n'a pas encore reçu de solution définitive. Ici le congrès a admis, avec M. Crocq, son rapporteur, que le tubercule est un résultat d'inflammation; qu'il est inoculable, mais qu'il peut résulter de l'introduction dans l'économie de substances diverses dépourvues de toute action spécifique. C'est, en effet, ce qui semble résulter des observations et des expériences faites dans tous les pays par un grand nombre de médecins.

4° La question *de l'anesthésie chirurgicale*, c'est-à-dire des moyens de supprimer la douleur sans danger pour le patient. C'est qu'en effet tous les moyens d'anesthésie sont de temps à autre, très-rarement, il est vrai, causes d'accidents mortels. Dans quelles conditions offrent-ils du danger? Quels sont ceux qui en offrent le moins? Le congrès s'est occupé de l'éther, qu'on avait abandonné pour employer le chloroforme, et il paraît qu'on ferait bien d'y revenir. Beaucoup de chirurgiens, après essais comparés, trouvent qu'il est moins dangereux que l'autre. On s'est occupé aussi du chloral à dose anesthésique, des injections intra-veineuses de chloral défendues par MM. Oré et Deneef; mais ces chirurgiens sont restés seuls de leur avis. A cette occasion M. Bouchut a fait connaître, d'après plus de huit mille observations, l'action anesthésique du chloral par l'estomac chez les enfants, effet qu'on ne peut produire chez l'adulte. Chez les enfants, le chloral, donné en une fois à dose convenable, les anesthésie pendant quatre heures, et l'on peut profiter de ce sommeil pour ouvrir des abcès ou arracher des dents.

5° La question *du pansement des plaies après les opérations* est venue ensuite : chose curieuse, il semble que la section chargée de présenter des conclusions à faire adopter par le congrès ait reculé devant la crainte de formuler un jugement sur les modes nouveaux de pansement de Lister et d'Alphonse Guérin. Ce n'est cependant pas bien difficile de dire quel est le meilleur moyen de pansement des plaies. Le sujet est loin d'être neuf, et il n'est guère permis de croire que des chirurgiens n'aient pas une opinion faite à cet égard. Nonobstant, la section a décidé qu'elle ne proposerait pas de conclusions sur ce sujet.

6° La question *des maternités*, c'est-à-dire des *moyens de diminuer la mortalité des femmes en couches*, lorsqu'elles n'ont pas de domicile convenable. C'est la question qui a le plus excité l'attention de l'assemblée générale. Cela se comprend. Quand on pense qu'un acte qui n'est qu'une fonction naturelle se termine souvent par la mort de celle qui l'accomplit, et que ce résultat semble résulter du système d'assistance employé, il est bien naturel que la science cherche les moyens d'améliorer un pareil état de choses.

Sur les conclusions du rapport de M. Feignaux, légèrement modifiées, le congrès a décidé : qu'une réforme radicale devait être apportée dans le système des secours donnés aux femmes en couches; — que les grandes maternités devaient être complétement abandonnées et remplacées par de petites maisons d'accouchement à chambres séparées, disposées d'une façon spéciale; — enfin, que l'on devait donner autant d'extension que possible à l'assistance à domicile, ce qui se fait à Paris de la façon la plus heureuse, puisque l'administration a fait ainsi tomber à 2 pour 100 une mortalité de 27 pour 100.

7° La question des *moyens d'assainir les ateliers où se manipule le phosphore* dans la fabrication des allumettes. Là le congrès a émis le vœu que le phosphore rouge amorphe et *inoffensif* soit substitué au phosphore blanc, si dangereux, actuellement en usage; puis il a adopté la plupart des conclusions présentées par le rapporteur, M. Crocq.

8° La question relative au *moyen de mesurer l'acuité de l'ouïe* et d'en enregistrer le degré d'une façon uniforme pour tous les pays.

9° La *situation morale et légale des aliénés*, ainsi que le placement des aliénés criminels et dangereux.

10° La question du *mode d'action des nerfs vaso-moteurs*, qui a été discutée sans que le congrès adopte de conclusions définitives.

11° Une question relative à *la valeur des circulations artificielles*, sujet qui a paru obscur et que le congrès a laissé sans conclusions.

12° La grande question de *l'organisation d'un service d'hygiène publique* dans chaque pays et dans tous les pays en général, de façon que pour protéger la santé publique des mesures protectrices uniformes, et au besoin internationales soient adoptées. Le congrès a sanctionné toutes les conclusions du rapport de M. Vleminckx.

13° Le sujet *des défectuosités de la vision au point de vue du service militaire.*

14° Un rapport *sur les défectuosités de l'organe auditif* au point de vue du service militaire.

15° La question importante *de la fabrication de la bière* et des moyens d'empêcher sa falsification.

16° La question de l'établissement *d'une pharmacopée universelle*, écrite en latin, indiquant les poids et mesures d'après le système décimal, les températures d'après l'échelle centigrade, les noms chimiques d'après la nomenclature de Berzélius. Ce travail est en préparation à Saint-Pétersbourg et mérite toute la considération du corps médical.

Après ces questions principales, sont venues les sujets particuliers apportés par les membres du congrès et sur lesquels l'assemblée générale n'avait pas à se prononcer.

Il y en a eu de très-intéressants sur le *pansement à faire dans la taille*, par M. Mallez; — sur les *propriétés désinfectantes de l'acide picrique*, par M. Chéron; — sur les *accidents* et sur les *appareils de transfusion*, par MM. Casse et Oré; — sur le *traitement des fractures*, par M. Guillery; — sur *l'état mental des alcoolisés* dans les différentes classes sociales, par M. Leudet; — un travail sur *l'hygiène des tombeaux*, par M. Palasciano de Naples, et cette communication avait pour but la défense de la crémation des corps; — un mémoire de M. Semmola sur *la nature et le traitement de l'albuminurie*; — une communication de M. Pini de Milan sur les moyens de guérir *les enfants rachitiques*; — sur la *fragmentation de la pierre dans la vessie*, par Debout; — une lecture de M. Vérité sur le *psoriasis des ongles*; — sur les *nerfs sécréteurs des glandes salivaires*, par M. Franck; enfin, sur le *diagnostic des maladies du cerveau et de la moelle par l'ophthalmoscope*, par M. Bouchut. A ce sujet, l'auteur fait passer dans l'assemblée générale toutes les planches d'un nouvel atlas d'opthalmoscopie médicale de 120 figures, et des pièces anatomiques relatives aux tubercules de la choroïde, indiquant les tubercules du cerveau.

Le soir, dans une séance extraordinaire, au cercle artistique et littéraire de Bruxelles, dont la grande salle avait été mise très-gracieusement à sa disposition, M. Bouchut a continué sa démonstration. Là, avec des appareils de grandissement à la lumière du magnésium, il a pu montrer sur un vaste écran, avec toutes leurs couleurs éclatantes, les lésions du fond de l'œil qui font reconnaître la méningite simple, la méningite tuberculeuse, la méningite typhoïde, etc. Si, pour l'homme qui observe l'œil est le *miroir de l'âme*, pour le médecin c'est le *miroir du cerveau.*

Il a terminé en indiquant, d'après l'état du fond de l'œil, le

moyen de ne pas être enterré vivant. En effet, tant que l'homme peut vivre, le fond de l'œil est rouge, avec le disque blanchâtre du nerf optique au centre. Aussitôt après la mort, tout se décolore et devient gris comme de l'étain oxydé, le nerf optique disparaît, et on ne voit plus que quelques vaisseaux dont la colonne sanguine est brisée. C'est là un signe immédiat et certain de la mort.

Dans une autre soirée, M. Marey a été appelé à faire voir les avantages de la *méthode graphique en physiologie*. Il s'est servi de la lumière électrique, et est ainsi arrivé à faire écrire par ses appareils des tracés qui représentent les mouvements du cœur et du pouls; les mouvements respiratoires, les contractions musculaires, etc. La séance a été très-intéressante.

Tel a été le programme de ce congrès, où tout semble s'être réuni pour lui donner l'importance sans laquelle les réunions de ce genre sont inutiles. Grâce aux soins de la commission organisatrice et à l'entente remarquable qui a présidé à l'installation des sections et au choix des sujets à discuter, cette semaine aura eu d'excellents résultats pour la science. Elle n'aura pas été moins utile aux médecins qui, venus des différents pays de l'Europe, ont eu là l'occasion de se connaître et de s'apprécier dignement. Disons enfin que si la Belgique a été, comme l'a dit son bourgmestre, heureuse de recevoir tant de médecins éminents réunis dans le but désintéressé de concourir au progrès des sciences médicales, ces médecins ont été si cordialement reçus et si gracieusement traités, qu'ils en conserveront éternellement le bon souvenir. E. BOUCHUT.

HOPITAL COCHIN. — M. BUCQUOY.

Cirrhose du foie.

Une des causes les plus communes de l'ascite est, à coup sûr, l'affection du foie désignée sous le nom de cirrhose. Cette dénomination, que l'on doit à Laënnec, n'a par elle-même aucune espèce de sens; elle ne préjuge en rien la nature de la maladie. A cette époque, du reste, les anatomistes, et Laënnec lui-même, avaient sur cette lésion du foie les notions les plus erronées.

C'est en Angleterre, au commencement de ce siècle, que Baillye, le premier, établit la corrélation de cette altération spéciale du foie avec les habitudes alcooliques; mais il faut arriver jusqu'à 1830 ou 1832 pour trouver les premières notions sur la nature même de la cirrhose. Ce fut Kiernan en Angleterre, Hallmann en Allemagne, qui les premiers reconnurent que la lésion siégeait dans le tissu cellulaire interstitiel du foie. Guglo, Rokitansky, Eppolzer, Andral, Gubler, Henoch, Bamberger, Freerichs, après eux, soutirent cette manière de voir.

Ainsi donc, on peut admettre qu'il y a dans la cirrhose trois points principaux : une altération spéciale du foie se rapportant à l'inflammation de cet organe; l'ascite, qui en est la conséquence, et l'alcoolisme, cause la plus ordinaire de la maladie.

Voici maintenant l'observation de l'individu qui va nous fournir la matière de cette leçon. C'est un homme de quarante-sept ans, couché depuis le 13 février dernier, au n° 18 de la salle Saint-Jean. Sa maladie, dit-il, ne date que de six mois; il affirme très-positivement que jusque-là sa santé a toujours été très-bonne. Ses antécédents directs sont excellents : son père et sa mère vivent encore; mais, du côté de ses collatéraux, il nous apprend qu'une de ses sœurs est morte hydropique, ayant subi plusieurs ponctions, et que deux autres ont succombé à la phthisie pulmonaire. Quant à lui, il n'a jamais commis d'excès alcooliques; il n'a pas l'habitude de se griser; mais, en le pressant de questions, il nous déclare que son ordinaire se compose de deux à trois litres de vin par jour, et que tous les matins il a l'habitude de prendre son vulnéraire. Aussi présente-t-il quelques symptômes d'alcoolisme chronique; il n'a, il est vrai, ni tremblement ni pituite, mais ses nuits sont agitées, son sommeil est fréquemment troublé par des cauchemars, et de plus sa peau est couverte d'une acné rosacée qui se rencontre assez fréquemment chez les buveurs.

Le premier symptôme qui attira son attention fut une sensation de gêne notable à l'épigastre et l'apparition d'une douleur sourde dans l'hypochondre droit. Malgré cela son appétit était conservé : il mangeait et digérait bien. Quelquefois cependant il avait un peu de diarrhée, qui se manifestait par des selles verdâtres, bilieuses. Bientôt son ventre présenta un volume assez considérable pour que la respiration fût extrêmement gênée et que cet homme se vît forcé de suspendre son travail. Il se soigna chez lui : il prit du vin diurétique, et s'était même fait pratiquer une ponction qui avait donné issue à environ deux cuvettes de liquide, quand il se décida à entrer à l'hôpital.

Nous constatâmes alors qu'il était déjà arrivé à un degré de cachexie assez avancé : le ventre était volumineux, et contrastait par son développement énorme avec la partie supérieure du corps, qui présentait une maigreur notable. Il n'y avait pas d'œdème aux jambes.

Le malade n'accusait pas de grands symptômes : il avait quelquefois des vomissements et se plaignait surtout de la gêne de la respiration. Les signes de l'ascite étaient des plus évidents, et le ventre présentait en outre un certain degré de météorisme qui a persisté pendant toute la durée de la maladie.

Après avoir constaté les signes de l'ascite, nous cherchâmes s'il y avait un développement supplémentaire du réseau veineux sous-cutané abdominal. Il n'en était rien encore; ce ne fut que quelques jours après que l'on commença à voir ces veines présenter un volume considérable.

Quant au foie, malgré l'ascite, il était encore possible de constater qu'il débordait notablement les fausses côtes et qu'il remontait presqu'au niveau du mamelon. A mesure que la maladie fit des progrès, nous avons pu suivre cet organe dans son travail de rétraction.

La partie qui débordait la fausse côte était, à la palpation, dure, résistante, mais ne présentait ni mamelons ni irrégularités; les urines étaient peu abondantes, généralement sédimenteuses, et le dépôt ne présentait pas la teinte purpurine qu'on observe souvent en pareil cas.

L'examen des autres organes a fourni des résultats absolument négatifs; les poumons ne présentaient ni râle ni signes d'épanchements; on ne trouvait au cœur ni bruit de souffle, ni aucun indice d'une altération des valvules.

Pendant le séjour de deux mois que cet homme fit à l'hôpital, la cachexie ne cessa de faire des progrès incessants. Le ventre se distendit considérablement, et trois fois nous fûmes obligés de faire des ponctions qui donnèrent successivement douze, dix et douze litres de sérosité ayant les caractères ordinaires du liquide de l'ascite.

Enfin il s'affaiblissait de plus en plus, lorsque, le 12 avril, un érysipèle se déclara sur le nez et gagna les parties latérales des joues, amenant avec lui un léger état fébrile. Le malade tomba alors dans un état adynamique profond et succomba le 17 avril.

A l'autopsie, le cadavre présentait une saillie énorme de

l'abdomen qui contrastait avec la maigreur extrême de la cachexie cirrhotique. Les traces d'acné avaient disparu et quelques taches ecchymotiques se montraient sur les jambes.

La cavité abdominale, lorsqu'on l'ouvrit, donna issue à une quantité considérable de sérosité. Le météorisme existait à un haut degré : le gros intestin, le côlon transverse, formaient une saillie notable.

Le foie, quoique complétement dissimulé sous le côlon, était encore volumineux. Sa couleur, bien différente de celle du foie normal, était grisâtre ; sa surface, assez régulière en masse, présentait un semis de granulations grises demi-transparentes et fort étendues. Les dimensions étaient les suivantes : diamètre transversal, 28 centimètres; diamètre antéro-postérieur, 17 centimètres; diamètre vertical, 8 centimètres et demi. Enfin il ne s'affaissait pas sur la table, mais conservait sa forme en vertu de la dureté et de la résistance de son parenchyme.

A la coupe, on apercevait des marbrures blanches au milieu desquelles la substance propre du foie se présentait avec une coloration d'une teinte jaune pâle, demi-transparente dans les points où elle était le moins altérée. Ces marbrures étaient bien plus accentuées dans le lobe droit, où elles formaient de véritables îlots, que dans le lobe gauche et le lobe de Spigel. La vésicule biliaire était remplie d'un liquide vert, limpide.

Le foie, à sa partie inférieure, avait contracté des adhérences intimes avec le rein droit, dont la capsule était épaissie et blanchâtre. Ces adhérences s'étendaient au loin et reliaient encore l'estomac, le côlon, le rein gauche. Il y avait là des traces de péritonite sus-ombilicale.

En dehors de ces adhérences, le péritoine ne présentait pas d'altération spéciale indiquant une inflammation plus ou moins vive de la séreuse. Cependant, en certains points, il offrait des plaques rouges au milieu desquelles on trouvait de véritables petites ulcérations.

L'intestin grêle ne présentait rien de particulier; mais, dans le gros intestin et au niveau du côlon transverse, on apercevait une large tache ecchymotique due à la production d'une hémorrhagie sous-muqueuse. Les franges qui règnent tout le long du bord du gros intestin étaient bleuâtres, analogues à un chapelet hémorrhoïdal, et présentaient à la coupe une substance granuleuse, jaunâtre, n'offrant pas la moindre trace de vascularisation.

Du côté de la cavité thoracique, on trouvait, à la face inférieure des poumons, surtout du droit, des adhérences assez intimes de ces organes avec le diaphragme. Dans son tissu le poumon présentait quelques tubercules crus.

Du côté du cœur, l'anneau fibreux de l'orifice mitral légèrement épaissi; une lame de la valvule était rétractée et présentait quelques petites altérations, pas assez avancées pour déterminer, durant la vie, la production d'un souffle.

L'aorte présentait quelques petites plaques athéromateuses. Enfin, le long de la colonne vertébrale, le plexus veineux avait subi une dilatation considérable.

Le cerveau et la moelle, qui pendant la vie n'avaient donné lieu à aucun symptôme, ne furent pas examinés. Il est probable qu'ils étaient intacts. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 octobre 1875. — Présidence de M. Woillez.

RAPPORT

Prix Philipps. — M. Archambault, au nom de la commission du prix Philipps, composée de MM. Bergeron, Parrot et Archambault, lit un rapport sur les deux mémoires qui ont été adressés à la Société.

Sur la proposition de M. le rapporteur, un encouragement de 400 francs est accordé à l'auteur du deuxième mémoire, portant pour épigraphe : *Quæ profiteor, profiteor expertus.*

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PLEURÉSIE GANGRÉNEUSE

Pleurésie avec gangrène, ponction, puis empyème, issue de lambeaux pulmonaires. Guérison. (Relation de la maladie du docteur D......). — M. Millard donne lecture de cette intéressante observation, dont le sujet a été pendant longtemps, pour le corps médical, l'objet de vives préoccupations.

Après avoir rappelé la part qu'ont prise avec lui MM. Nélaton, Denonvilliers, Béhier, Sappey et Potain à la guérison de notre distingué confrère, « ce n'était pas trop, ajoute M. Millard, de tant de science et de dévouement accumulés pour sauver une si précieuse existence, pour mener à bonne fin une maladie si grave, si longue, si pleine d'anomalies, d'obscurités et d'incidents... »

Au commencement de 1870, le professeur D......, âgé de quarante ans, était fatigué et toujours sous le coup d'un mouvement fébrile ; pas de maladies antérieures, seulement état dyspeptique et fréquentes migraines. Le vendredi 25 mars, douleur au côté gauche, qu'il prend lui-même pour une douleur rhumatismale sans importance.

Cette douleur devient très-aiguë, s'exaspère surtout par les mouvements. Le lendemain, ni fièvre, ni toux, ni expectoration, mais douleur persistante et très-aiguë au côté. Rien à l'auscultation ni à la percussion. Le soir, malaise inexprimable. Le dimanche 27, plus de doute possible : M. Millard constate tous les signes d'une pleurésie commençante. La douleur du côté est toujours aussi aiguë, acquiert même une intensité croissante, devient atroce et résiste à tous les moyens employés (ventouses scarifiées, injections morphinées, etc.). Pendant les jours suivants, aucune amélioration ; les signes deviennent de plus en plus manifestes et paraissent indiquer, suivant M. Millard, l'existence d'une pleurésie sèche, en nappe, ayant une grande disposition à s'étendre. M. Béhier, appelé deux jours après, croit à une pneumonie corticale plutôt qu'à de la pleurésie. Toujours ni toux, ni expectoration ; fièvre modérée. M. Béhier conseille la potion de Tood et douze sangsues appliquées sur le point douloureux. Malgré ces moyens, la douleur persiste.

M. Millard signale ce fait en passant que, pendant tout le cours de cette longue maladie, jamais le cœur n'a présenté aucun signe morbide, et battit constamment à sa place, même alors que le côté gauche contenait plusieurs litres de liquide. Cette fixité du cœur était due, sans doute, à d'anciennes adhérences.

Les jours suivants, la matité s'étend de plus en plus et finit par occuper tout le côté gauche. La fièvre s'accroît et devient plus constante ; la dyspnée apparaît. Traitement : vésicatoires, sulfate de quinine, injections de morphine. Ces dernières parviennent seules à calmer pour quelque temps ces douleurs.

La dyspnée va en augmentant les jours suivants, les douleurs persistent, la fièvre s'accroît ; le malade éprouve en outre une dysphagie continuelle ; on observe quelques accidents dus à l'application répétée des vésicatoires (quatre en cinq jours) et aux injections de morphine (4 centigrammes en une nuit). Bientôt la respiration devient courte et fréquente (digitale et sirop de codéine), l'état de la poitrine est stationnaire, mais la fièvre persiste et les crises douloureuses se rapprochent de plus en plus ; les injections de morphine seules procurent quelque temps de calme. Enfin, après un grand nombre d'injections, et en particulier une injection de 20 gouttes de chlorhydrate de morphine, cette horrible douleur, qui a persisté pendant dix jours et dix nuits, cesse tout à coup pour ne plus reparaître. Cette douleur caractérise, pour ainsi dire, la première période de la maladie de M. D......

A partir de ce moment (4 avril), la scène change : calme relatif pendant très-peu de temps, puis malaise général, coliques abdominales, diarrhée, respiration fréquente, menaces continuelles de syncope ; fièvre persistante, dyspnée, affaiblissement, inappétence absolue. Traitement : extrait de quinquina, purgatif, cinquième vésicatoire. Le 6 août, on appelle M. Barth, qui, après un examen

minutieux, conclut à la présence d'un vaste épanchement dans le côté gauche, qu'il évaluait à 3 ou 4 litres, et à l'indication formelle d'une prompte thoracentèse.

M. Barth ajoute cette réflexion que presque toujours, quand la pleurésie s'accompagne de douleurs aussi vives et aussi prolongées, on trouve à l'autopsie de la gangrène. Le soir même, M. Dieulafoy est prié de pratiquer une ponction avec l'aiguille aspiratrice; cette ponction ne donne aucun résultat; une seconde ponction, pratiquée aussitôt un peu plus haut et plus en arrière, donne issue à du sang rutilant mêlé de bulles d'air. En même temps, M. D...... tousse et crache un liquide aéré et sanguinolent, en disant : Voilà le résultat de l'aspirateur. M. Barth, obligé de partir, n'avait pu assister à l'opération.

On eut recours à un sixième vésicatoire et à une médication tonique. La fièvre, d'abord continue, présente maintenant des paroxysmes réguliers chaque jour : sulfate de quinine. Le 8 avril, septième vésicatoire. Le 9, légère amélioration, mais toute passagère. Le 11, huitième vésicatoire : grande fatigue, quintes de toux plus fréquentes, nuits mauvaises. La fièvre ne cesse pas et présente des redoublements irréguliers. Le mercredi 13, on constate qu'un abcès tend à se former dans l'emplacement du vésicatoire du début. Mais cet abcès est insuffisant pour expliquer l'intensité et la persistance de la fièvre. Le vendredi 15, accès de toux de trois heures, suivi d'une grande fatigue; redoublement d'oppression; le soir, nouvel accès de toux amenant l'expectoration de matières désagréables au goût et légèrement fétides; un foyer venait de se faire jour à travers les bronches, foyer plutôt purulent que gangréneux, car l'odeur n'était pas celle de la gangrène; l'haleine ni les crachats ne présentaient la fétidité caractéristique. Il était impossible de déterminer exactement le siége de ce foyer.

La fièvre et la dyspnée persistent; les forces se perdent, le visage est altéré; et sauf la diarrhée, qui fait défaut, on constate tous les signes d'une fièvre hectique épuisant le malade.

A partir de ce moment MM. Nélaton, Denonvilliers, Sappey et Potain prennent part à la médication.

L'état du malade devient de plus en plus inquiétant et réclame une intervention prompte et énergique. M. D...... se considère comme perdu et inscrit lui-même sur l'*Agenda médical* les noms des confrères qui doivent être conviés à son enterrement.

Le mardi 15 avril, MM. Nélaton, Béhier, Sappey et Denonvilliers, Potain et Millard se réunissent dans une consultation solennelle et s'accordent à suivre la marche suivante : une aiguille aspiratrice serait enfoncée dans le point qui paraîtrait le plus favorable pour rencontrer le foyer, et, si elle amenait du pus, serait aussitôt retirée pour faire place à un trocart ordinaire, lequel, après l'évacuation du pus, serait remplacé par un tube en caoutchouc. Ce programme fut exécuté de point en point. M. Nélaton enfonça l'aiguille de l'aspirateur dans le septième espace intercostal : le pus apparut aussitôt; l'aiguille est retirée et remplacée par un trocart enfoncé exactement dans le même point. M. D...... sentit qu'il fallait comme un second effort pour faire pénétrer l'instrument et s'écria : « Maître ! vous êtes dans une cavité. » 2 kilog. 450 grammes d'un pus d'une fétidité repoussante s'écoulèrent par la canule.

Le diagnostic porté par M. Barth treize jours auparavant se trouvait justifié. Un tube en caoutchouc fut fixé à la place de la canule; un second tube faisait l'office d'un siphon continu et conduisait le pus dans un vase situé au pied du lit.

L'état général du malade et les signes physiques ne furent pas tout d'abord sensiblement modifiés; cependant il n'y eut pas, le jour de l'opération, de redoublement de fièvre; des lavages furent faits dans la poitrine, d'abord trois fois, puis deux fois par jour avec une grande régularité; on employait pour ces lavages de l'eau tiède chargée d'acide phénique. La fièvre persista, mais très-modérée; on institua un traitement qui consistait à alimenter le malade, à soutenir ses forces par des toniques et à lui donner toujours du sulfate de quinine.

Le 22 avril, l'orifice du tube est tuméfié et commence à suppurer; de l'œdème apparaît aux pieds et aux mains.

Le malade peut cependant s'alimenter assez bien; la respiration est plus libre et s'entend mieux; la matité diminue notablement; l'état général est meilleur. Mais la toux est fréquente et quinteuse, et s'accompagne de vomissements; la fièvre persite et le malade éprouve encore de vives douleurs dans le côté, dont rien ne peut expliquer les variations. Le 30 août, le tube, qui jusque-là avait très-bien fonctionné, fonctionne mal; l'écoulement s'arrête et ne reprend son cours que vers le soir. Le mercredi 4 mai, l'appareil ne marche plus.

M. D...... demande lui-même qu'on lui fasse une large incision pour donner au pus une voie large et sûre. M. Nélaton pratique le jour même une incision parallèle à l'espace intercostal et dont le milieu correspondait à l'orifice du tube. Après avoir débridé en dehors, l'opérateur s'arrêta, introduisit le doigt dans la plaie et sentit le cœur battre sous son index, de sorte que si M. Nélaton, avant de débrider en dehors, n'avait pas pris la précaution d'explorer la plaie, il aurait pu blesser mortellement l'ami qu'il tenait tant à sauver. Le débridement fut donc augmenté seulement dans la partie externe de la plaie, laquelle donna issue à une grande quantité de pus mélangé de lambeaux noirâtres d'odeur infecte. L'examen histologique montre qu'il s'agissait d'escarres lamelleuses très-étendues, détachées de la surface même du poumon. Un tube en caoutchouc, solide et résistant, est fixé dans l'espace intercostal, et les lavages sont repris régulièrement. Pendant ces pansements le malade éprouve des quintes de toux très-pénibles et très-fatigantes. Cependant on constate tous les jours une amélioration sensible. A certains moments, retour de la fièvre, vomissements.

Le 11 mai, la journée est très-mauvaise; le pouls s'élève à 140; le malade souffre beaucoup et ne peut prendre aucune nourriture; violents accès de toux, vomissements; douleurs insupportables, extrême fatigue : lait glacé, lavements de sulfate de quinine. Cet état dure deux jours, puis le mieux reparait. Le 14, M. D...... peut s'étendre sur un fauteuil et reprendre de nouveau des aliments; les nuits redeviennent assez bonnes. Le malade continue, les jours suivants, à aller de mieux en mieux, et le 27 mai il entre définitivement en convalescence.

Tous les jours le tube est raccourci, les lavages ne sont plus faits que tous les deux ou trois jours.

Le 7 juin, la toile est enlevée et remplacée par un fragment de corde à boyau. Le malade reprend des forces, peut se lever et s'habiller.

Le 11 juin, il est pris d'une syncope complète, qui heureusement n'a aucune suite fâcheuse.

Le 14 juin, la corde à boyau elle-même est supprimée. Le 15, M. D...... est transporté à Auteuil.

Le 4 juillet, il part pour Montmorency, où, peu de jours après, il peut se promener dans son jardin. La guérison paraissait définitive lorsque, vers la fin de juillet, survint une nouvelle complication : deux ongles incarnés au gros orteil, qui provoquent de vives douleurs et gênent la marche jusqu'en décembre. M. D...... veut rester à Paris pendant le siége et reprend son service hospitalier le 1er décembre. Le 1er février 1871, il suffisait à toutes ses occupations.

Le 6 juin, il reprenait son cours à la Faculté, complétement remis et sans aucune trace de la maladie qui l'avait retenu si longtemps au lit.

Depuis il a joui d'une bonne santé, a beaucoup moins de migraines qu'autrefois, un appétit moins capricieux et des digestions plus faciles. Il a pris un notable embonpoint.

Cette maladie n'avait pas duré moins de quatre-vingt-quatre jours; elle peut se diviser en quatre périodes : dans une première période, du 24 mars au 6 avril, ce sont des douleurs intolérables accompagnant la formation insidieuse d'un épanchement compliqué de gangrène pulmonaire. Dans la seconde période cet épanchement arrive difficilement à se faire jour à travers une étroite fistule bronchique jusqu'à ce qu'il soit évacué par la thoracentèse. Dans la troisième période le siphon irrigateur fonctionne assez irrégulièrement jusqu'à ce que la nécessité de l'empyème soit démontrée. La quatrième période est consacrée à la réparation.

M. Millard croit pouvoir ainsi caractériser cette maladie : sous l'influence d'un refroidissement et d'un état de grande fatigue, s'est développée une violente inflammation de la surface du poumon gauche et de la plèvre correspondante, sorte de phlegmon diffus gan-

gréneux ou d'angioleucite phlegmoneuse sous-pleurale, ayant abouti, après d'atroces douleurs, à un travail de mortification superficielle; une abondante sécrétion de pus dans l'intérieur de la plèvre a accompagné l'élimination des escarres qui sont devenues libres dans la cavité. Ce sont elles qui ont gêné le fonctionnement de l'appareil irrigateur.

Le siége exact de la maladie est placé par M. Millard entre les deux lobes du poumon gauche, lesquels avaient été écartés et refoulés par l'épanchement. On comprend combien, dans ce cas, il fût regrettable que la première tentative de thoracentèse eût échoué. En outre, si la présence des produits mortifiés avait pu être soupçonnée, il aurait fallu pratiquer immédiatement l'empyème. L'indication est formelle en pareil cas. M. le professeur D....., instruit par son propre exemple, a d'ailleurs adopté cette méthode, qui, quatre fois sur cinq, lui a permis de guérir ses malades.

ÉLECTION

MM. Liouville et Grancher sont élus membres titulaires de la Société.

La séance est levée à cinq heures et demie.

VARIÉTÉS

Le registre du procureur des étudiants à la Faculté de médecine de Montpellier.

M. Germain, doyen de la Faculté des lettres de Montpellier, correspondant de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, a communiqué à la savante compagnie, dans sa séance du 24 septembre, un mémoire sur le *Registre du procureur des étudiants* (*Liber procuratoris studiosorum*), conservé aux archives de la Faculté de médecine de Montpellier. C'est un manuscrit du seizième siècle, qui abonde en intéressants autographes.

Le procureur des étudiants, désigné comme ayant eu l'usage de ce registre, nous est connu par les statuts de l'Université de médecine, de 1534. Le procureur était élu par l'Université pour servir de mandataire aux étudiants dans toutes les circonstances où leurs intérêts auraient besoin d'être représentés ou défendus. C'était d'ordinaire un sujet de choix; « quiconque, disent les statuts de 1534, mène une vie déshonnête, quiconque s'adonne au jeu ou à la débauche, est indigne de cette charge et doit en être exclu. « On exigeait aussi du procureur des garanties pécuniaires propres à répondre de l'argent qu'il était dans ses attributions de recevoir. Il avait pour principale mission de faire observer les réglements de l'école et d'entretenir la concorde parmi les étudiants; il présentait les nouveaux venus aux docteurs et au chancelier. Pour droit d'immatriculation de chaque étudiant, il recevait deux livres tournois et autant pour l'acte de baccalauréat; il portait le bâton d'honneur, emblème d'autorité, dans les cortéges officiels et dans les cérémonies publiques.

Il exerçait ses fonctions avec un conseil d'étudiants, élus comme lui à la Saint-Luc, au nombre de quatre. Il était révocable pour cause de mauvaise vie ou pour insuffisance dans l'accomplissement des devoirs qui lui incombaient. Sa juridiction s'étendait aux simples étudiants et aux bacheliers. Les licenciés y échappaient; lui-même cessait ses fonctions le jour où il parvenait à ce grade; la licence, comme on sait, ouvrait l'entrée du *magistère*, et on n'était plus étudiant une fois passé dans cette haute catégorie. Le procureur s'élisait alternativement parmi les étudiants et parmi les bacheliers, dans l'assemblée dite *per fidem* qui précédait la Saint-Luc (18 octobre), époque de l'ouverture de l'année scolaire.

Le registre étudié par M. Germain est relatif à la gestion du procureur des bacheliers et étudiants du 26 mars 1526 au 15 décembre 1535. Il embrasse conséquemment une des périodes les plus curieuses de l'histoire de la Renaissance à Montpellier. Vingt-six procureurs ont successivement régi la jeunesse médicale entre ces deux dates.

On reconnaît d'abord la variété d'origine de ces mandataires. A côté de Jean Tremolet, d'Albert Pelletier, de Guillaume Rondelet et de deux autres, nés dans le diocèse de Montpellier, figurent non seulement des Nîmois, mais des Toulousains, des Gascons, des Limousins, des Provençaux, des Bourguignons, des Flamands, des Bretons et des Suisses. On accourait alors de toutes parts étudier la médecine à Montpellier. C'était le temps où Rabelais s'inscrivait sur le livre de Matricule et prenait à cette école fameuse ses grades de bachelier, de licencié et de docteur, avec la perspective d'y devenir professeur. Il le fut, en effet. M. Germain a retrouvé dans les archives, sur un registre, une mention qui porte que Rabelais a perçu, pendant le premier semestre 1537-38, l'écu d'or affecté, à titre d'honoraire, au professeur chargé de présider à une démonstration anatomique. Dans le registre des procureurs, Rabelais figure comme simple étudiant.

M. Germain entre dans des détails circonstanciés sur l'organisation de l'Université de médecine de Montpellier; elle formait une corporation distincte de l'Université de droit et de théologie, avait sa bannière, sa juridiction, et s'administrait elle-même à l'ombre des priviléges dont l'avaient dotée successivement pendant trois siècles les papes, les rois d'Aragon, de Majorque et de Navarre, et les rois de France depuis Philippe le Bel. Il n'y avait pas moins de seize épreuves à subir avant de conquérir le doctorat; celle du baccalauréat, à laquelle on ne pouvait prétendre qu'après trois ans d'études, durait quatre heures: le candidat qui en sortait d'une manière satisfaisante recevait de ses juges une des baies (*bacca*) du laurier (*laurus*) doctoral. De là le nom de baccalauréat donné à ce premier grade. Le bachelier qui avait subi à son avantage les épreuves publiques de la licence recevait l'investiture de son grade de la main de l'évêque ou de son vicaire général, en présence de deux professeurs délégués par la Faculté.

Venait enfin le doctorat, appelé *l'acte triomphal* (*actus triomphalis*). Son cérémonial avait pour théâtre l'église Saint-Firmin; on l'annonçait la veille au son des cloches. L'école y conduisait le récipiendaire, musique en tête du cortége, et là, à la suite de harangues en latin, on lui délivrait les insignes du grade suprême devant une assemblée ordinairement très-nombreuse. Ces insignes consistaient en un bonnet de drap noir surmonté d'une houppe de soie cramoisie, en une bague d'or et en une ceinture dorée. A quoi s'ajoutait la remise symbolique du livre d'Hippocrate. Le nouveau docteur, ayant reçu l'accolade et la bénédiction du président, circulait dans l'assistance revêtu de ses insignes, distribuant saluts, poignées de main, gants, dragées et fruits confits.

Le cérémonial de la réception des docteurs fut modifié, en 1554, par un statut qui en modéra la pompe et la dépense; mais le statut nouveau maintenait la pratique des vieux usages pour quiconque voulait leur donner la préférence.

L'organisation de l'école de Montpellier, comme celle de presque toutes les écoles du même genre, reposait sur la base religieuse et sur la hiérarchie ecclésiastique. Tout étudiant, bachelier ou docteur devait chaque dimanche, depuis la saint Luc jusqu'à Pâques, faire dire et entendre une messe, sous peine d'amende.

L'excommunication fermait les portes de l'Université à celui qui en était frappé. L'école était régie, sous le haut patronage de l'évêque, par le doyen. Le décanat appartenait de droit au plus ancien professeur en fonction. Au seizième siècle, le chancelier ne primait pas encore; il se bornait en général à juger; il convoquait les assemblées *per fidem*, deux fois l'an; la première fois pour régler le programme des cours de l'année scolaire qui allait s'ouvrir, la seconde fois pour entendre les comptes de gestion. Le chancelier était responsable devant l'évêque, lequel avait à son égard droit d'admonition et de redressement; seul il pouvait signer et sceller les certificats d'études, de matricule (inscription) ou de grade. Que de fraudes à cet endroit! Que de fausses lettres, que de faux diplômes subrepticement timbrés du sceau de la Faculté par audacieuse supercherie! Que de faux bacheliers et docteurs pour la honte de l'école et la perte du genre humain!

Au dessous du doyen et du chancelier étaient les deux procureurs des docteurs et le procureur des étudiants, assistés de deux coadjuteurs. La charge de procureur des étudiants fut supprimée en 1550

par arrêt des Grands-Jours de Béziers; mais elle était en plein exercice de 1526 à 1535, période qu'embrasse le registre étudié par M. Germain. Période de démocratie scolaire très-curieuse à contempler, où l'on voit à diverses reprises le procureur user de son droit d'admonester le professeur dont le cours n'était pas scrupuleusement fait. « Cette liberté, ajoute M. Germain, avait son bon côté : elle permettait d'obtenir des disciples une soumission personnelle d'autant plus complète aux règlements universitaires. »

L'entrée de l'étudiant était constatée sur un registre spécial; son départ y était de même mentionné. Ces inscriptions d'arrivée et d'absence étaient frappées d'un droit, et, lors d'une prise de grade, renseignaient sur l'assiduité du candidat. Nul n'était admis à étudier la médecine, s'il ne justifiait de ses connaissances dans les arts libéraux. La maitrise ès arts ainsi exigée correspondait au double baccalauréat ès lettres et ès sciences d'aujourd'hui. On n'accueillait pas sans contrôle les certificats de toute provenance : ceux que délivrait l'université d'Orange notamment étaient presque mis à l'index. On ne recevait guère comme à-compte d'études médicales que les attestations de Paris, et encore s'appliquait-on à les discuter à l'aide d'un sérieux examen. On ne leur reconnaissait qu'une sorte d'équivalence préparatoire, en limitant leur validité à la constatation d'une simple aptitude au baccalauréat.

Les bacheliers avaient droit d'accompagner les docteurs auprès des malades, à l'exclusion des étudiants non gradués. La caisse de l'Université, alimentée par les immatriculations, les réceptions des gradués, les droits de stage, devait faire face aux nécessités communes, en dehors des démonstrations anatomiques, car celles-ci devaient se suffire à elles-mêmes; on payait chaque fois pour y assister la somme de douze deniers. Si l'argent manquait à la caisse, on se cotisait pour combler le déficit; s'il y avait un excédant, il était déposé au trésor de l'école, abri inviolable d'où il ne sortait guère que pour être employé à l'accroissement de la bibliothèque, et, suivant le texte du statut de 1534, à l'achat de livres grecs et latins. Les versements concernant les besoins généraux ne dispensaient personne d'avoir à payer aux examinateurs les droits dévolus à leurs fonctions : le futur bachelier devait cinq sous tournois à chaque professeur et dix sous au président de l'examen; le futur licencié devait neuf sous deux deniers à chacun de ses juges, et il avait de plus à leur fournir deux bouteilles de vin blanc par jour, avec un certain nombre de pommes et d'oranges, à partir du moment où il recevait le sujet de ses *points rigoureux*. Le jour de la discussion de ces points il devait un écu à chaque docteur régent et à chacun des docteurs libres présents à l'acte; ce qui n'empêchait pas qu'il dût faire distribuer pendant l'examen assez de vin blanc, de gâteaux et de fruits pour adoucir les longueurs de la séance. Il lui fallait enfin envoyer par le bedeau au domicile de chaque docteur un massepain garni de deux livres de dragées ou de confitures, avec un beau cierge. Le docteur donnait à chaque professeur, en échange du festin, du bonnet, des gants, des droits de grade qui lui revenaient de la part du récipiendaire, deux écus et cinq sous tournois. L'arrêt des Grands-Jours de Béziers apporta un adoucissement à ces ruineux tarifs.

Rabelais apparait en 1530, un peu avant l'ouverture de l'année scolaire, parmi les étudiants en médecine de Montpellier. Son immatriculation porte la date du 17 septembre de cette année-là (1). Le registre marque ensuite qu'il fut reçu bachelier le 1er décembre suivant; il avait donc justifié d'études médicales faites antérieurement, peut-être à Paris. Rabelais ne tarda pas à expliquer à Montpellier les *Aphorismes* d'Hippocrate et l'*Art médical* de Galien : de cet enseignement, qui s'adressait à un nombreux auditoire, est sortie l'édition grecque des *Aphorismes* qu'il a publiée à Lyon, en 1532, chez Sébastien Gryphe. Il revint à Montpellier, en 1537, chercher la licence et le doctorat. Il s'y inscrivit même au nombre des professeurs libres, expliqua le texte des *Pronostics* d'Hippocrate et présida même une anatomie, comme on disait alors. Il a connu et pratiqué la vie des étudiants, et leurs joyeux banquets dont les échos retentissent dans le *Pantagruel*. (*Journal officiel.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 8 octobre 1875, il est créé une chaire de zoologie aux facultés des sciences de Clermont et de Poitiers.

Les chaires d'histoire naturelle existantes dans ces facultés prennent le titre de chaires de géologie et minéralogie.

Hôpitaux de Lyon. — Le lundi 13 mars 1876, à huit heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination d'un médecin appelé à faire le service dans les établissements de l'administration des hospices civils de Lyon.

La durée des fonctions du médecin titulaire est de quinze ans; le traitement est fixé à 2,000 fr.

— Une dépêche de Melbourne du 5 octobre, publiée dans les journaux anglais, porte que l'épidémie de rougeole qui a fait tant de ravage dans les îles de l'archipel Fidji s'éteint, et que les populations se relèvent de la rude épreuve qu'elles ont eu à traverser. Les avis reçus à Melbourne constataient une grande amélioration dans l'état sanitaires des îles.

Des arthropathies d'origine nerveuse, par le docteur A. Blum, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol in-8° de 105 pages avec une planche. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1875, P. Asselin.

(1) Voici en quels termes Rabelais a écrit de sa main la mention de son arrivée sur le livre de Matricule : « Ego Franciscus Rabelœsus Chinonensis, diocesis Turonensis, huc adpuli, studiorum mediciuæ gratiâ, delegique mihi in patrem egregium dominum Joannem Scurronium, doctorem regentemque. » Moi, François Rabelais, de Chinon, dans le diocèse de Tours, je suis venu ici pour étudier la médecine, et j'ai choisi pour père l'illustre seigneur Jean Scurron, docteur et régent.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.660	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide, Arseniate », Phosphate », Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Vin de Roussy, toni-nutritif, **au jus de viande concentré.**

Ce **Vin inaltérable** contient, sous une forme **condensée, digestible** et **assimilable, tous les éléments organiques et minéraux qui se trouvent dans l'organisme. — Médicament-aliment** d'un goût fort **agréable. — Aliment complémentaire** excellent pour les enfants, les vieillards, les convalescents, dont il relève et régularise les fonctions digestives. On peut en continuer indéfiniment l'usage sans inconvénients. — **Fortifiant et reconstituant** général remplaçant avantageusement la viande crue, les ferrugineux, le quinquina, etc. Employé avec succès dans toutes les maladies où la nutrition est en souffrance, spécialement dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **phthisie**, le **diabète**, l'**albuminurie**, les **divers états cachectiques**, le **rachitisme**, la **scrofule**, les **longues convalescences** succédant aux **maladies aiguës** et aux **fièvres typhoïdes.**

Dépôt central, à la pharmacie rue Hoche, 9, à Versailles. — Dépôt à Paris (vente en gros), Marchand, 220, r. Saint-Martin. — Se trouve dans toutes les pharmacies. — Prix : 4 francs la bouteille.

Liqueur de Carrié au tartrate **ferrico-potassico-ammoniaque.**

La LIQUEUR DE CARRIÉ est la meilleure des préparations ferrugineuses pour combattre la **chlorose**, les migraines, les gastralgies. Toutes les fois que le sang a besoin de fer, cette liqueur doit avoir la préférence sur les autres ferrugineux, elle réussit mieux, l'estomac la supporte plus facilement et elle ne provoque **jamais de constipation.** — Le flacon, 3 francs, 38, rue de Bondy, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

A la même pharmacie, le **carton anti-asthmatique** de *Carrié*, la meilleure préparation connue jusqu'à ce jour. La preuve la plus frappante de son efficacité, c'est qu'elle a été admise à la page 653 du Codex de 1866, publié par ordre du gouvernement. — La boite : 5 francs.

Pilules de Pepsine de Hogg.

La forme pilulaire est à la fois le mode le plus facile et le plus sûr d'administrer la pepsine; ce précieux médicament est, sous cette forme spéciale, mis à l'abri du contact de l'air et ne peut s'altérer ni perdre de ses propriétés, son efficacité est alors certaine.

Ces pilules sont de trois préparations différentes :
1° *Pilules de Hogg* à la pepsine pure;
2° *Pilules de Hogg* à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène;
3° *Pilules de Hogg* à la pepsine unie à l'iodure de fer inaltérable.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

Thérapeutique des affections rhumatismales.

Baume à l'huile concrète de LAURIER D'ARABIE contre la goutte, les rhumatismes, les douleurs, les névralgies, etc. (AL-GHAR DU Dr ALI.) — Lorsqu'on frotte avec ce baume la partie malade, il s'y développe bientôt une très-vive chaleur, mais qui ne produit aucune irritation de la peau, contrairement aux autres produits qui enflamment généralement les parties sur lesquelles on les applique et ne soulagent momentanément qu'en substituant une douleur à une autre.

Ph. Mariani, 41, bd Haussmann, et princ. pharm.

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

AU QUINQUINA, PYROPHOSPHATE DE FER

Oranges amères et malaga

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

SIROP DE DIGITALE

DE LABÉLONYE

Excellent sédatif et puissant diurétique employé avec un succès constant depuis plus de 30 ans par les médecins de tous les pays contre les maladies organiques ou non organiques du cœur, les diverses hydropisies et la plupart des affections de poitrine et des bronches : PNEUMONIE, CATARRHES PULMONAIRES, ASTHMES, BRONCHITES NERVEUSES, COQUELUCHE, etc.

A la pharmacie, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*) à Paris, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

CONSTIPATION

Guérie sans purger par les pilules de PODOPHYLLE COIRRE. 3 fr. — 24, rue du Regard, Paris, et principales pharmacies.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

(GOUDRON ET MONOSULFURE DE SODIUM INALTÉRABLES.)

Prescrit avec le plus grand succès dans la **Bronchite chronique**, le **catarrhe**, l'**Asthme**, la **Laryngite** et dans la **Tuberculose**, quand l'expectoration est très-abondante.

DÉPOT : rue Vieille-du-Temple, 21.

Alimentation du premier âge.

la **Conserve DUTAUT**, breveté s. g. d. g. compte vingt années de succès.

Expérimentée en 1860, à l'hospice des Enfants de Bordeaux, et en 1874 dans les crèches de Paris et de Lyon, elle a constamment donné les résultats les plus satisfaisants. — C'est le meilleur auxiliaire de l'allaitement MATERNEL insuffisant. Son usage est précieux à l'époque du sevrage.

Bordeaux, pharmacie DUTAUT, rue Esprit-des-Lois, 18, et dans les principales pharmacies. Ne pas confondre avec les nombreuses imitations.

Appareils vaporifères *portatifs* du docteur LEFEBVRE (du Nord).

Approbation de l'Académie de médecine de Paris, pour bains de vapeur, fumigations, douches et inhalations, — 19, boulevard Montmartre.

VIN MARIANI

à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. 5 francs la bouteille.

Mariani, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO. PHTHISIES, *Anémie*, **Rachitisme**, DIABÈTE, *Diarrhée*, **Cachexies**, *Albuminurie*, *la* **Convalescence**, *l'épuisement*. (*Gros*), 8, *r. Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE

de Ad. CARPENTIER, pharmacien, à Paris

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. Le flacon, 3 fr. 61, Boulevard Malesherbes et toutes les pharmacies.

VIN DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 mars 1864.

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui n'a d'action que sur les aliments azotés, à son auxiliaire naturel la Diastase, qui transforme en Glycose les aliments féculents et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats

contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES	MAUX D'ESTOMAC
LIENTERIE, DIARRHÉE	DYSPEPSIES, GASTRALGIES
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES	CONVALESCENCES LENTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION	PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES...

Paris, 2, rue de la Coutellerie (ci-devant, 2, avenue Victoria), et la plupart des Pharmacies

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'échange d'explications qui ont eu lieu dans plusieurs des séances précédentes entre MM. J. Guérin et Giraud-Teulon sur la myopie n'était qu'un des points de vue, une sorte d'incident épisodique du sujet très-vaste et très-complexe traité par M. Giraud-Teulon dans sa communication des 15 et 22 juin dernier.

La discussion sur l'objet principal de cette communication a été engagée hier par un discours de M. Maurice Perrin, qui inaugure d'une manière tout à fait magistrale la nouvelle carrière académique du savant professeur du Val-de-Grâce.

On se rappelle, sans doute, quelles étaient les conclusions du travail de M. Giraud-Teulon. A la suite d'une longue et très-savante dissertation dont l'objet était : premièrement, de réunir les éléments propres à conduire à l'établissement par les autorités compétentes des coefficients visuels afférents aux différentes catégories qui composent l'armée nouvelle ; en second lieu, de s'occuper des méthodes de détermination ou de mesure à adopter dans la pratique pour opérer ces classements ; et après une étude approfondie des qualités visuelles exigibles du soldat, et des anomalies de la réfraction dans leur rapport avec le service militaire, M. Giraud-Teulon proposait :

1° D'émettre le vœu que le département de la guerre voulût bien faire déterminer par des commissions spéciales les diverses conditions d'acuité visuelle indispensables pour les divers services de l'armée ;

2° De remercier l'administration de la guerre de la libéralité avec laquelle elle ouvre une porte pour l'examen scientifique médical des cas douteux, avec adjonction des lumières spéciales qui pourraient être réclamées par les médecins experts ;

3° De prier cette même administration de transformer en règle générale obligatoire la tolérance introduite déjà par elle de l'examen ophthalmoscopique, et ordonner la mesure de l'acuité visuelle des sujets accusant ou laissant supposer une diminution d'acuité visuelle au loin, et, dans le cas de doute, renvoyer l'appelé devant un conseil médical supplémentaire, chargé des examens ophthalmoscopiques et fonctionnant simultanément et parallèlement aux opérations du conseil.

Déjà, lors de la lecture de ces conclusions, MM. Larrey et Maurice Perrin s'étaient élevés contre certaines assertions ou insinuations de M. Giraud-Teulon relatives au fonctionnement des conseils de révision et le peu de fondement de ces conclusions elles-mêmes.

C'est ce texte, condensé en quelques mots dans la séance du 22 juin, que M. Maurice Perrin a développé hier en l'appuyant d'un appareil de preuves et de démonstrations qui ne laissent rien à désirer.

Dans ce discours, remarquable de netteté, de précision et de fermeté, M. Maurice Perrin a fièrement revendiqué pour le corps de santé militaire en général, et en particulier pour les médecins qui font partie des conseils de révision, et pour le conseil de santé, les droits, les prérogatives et les aptitudes que les conclusions du travail de M. Giraud-Teulon semblaient méconnaître ou contester.

L'honorable professeur du Val-de-Grâce, en rendant cette éclatante justice à ses collègues de l'armée, n'a oublié qu'une chose, qu'il est de notre devoir de dire à sa place : c'est la part considérable qui lui revient personnellement — sans oublier, bien entendu, celle qu'il convient de faire au conseil de santé, — dans l'enseignement, la vulgarisation et l'application qui est faite aujourd'hui dans les conseils de révision et dans la pratique générale de la médecine et de la chirurgie militaires, des procédés ophthalmoscopiques et optométriques modernes, ainsi que de toutes les notions les plus récentes de l'ophthalmologie.

Dr BROCHIN.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

La folie du doute (avec délire du toucher) (1).

Deuxième période. — Après tant d'angoisses, d'efforts, de luttes et de souffrances, les malades, après avoir cherché avec obstination quelle a pu être la cause première de tant d'idées fixes, de perturbations étranges et d'actes plus que bizarres, interrogent à leur tour le médecin, veulent être édifiés sur la provenance d'anomalies pareilles et sur l'impossibilité de triompher d'elles, sur les chances possibles d'une amélioration, d'une aggravation ou d'une récidive, et ils deviennent alors des questionneurs implacables. Le médecin, tout en cherchant lui-même la solution à tant de questions, s'inspire des difficultés de la situation et répond le moins mal qu'il peut, mais il se reporte intérieurement à ces paroles signifi-

(1) Suite. — Voir les numéros des 28, 30 septembre et 7 octobre.

catives de Maine de Biran : « D'où vient que nos habitudes deviennent tout à coup sans effet? Que signifient ces penchants, ces idées opiniâtres qui, s'emparant au contraire subitement de notre imagination, persistent malgré la volonté et occupent la place des plus anciennes habitudes? Pourquoi une certaine inertie dans l'organe de la pensée, une disposition à suivre opiniâtrément un certain nombre d'idées, coïncident-elles toujours avec les dispositions d'autres organes pour retenir ou fixer en eux les impressions qui leur viennent de causes accidentelles ou qui sont inhérentes à leur vitalité? » (1).

Qu'il y ait au fond de la question un véritable *desideratum* et que le médecin ne soit pas toujours apte à donner de certains phénomènes une explication très-sérieuse, je ne le nie point et je suis bien obligé de passer condamnation. Ce que je constate, c'est que le signe différentiel qui sépare la deuxième période de la première consiste dans les révélations absolument inattendues du malade, dans le récit prolixe de souffrances non soupçonnées, dans l'inauguration d'un système de questions sans fin, dans la sollicitation réitérée de paroles rassurantes et dans l'extrême facilité avec laquelle une personne de l'entourage dissipe momentanément les perplexités en apparence les plus vives.

Avec la plus grande somme de raison, sans aucune compromission fatale, nécessaire, démontrable des facultés, un malade vous déclare qu'il a peur de toucher des pièces de monnaie et qu'il a toujours des gants pour recevoir ou donner de l'or ou de l'argent; que les objets métalliques luisants l'effrayent, qu'il ne touche aux boutons d'une porte ou aux espagnolettes d'une fenêtre qu'après s'être enveloppé la main de son mouchoir ou du pan de sa redingote! Vous l'interrogez, et il déclare qu'il craint d'être accusé d'avoir détourné quelques valeurs d'or ou d'argent, qu'il redoute la malpropreté des objets précités ou enfin qu'il tient à éviter le contact des substances malfaisantes ou toxiques. Sous l'empire de ces frayeurs, les femmes, par exemple, beaucoup plus que les hommes, commencent à se laver les mains un très-grand nombre de fois dans une journée. « Quand on n'a pas reçu les confidences de ces malades, dit J. Falret, on ne peut se faire une idée exacte de la multiplicité des craintes qu'enfante, à chaque instant, leur imagination en délire et des conséquences variées qu'elles entraînent dans les faits les plus insignifiants de la vie de chaque jour. Ont-ils touché involontairement un objet quelconque avec leurs mains ou une portion de leurs vêtements (ce qui, malgré leurs précautions, arrive nécessairement très-souvent), ils sont alors obligés de quitter ce vêtement pour ne plus le remettre, ou bien de se laver les mains, et ils passent ainsi une grande partie de leur temps dans des lavages sans cesse renouvelés. De là naissent de nouveaux doutes, de nouvelles perplexités et de nouvelles lenteurs dans l'accomplissement de tous les actes de la vie. Ils se parlent constamment à eux-mêmes, mentalement ou en remuant les lèvres, et se répètent les mêmes mots ou les mêmes idées, pour se convaincre que les objets touchés n'étaient pas malpropres ou que les lavages ont été suffisants; non contents de se parler à eux-mêmes, ils éprouvent le besoin de faire répéter aux personnes qui vivent avec eux les mêmes mots ou les mêmes membres de phrases, parce que l'assurance réitérée d'autrui leur semble avoir plus de valeur que leur propre affirmation. » (2).

C'est surtout à ce moment que les malades sont fatigants, exigeants, égoïstes et ingrats. Ils se réfugient avec une obstination raisonnée dans leurs idées fixes, exaltent leur sensibilité, aiment à se plaindre, pleurent, se lamentent pour des futilités, se disent malheureux, et préféreraient, disent-ils, mille morts aux impressions qu'ils ressentent, aux perplexités qui les émeuvent et aux angoisses qui les torturent. Leur langage est imagé et exagéré, et l'on peut noter dans leur attitude générale une certaine mise en scène. Leur douleur, diversement interprétée, appelle la compassion, la méfiance ou le rire. La vérité est que cette douleur est très-réelle.

Une jeune fille a des scrupules parce qu'elle a passé une partie de ses premières années avec le fils d'un ami de la famille. Elle a peur de tout ce que cet enfant a pu toucher ou même voir. — Une malade a la peur des épingles, et elle n'ose rien toucher, dans la crainte d'en rencontrer. — Une jeune fille a peur du verre. Elle secoue ses vêtements, se frotte les mains pour se débarrasser des prétendus fragments qu'elle redoute d'avoir ramassés. — Une autre jeune fille a peur des hosties.

Le phénomène principal de ce délire partiel consiste, dans tous les cas, en une crainte nettement tranchée et que mille occasions doivent invariablement réveiller.

Morel a rapporté le cas de ce suisse d'une église de Rouen, qui a depuis vingt-cinq ans des craintes absurdes, et, entre autres choses, qui n'ose pas toucher à sa hallebarde. Le malade se raisonne, s'invective et triomphe de lui-même, mais au prix d'un sacrifice qu'il appréhende de ne plus pouvoir faire le lendemain. Le même auteur a également parlé d'un conseiller de cour d'appel, — magistrat des plus sagaces, — qui ne pouvait entrer nulle part sans s'être enveloppé la main avec le pan de son habit, qui ne laissait pénétrer personne dans sa chambre, qui recevait les visiteurs dans le corridor, n'osait traverser la rue qu'en marchant sur la pointe des pieds, et qui évitait avec soin de les poser sur les lignes d'intersection des pavés.

Une dame, observée par Baillarger, lutte en vain depuis plus de vingt ans contre la crainte extrême de toucher ou même de voir tout ce qui sert à écrire : plumes, papier, encre et crayons. Cette peur s'étend à tout ce qui est écrit ou imprimé, aux enseignes et aux affiches. Au début, la malade avait d'abord témoigné beaucoup de répugnance pour écrire, tant elle avait peur de faire des fautes d'orthographe et d'être tournée en dérision; puis elle en était insensiblement arrivée à avoir des crises d'agitation et même de fureur, à la simple vue d'un crayon. Jamais elle ne séjourne maintenant dans une chambre garnie d'un tapis, car des crayons pourraient se trouver entre le tapis et le parquet. Lorsqu'elle prend un fiacre, il faut que l'on visite minutieusement au préalable les coussins et les poches de la voiture. Dans la rue, elle ne se promène qu'entre deux personnes qui lui cachent la vue des boutiques de libraires ou de papetiers. Elle ne veut jamais rester seule, afin d'éviter d'avoir l'idée de demander elle-même du papier ou des crayons à des personnes étrangères. Non-seulement elle ne peut pas rester seule, mais il est indispensable qu'il y ait toujours deux personnes auprès d'elle à la fois, avec la mission d'avoir constamment les yeux sur elle, car une seule pourrait s'endormir. A cette condition, elle est calme et rassurée. Le matin, à son réveil, elle se croise les bras et ferme les yeux, afin de ne pas être exposée à voir des crayons, puis elle se lève au bout d'une heure, et elle s'occupe pendant très-longtemps à secouer ses vêtements et à essuyer ses pieds. La porte de sa chambre est fermée à clef, dans le cas où une impulsion la porterait à demander des crayons. Elle se préoccupe de tout, fait toutes les suppositions imagi-

(1) *Des Habitudes passives*, t. I, p. 162.
(2) *De la Folie raisonnante*, p. 42, 1866.

nables au sujet de son délire et se perd dans les conjectures, les *si* et les *peut-être*. Lorsque par malheur, dans la conversation, on parle d'une lettre, une crise survient.

Cette malade a eu et a encore des scrupules religieux exagérés. Elle craint d'avoir commis des actes d'impureté; mais ce qui la tourmente le plus, c'est l'idée qui lui vient quelquefois d'écrire ses péchés pour se les rappeler. La santé générale est d'ailleurs bonne, l'appétit et le sommeil ne laissent rien à désirer, la menstruation est régulière. On constate seulement un état habituel de congestion encéphalique et assez fréquemment quelques légères épistaxis.

Dans le cours de cette deuxième période, les malades éprouvent souvent ce qu'ils appellent « des crises », c'est-à-dire des périodes d'exacerbation presque intolérable. Après une intense contention d'esprit, des interrogations multipliées ou de longues remontrances adressées à eux-mêmes et par eux-mêmes, après des angoisses qu'ils désapprouvent ou des frayeurs qu'ils trouvent ridicules, ils ressentent, à un moment donné, une sorte d'impression vague, confuse, indéfinissable, partant de l'épigastre, une véritable *aura* avec ramifications entéralgiques profondes et irradiation dans tout le système nerveux cérébro-spinal. On les voit alors aller et venir, ne pas pouvoir rester en place, se plaindre de la chaleur, accuser de la céphalalgie, de la rachialgie, de l'inappétence, de l'insomnie et de la diarrhée. Ils sont couverts de sueur, leur circulation est en désordre, le bruit les irrite, le regard les importune, la parole d'autrui les exaspère, les craintes les plus diverses se font jour, l'inquiétude est à son comble, et les pleurs, les spasmes, les sanglots, les demi-défaillances syncopales et l'excitation turbulente achèvent de constituer une scène morbide réelle, que l'on a eu le tort de croire parfois imaginaire, et qui dure de deux à vingt-quatre heures, mais le plus habituellement quatre, cinq ou six heures. A tous les retours de périodes d'exacerbation, mêmes tendances panophobiques, mêmes impressions morbides et mêmes actes étranges.

Une dame D..., âgée de quarante ans, qui a été passagèrement traitée dans les maisons de santé de Vanves et d'Ivry, devenait tout à fait livide pendant ses crises, invariablement précédées d'aura épigastrique, et, dans la crainte qu'une puissance occulte ne s'emparât de ses pensées et de sa volonté, elle écrivait sur un petit calepin toutes les appréhensions et toutes les terreurs qui l'obsédaient. Son écriture était alors rapide, précipitée et illisible. Cette malade, qui refusait de donner la main au médecin, parce qu'*il pouvait avoir manipulé des poisons*, marchait sur la pointe des pieds, prenait de grandes précautions pour s'asseoir et avait soin d'éviter que sa robe ne vînt à frôler un meuble ou une porte. Elle n'aimait pas sa fille unique, avait pris son mari pour souffre-douleur, et lui posait un grand nombre de questions absurdes ou grotesques. Pendant plus de dix ans, dans la localité qu'elle habitait, un médecin et un prêtre avaient amplement suffi pour la tranquilliser et réduire à néant ses angoisses. Toute explication et toute exhortation étaient accueillies avec docilité et contentement. Les crises survinrent, se rapprochèrent, et, sans cesser un seul instant d'être intelligente et consciente, elle se rendit insupportable pour les siens. Elle bénéficie en ce moment d'une rémission.

Trélat père et Baillarger ont donné des soins à une jeune dame qui, de quatorze à dix-huit ans, avait été poursuivie par la crainte d'avoir une mauvaise pensée et qui s'imposait alors l'obligation de la rétracter. Lorsque cette prétendue mauvaise pensée survenait pendant le cours d'une conversation avec sa mère, il fallait que cette dernière répétât plusieurs fois *oui*, *oui*, *oui*, et, si elle venait par hasard à s'y refuser, la malade s'inquiétait, passait parfois des heures entières à faire des rétractations ou finissait par avoir une véritable crise.

(*A suivre.*)

DE L'EMPLOI DE LA DATURINE COMME MYDRIATIQUE

Par Fano.

Il résulte des observations nombreuses recueillies par l'auteur de ce travail :

1° Que, sur un œil sain, il suffit de vingt à vingt-cinq minutes pour obtenir la dilatation de la pupille, avec une solution de daturine au trois-millième, dans laquelle l'œil est plongé;

2° Que, l'action de la daturine est aussi prompte que celle de l'atropine, les deux solutions étant employées au même titre;

3° Que l'instillation d'un collyre à la daturine, au six-centième, produit une dilatation de la pupille au bout de vingt-cinq minutes, et chez de jeunes sujets dans un espace de temps plus court;

4° Que l'instillation d'un collyre à l'atropine produit des effets mydriatiques un peu plus promptement que l'instillation d'un collyre à la daturine;

5° Dans les kératites vasculo-plastiques accompagnées d'un état de non-dilatabilité de la pupille, alors que la daturine est inefficace pour provoquer cette dilatation, l'atropine reste également sans effet;

6° Mais, dans ces mêmes sortes de kératites, la daturine produit parfois une dilatation de la pupille, lorsque l'atropine n'a exercé aucune action de ce genre;

7° Si le collyre à la daturine ne produit pas une dilatation de la pupille, dans certaines kératites vasculo-plastiques où l'effet mydriatique de l'atropine n'est pas non plus appréciable, la daturine paraît exercer une action spéciale sur les vaisseaux de la cornée, qui diminuent de calibre sous l'influence de l'alcaloïde du *datura stramonium*;

8° Le collyre à la daturine paraît donc supérieur au collyre à l'atropine dans certaines kératites vasculo-plastiques chroniques.

(*Journal d'oculistique et de chirurgie*, août et septembre.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 octobre 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1874, dans les departements des Basses-Alpes, d'Ille-et-Vilaine; en 1873 et 1874, dans le Loiret; en 1875, dans l'arrondissement de Saint-Calais (Sarthe). — Un rapport négatif des épidémies dans le département du Doubs, pour 1874.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes adresse un mémoire de M. Dourif, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrant, sur la ponction intestinale.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° la relation d'une épidémie de fièvre typhoïde observée à l'hôpital militaire de Vincennes, en 1874, par le docteur Masse, médecin principal de première classe. — 2° Un mémoire sur une épidémie de fièvre typhoïde et de fièvre continue observées à Nancy en 1874-1875, par M. le docteur Daga, médecin principal de première classe.

PRÉSENTATIONS

M. Maurice Perrin présente, au nom du docteur Chauvel, professeur agrégé au Val-de-Grâce, une brochure intitulée : *Recherches sur l'ischémie temporaire pendant les opérations.*

M. Delpech présente, au nom de M. le docteur Mahier (de Château-Gontier), plusieurs mémoires sur divers sujets d'hygiène et de médecine.

M. ROGER dépose sur le bureau le premier numéro de *Paris médical*, de la part de M. le docteur Fort, rédacteur en chef.

LECTURE

Vertige, migraine, etc. — **M. PIORRY** continue la lecture de son mémoire sur le vertige, suivi de considérations sur la migraine et d'autres névropathies (épilepsie, hystérie, rage, etc.

Le but de ce travail est la recherche des causes anatomiques et physiologiques, ainsi que du siége réel de cette erreur d'optique et de cette sorte d'hallucination que l'on désigne communément sous le nom de vertige.

L'un des plus grands obstacles qui se sont opposés au progrès réel des sciences médicales, dit M. Piorry, c'est la confusion qui a de tout temps été faite, d'une part entre le mal lui-même, l'état pathologique ou la monorganie principale, et de l'autre, la multitude de circonstances qui peuvent précéder, ou même souvent déterminer cette monorganie. L'histoire scientifique du vertige a compris, en effet, non-seulement le phénomène en lui-même, mais encore des états morbides multiples; de là les divisions souvent arbitraires entre telle ou telle espèce de vertige. L'étude physio-anatomique du vertige lui-même n'a pas été faite. On s'est presque toujours borné à dire qu'il consistait en une espèce de congestion cérébrale.

Les faits conduisent à une explication toute différente.

Si l'on étudie le vertige, après l'avoir isolé de ses antécédents et de ses coïncidences, on n'y peut voir qu'une névropathie des yeux très-analogue à la migraine ou irisalgie, laquelle paraît elle-même consister dans une vibration morbide et progressive qui, partant des nerfs ciliaires de l'un des yeux, est la cause de la vision d'un arc lumineux et scintillant qui s'étend, grandit, après quelques minutes disparaît, et est suivie d'une névralgie excessivement douloureuse, dont les nerfs sus-orbitaire et frontal sont le siége, et qui souvent, suivant les anastomoses de la cinquième paire avec la huitième, s'étend à l'estomac, cause des nausées, puis des vomissements, et s'étend même parfois aux rameaux nerveux des doigts.

C'est ce phénomène de vibration morbide des nerfs qui joue un si grand rôle dans la pathologie nerveuse et que j'ai appelé névropallie.

Parfois dans l'état de santé et lorsque rien n'annonçait l'invasion du mal, il semble que les objets qui nous entourent se déplacent, s'élèvent ou s'abaissent, se portent à droite ou à gauche, tournent autour de soi. Cette sensation est si vive et paraît si vraie, qu'une chute semble tout à fait imminente, et, pour la prévenir, instinctivement on s'efforce de saisir les objets du voisinage. On cherche à se coucher horizontalement, et ces sortes de mirage inspirent d'abord des craintes vives sur l'état du cerveau; de telles sensations rendent la marche incertaine et vacillante, car le sol semble avoir perdu toute fixité; on saisit pour assurer ses pas le bras des personnes qui vous entourent et que l'on appelle à son aide; la démarche ressemble à celle d'un homme ivre, et on ne la dirige pas avec certitude. Parfois on croirait que la voiture où l'on est assis verse d'un côté ou de l'autre. Aucun autre accident ne se déclare d'abord; mais, quand le mal est intense et de quelque durée, il arrive, comme dans la migraine ou *irisalgie*, que des nausées surviennent et que des vomissements se déclarent.

Pendant le vertige l'intelligence n'est pas compromise, la personne qui l'éprouve a toute sa lucidité d'esprit; elle cherche à s'expliquer ce qu'elle ressent et à bien s'en rendre compte, elle appelle même à son secours; la connaissance est complète.

On raisonne parfaitement sur tout autre objet que le trouble sensorial qui a lieu. Aucun symptôme de paralysie partielle ne se déclare; les mouvements de tous les muscles du tronc et des membres supérieurs ne sont en rien compromis.

Le vertige en général dure peu, si ce n'est lorsque les causes qui lui ont donné lieu, et que nous indiquerons bientôt, persistent. Il continue parfois moins d'une minute; mais sa durée, quand il est intense, est parfois d'une demi-heure et plus. Il reparaît rarement le même jour et se renouvelle souvent à certaines époques de l'année, et surtout alors que la lumière, l'électricité, la chaleur de l'atmosphère sont intenses; souvent il se reproduit aux mêmes heures du jour; mais en général, à mesure qu'il récidive, il devient de moins en moins fort et dure de moins en moins. Il finit par ne plus reparaître que sous la forme d'une pesanteur dans l'orbite et le front, dernier vestige de ce mal qui finit par ne plus se reproduire.

Tel est le vertige en lui-même et considéré en dehors des circonstances où il se déclare; mais il est un phénomène tout physique et matériel très-remarquable et dont, à ma connaissance, les auteurs n'ont pas parlé : c'est que, pendant que se manifeste le déplacement apparent de l'image des objets situés près de soi, le globe oculaire se livre souvent et peut-être toujours à un mouvement de vibration, d'oscillation dans divers sens, qui persiste et se reproduit alors que la sensation de ce déplacement reparaît avec quelque intensité.

Pour bien comprendre ce qu'est le vertige en lui-même, il convient avant tout de le rapprocher de l'irisalgie.

Dans les deux cas, une excitation de l'iris en est la cause productrice; dans l'un comme dans l'autre, les premiers accidents consistent en une sensation qui ressemble à une sorte d'hallucination.

Du parallèle que M. Piorry établit ici entre le vertige et la migraine, il en conclut à une analogie complète.

D'après les considérations précédentes, poursuit M. Piorry, le vertige et la migraine sont de la même famille; ils ont leur siége ordinairement dans un seul œil; ils consistent l'un et l'autre dans une vibration qui a lieu, pour la migraine, dans l'iris et les nerfs sensitifs ciliaires ou iriens, et qui produit un phosphène et une trépidation qui apparaît sous la forme de l'arc irisalgique, et se propage, comme il a été dit, aux ramifications de la cinquième paire; tandis que, dans le vertige, c'est sur les muscles de l'œil que la vibration a lieu, et elle s'étend aux filets moteurs qui se rendent à ces muscles, et de là aux parties des mêmes paires nerveuses qui, présidant au mouvement, faisant contracter les mêmes muscles, entraînent le globe oculaire dans la direction qu'ils lui impriment en santé. Si c'est le muscle droit inférieur qui est atteint, l'œil est entraîné involontairement en bas; si c'est le droit supérieur, il est porté en haut et toujours dans le sens où la contraction musculaire entraîne l'organe, et de là un déplacement de l'image en rapport avec le sens dans lequel le globe est entraîné. Dès lors, le malade voit l'objet dans des points du champ de la vision qui ne sont point ceux où la figure s'y dessine, et de là le déplacement de l'image qui se peint dans l'œil et des erreurs d'optique qui constituent le vertige proprement dit. Ce n'est donc pas là une hallucination telle qu'on la comprend, mais ordinairement un changement réel de position de l'image due à la contraction involontaire d'un ou de plusieurs muscles de l'œil.

Il s'agit donc dans le vertige d'une contraction involontaire des muscles de l'œil; et comme la vibration morbide se porte alors sur des filets moteurs et se propage (comme cela arrive pour des filets sensitifs dans l'irisalgie) aux fibres motrices de la cinquième paire, et de leurs divisions et par des anastomoses au sous-occipital, aux cordons moteurs de la moelle vertébrale. C'est alors que se déclarent des troubles dans les mouvements que les membres inférieurs sont chargés d'exécuter dans la marche et dans la station.

Quelle est la thérapeutique qu'il est préférable d'opposer à cet état?

Il est évident que, dans le vertige considéré en lui-même, il faut éviter de s'exposer à l'action des causes qui lui donnent naissance. Les personnes qui y sont sujettes doivent surtout éviter de fixer longtemps de suite, et avec trop d'attention, les objets qui stimulent vivement les yeux.

Tout aussitôt que le vertige commence, il faut fermer les yeux et cesser tout déplacement de la tête et du corps, qui font varier le point de la rétine où se peignent les objets, se tenir dans l'obscurité et s'étendre sur un lit ou dans une position horizontale, déployer toute son énergie intellectuelle pour maîtriser la sensation optique que l'on ressent et appeler toute sa puissance de volonté pour écarter les inquiétudes que l'on peut avoir, en se rappelant bien ce qui a été dit précédemment, que le cerveau n'est pour rien dans ce phénomène qui dure peu, qui n'est presque jamais suivi d'accidents ou de lésion grave de l'encéphale.

Une médication hygiénique bien simple et vulgaire, qui paraît

plus efficace parce qu'elle réussit très-bien à prévenir la migraine, c'est de provoquer au début du mal l'action physiologique de l'estomac en prenant au début du mal quelques cuillerées à bouche d'un vin de bonne qualité.

Parmi les complications ou les circonstances qui disposent au vertige, il en est quelques-unes qu'il faut combattre par des moyens qui réussissent souvent sans qu'il y ait de troubles dans la vision. Il en est ainsi des dyspepsies dites *vertigo a stomaco*.

Si les accidents vertigineux surviennent chez un individu très-robuste et disposé à de *véritables congestions encéphaliques*, des évacuations sanguines peuvent être utiles.

Les aliments réparateurs, l'exercice, le fer, peuvent être avantageux lors de la complication, panhypémie caractérisée par la petitesse du cœur et du foie, la diminution du pouls radial, à la suite de l'élévation du bras, etc., etc.

M. LEROY DE MÉRICOURT pense que c'est aller trop loin que de vouloir rattacher toujours le vertige à des troubles visuels. Il existe, suivant lui, certaines variétés de vertige dont l'origine ne peut être rapportée à ces troubles de la vue. Le mal de mer, par exemple, peut exister en dehors de ces troubles, et ce qui le prouve, c'est que les aveugles peuvent être atteints du mal de mer. Celui-ci se produit, en outre, dans des circonstances où il est impossible de faire intervenir ces troubles de la vue : ainsi certaines personnes s'habituent à l'allure d'un petit navire, et n'ont pas le mal de mer; qu'elles quittent ce petit navire pour un grand bâtiment, et aussitôt elles seront prises de vertiges et de vomissements. Il y a donc d'autres influences que les troubles visuels qui peuvent déterminer le vertige.

M. PIORRY a fait un certain nombre de voyages en mer et a toujours pu se rendre compte de la vérité des assertions qu'il a émises.

DISCUSSION SUR LES TROUBLES FONCTIONNELS DE LA VISION DANS LEURS RAPPORTS AVEC LE SERVICE MILITAIRE

M. MAURICE PERRIN commence par déclarer que, dans son argumentation, il laissera de côté le débat qui s'est élevé entre MM. Giraud-Teulon et Jules Guérin relativement à la pathogénie de la myopie et qui porte sur un point tout à fait étranger à la question soulevée par M. Giraud-Teulon, question purement médico-légale. Mais le mémoire de M. Giraud-Teulon touche à tant de problèmes, soulève tant de questions, ouvre tant d'horizons nouveaux que l'esprit s'y perd aisément et qu'il faut y revenir à plusieurs reprises pour en détacher la pensée dominante, le but véritable.

On peut distinguer deux parties principales dans le travail de M. Giraud-Teulon : l'une est en quelque sorte un programme de questions posées; dans l'autre, M. Giraud-Teulon compare ce qu'il croit être le fonctionnement des conseils de révision avec ce qu'il désirerait qu'il fût. Il en est des yeux de l'esprit comme de ceux du corps : les uns comme les autres ont leur faculté d'acuité et leur faculté d'adaptation ; or cette dernière paraît faire complétement défaut dans le travail de M. Giraud-Teulon; en effet, dans ce travail, il n'y a pas d'adaptation au but qu'il se propose, c'est-à-dire à la situation des experts dans les conseils de révision.

M. Maurice Perrin entre ici dans la discussion des diverses propositions émises par M. Giraud-Teulon ; il fait ressortir les inconvénients du procédé employé par M. Giraud-Teulon pour déterminer le rapport qui existe entre le degré de la myopie et le degré de l'acuité de la vision. M. Perrin emploie un autre procédé, qui d'ailleurs l'a conduit aux mêmes conclusions que M. Giraud-Teulon, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de rapport exact entre le degré de l'acuité visuelle et le degré de l'amétropie myopique. Il a donc dû procéder par tâtonnements pour arriver au but qu'il se proposait et qui consistait à déterminer à quel degré de myopie il devenait impossible d'être soldat, c'est-à-dire de pouvoir distinguer certains objets tels qu'une cible, des hommes à la distance de plusieurs centaines de mètres. Ses observations et ses expériences ont porté sur un très-grand nombre de myopes, et il est arrivé à cette conclusion : qu'une myopie variant entre un seizième et un vingt-quatrième rend forcément impropre au service actif. On ne peut être soldat avec une myopie supérieure à un vingt-quatrième.

Mais que faut-il faire de ces myopes qui, s'ils le sont trop pour pouvoir faire le métier de soldat, ne le sont pas assez pour être considérés comme tout à fait impropres au service militaire?

Trois solutions peuvent être mises en pratique : 1° les exempter, mais c'est alors une perte considérable, non-seulement au point de vue de la quantité, mais aussi au point de vue de la qualité, comme nous le verrons plus loin ; 2° les placer dans des services auxiliaires, mais vous les privez alors du droit commun de servir dans les rangs et non dans les bureaux ; 3° enfin, leur faire porter des lunettes, ce qui, suivant M. Maurice Perrin, est le parti le plus sage et le plus juste. Il est donc arrivé à cette conclusion qu'aujourd'hui le commandement devrait permettre le port des lunettes dans le service militaire.

Cette question a une très-grande importance au point de vue du recrutement des cadres de l'armée. En effet, on sait que c'est surtout parmi les jeunes gens travailleurs et instruits qu'on rencontre le plus de myopes. Tandis que, dans les campagnes, le nombre des myopes est de 2 ou 3 pour 100, dans les villes où sont les foyers d'instruction, ce nombre est de 30 pour 100.

En écartant les myopes de l'armée, vous allez donc la priver d'un très-grand nombre de jeunes gens studieux et instruits dont vous avez si grand besoin pour le recrutement des cadres. Le port des lunettes vous permet de remédier à cet état de choses.

Mais, malgré toute l'importance de cette question et tous les avantages que l'on tirerait de cette légère modification aux lois du recrutement, M. Maurice Perrin ne se dissimule pas toutes les difficultés qu'il doit rencontrer, et la pire de toute, la sainte routine. Toutefois il espère pouvoir triompher du ridicule préjugé qui condamne les lunettes avec l'uniforme ; il a déjà éveillé l'attention de plusieurs officiers généraux sur ce sujet, et n'aura d'ailleurs qu'à dire à beaucoup d'entre eux de se regarder dans une glace pour voir qu'un pince-nez ou une paire de lunettes ne font pas faire trop mauvaise figure sous l'habit militaire.

Cette question est donc jugée, que tout homme dont la myopie peut être facilement corrigée par des verres ne devra plus être écarté du service actif de l'armée.

M. Perrin aborde une autre question : à quel degré de myopie devient-il impossible de servir dans l'armée? M. Perrin a fixé lui-même ce degré à un sixième.

Enfin, une troisième question restait à résoudre : celle de pouvoir, dans les conseils de révision, mesurer le degré de la myopie. On sait que d'habitude, si un conscrit est myope ou se dit tel, on lui met devant les yeux des verres concaves n° 4. S'il lit avec ces verres, il est considéré comme assez myope pour être exempté. Cette manière de procéder a un grand inconvénient, qui est le suivant : il n'est pas un jeune homme qui, avec un peu d'exercice, n'arrive à forcer son accommodation au point de lire avec le n° 4. Mais on peut facilement remédier à cet état de choses en faisant lire successivement avec les numéros supérieurs, et en arrivant graduellement au n° 4.

M. Giraud-Teulon propose comme remède à cet inconvénient l'emploi de l'ophthalmoscope, et demande que l'on ait recours au procédé par l'image renversée. Ce procédé n'est pas pratique. On ne peut, par l'image renversée, reconnaître que les cas de haute myopie. Il faut, en outre, que l'observateur soit maître de son accommodation, et que la distance qui le sépare de l'observé soit rigoureusement mesurée. Mais, même en admettant que ces conditions fussent exactement remplies, il faudrait encore instiller préalablement de l'atropine pour pouvoir déterminer exactement la situation de l'image. Tout cela n'est certes pas pratique.

M. Perrin met sous les yeux de l'Académie un instrument sur lequel il a déjà appelé son attention il y a quelques années ; c'est un optomètre. Cet instrument remplit toutes les conditions pour déterminer le degré de la myopie. Il y a une dizaine d'années, M. de Graefe, alors à Paris, disait à M. Perrin en lui présentant le premier optomètre : « Voilà un instrument qui vous rendra de grands services pour vos conseils de révision. »

Depuis ce temps, M. Perrin a travaillé à le rendre plus pratique et aussi parfait que possible, et c'est cet instrument perfectionné

qui a été l'objet d'un rapport favorable de M. Gavarret à l'Académie de médecine. Depuis qu'il s'en sert, M. Perrin n'a eu qu'à s'en féliciter. Après une heure d'exercice, un médecin quelconque sait assez bien le manier pour déterminer assez exactement le degré de myopie et pouvoir dépister les simulations.

M. Maurice Perrin émet ici quelques considérations sur les myopies compliqués d'amblyopie; puis il aborde la question de la détermination de l'acuité visuelle.

Le chiffre minimum de l'acuité visuelle nécessaire au soldat a été fixé par M. Perrin à un quart.

Un soldat doit voir à 250 mètres, soit une cible en temps de paix, soit l'ennemi en temps de guerre.

Un œil normal doit voir un homme qui présente, en moyenne, une largeur de 30 centimètres, à la distance de 1,000 mètres. Le quart de 1,000 étant 250, l'acuité visuelle un quart correspond bien à la distance à laquelle un soldat doit pouvoir distinguer une cible ou reconnaître un ennemi, soit 250 mètres.

La mesure de l'acuité visuelle se fait, dans les conseils de révision, très-exactement à l'aide de l'éclairage de la salle, toujours suffisant, et de l'échelle de Snellen, que M. Perrin a quelque peu modifiée. Il est également facile de mesurer l'amblyopie à l'aide d'échelles particulières que M. Perrin soumet à l'Académie, et qui sont indiquées, ainsi que tout ce qui précède, dans son livre sur l'*ophthalmoscopie*, et en particulier dans le chapitre intitulé : *les affections oculaires envisagées au point de vue des conseils de révision.*

M. Maurice Perrin termine ainsi son argumention :

J'ai passé successivement en revue, dit-il, les points principaux du mémoire de M. Giraud-Teulon ; j'ai montré en quoi certaines solutions proposées par lui me paraissaient défectueuses; j'ai répondu aux questions qu'il a soulevées. Pour y arriver je n'ai eu qu'à reproduire devant vous ce qui est écrit dans un chapitre de mon livre : *des Affections oculaires envisagées au point de vue du service militaire.*

C'est identiquement le sujet traité par notre collègue. Je me permets de faire ces rapprochements uniquement pour montrer que les médecins de l'armée n'avaient pas attendu l'initiative de M. Giraud-Teulon pour s'occuper de ces questions.

Toutefois le sujet est loin d'être épuisé, et j'eusse été heureux pour mon compte de voir notre collègue lui apporter le concours précieux de ses recherches ou de son expérience, éclairer ce qui lui paraît obscur, rendre plus précises les limites de l'aptitude au service militaire, plus pratiques, s'il y a lieu, les procédés d'exploration, en un mot se montrer homme de science et de progrès.

Mais il a préféré se placer sur un terrain exclusivement administratif, et, sans tenir compte de ce qui se fait, de ce qui s'enseigne, de ce qui s'écrit autour de lui, il a présenté, sous forme de conclusions, les propositions inattendues pour moi, que voici :

Il engage l'Académie à « remercier l'administration de la guerre de la libéralité avec laquelle elle ouvre une porte pour l'expertise scientifique des cas douteux, avec adjonction des lumières spéciales qui pourront être réclamées par les médecins experts. »

Avant de m'associer aux remerciements proposées par M. Giraud-Teulon, je serais heureux de savoir dans quel document il est question de l'adjonction au médecin expert de lumières spéciales.

Il est souvent question aussi de commissions spéciales, d'experts spéciaux, dans le discours de M. Giraud-Teulon. Qu'est-ce que cela veut-dire? J'avoue que je n'ai jamais autant regretté de ne pas savoir lire entre les lignes. Une commission spéciale..... Mais elle existe et elle s'appelle le conseil de santé, qui est composé de médecins ayant vécu avec l'armée, connaissant par expérience ce qu'il faut de vision à un soldat, soit en temps de paix, soit en temps de guerre, ayant des rapports continuels avec le commandement, et pouvant par conséquent obtenir facilement de lui tous les renseignements dont ils peuvent avoir besoin! Quant aux experts spéciaux, mais il en existe autant que de médecins militaires préposés aux conseils de révision et de réforme. Ses vœux se bornent-ils à voir chaque conseil assisté de deux médecins de l'armée fonctionnant simultanément et dont l'un serait chargé spécialement de l'examen des yeux? Cela est peu probable; autrement on l'eût dit plus clairement. D'ailleurs il ne saurait plus y avoir de doute à cet égard depuis le congrès de Bruxelles.

Notre collègue propose à l'Académie de provoquer l'adjonction aux médecins militaires de spécialistes de profession ; en d'autres termes, on vous demande d'une façon détournée et indirecte un vote de défiance contre le corps médical chargé officiellement du rôle d'expert devant les conseils de révision et les commissions de réforme ; on vous propose de le déclarer insuffisant en ce qui concerne les affections des yeux. J'espère que notre collègue produira les raisons qui motivent dans son esprit cette grave insinuation et qu'elle ne reposera pas exclusivement sur l'épilogue d'un document dont il n'a pas toujours saisi, comme le lui a rappelé déjà mon excellent maître M. Larrey, ni le sens ni la portée.

Depuis trop longtemps je suis témoin des efforts faits par mes collègues de l'armée pour qu'il me soit possible de laisser ainsi suspecter gratuitement leur compétence.

Dans une deuxième conclusion, M. Giraud-Teulon propose à l'Académie « de prier l'administration de la guerre de transformer en règle générale obligatoire la tolérance introduite déjà par elle de l'examen ophthalmoscopique de tout sujet accusant ou laissant supposer une diminution d'acuité visuelle au loin. »

L'ophthalmoscope, selon notre collègue, serait donc proscrit en principe, en règle générale, des conseils de révision :

Cette assertion, au moment même où elle s'est produite, a été l'objet d'une protestation unanime de la part des médecins militaires qui ont l'honneur d'appartenir à l'Académie ! Il fallait obéir à une conviction bien profonde pour se décider à apporter à cette tribune l'invraisemblable nouvelle : que l'administration de la guerre, c'est-à-dire le conseil de santé, n'en est encore en 1875 qu'à tolérer l'ophthalmoscope, et qu'il y a au-dessous de lui tout un corps médical disposé à se rendre complice d'une telle aberration. Et pourtant cette conviction ne repose que sur l'ignorance profonde des choses mises en question.

Il suffirait à M. Giraud-Teulon de regarder autour de lui, d'assister à quelques conseils de révision, d'interroger le premier médecin de l'armée venu, de voir ce qui se passe à l'école du Val-de-Grâce, pour être convaincu que l'ophthalmoscope a été de tout temps conseillé, recommandé, qu'il est d'un usage actuel, que chaque conseil est pourvu de l'instrument, d'une chambre noire, que le médecin expert a toute facilité pour examiner à l'aise les vues suspectes. Comment se fait-il que M. Giraud-Teulon ignore tout cela? Aurait-il pu avancer que l'ophthalmoscope n'était que *toléré*, s'il avait appris, comme il eût pu le faire si facilement, que, peu d'années après la découverte de Helmotz, Michel Lévy avait, sur ma demande, fait instituer au Val-de-Grâce et aux Invalides des cours et des expériences pour les élèves et les médecins de l'armée, dans le but de les familiariser rapidement avec ces nouveautés?

C'était un devoir pour nous de devenir spécialistes pour rester à la hauteur du mandat médico-légal qui nous était confié. Ceci veut-il dire que tout médecin d'armée soit en état de faire un examen objectif de l'œil irréprochable? Non, mais ce que je crois fermement, c'est qu'il existe actuellement dans le corps de santé militaire assez de ressources pour que le service de recrutement soit partout assuré. On a beaucoup fait pour vulgariser parmi les médecins militaires l'ophthalmoscope et l'ophthalmotomètre. J'espère qu'on fera plus encore ; mais on a laissé à chacun le choix des moyens qui, dans sa conscience, lui paraissent les meilleurs pour asseoir sa conviction. Cette liberté, M. Giraud-Teulon vous convie à la supprimer ; il sollicite de voir une intervention officielle dans le but d'obtenir que l'administration de la guerre rende obligatoire l'emploi de l'ophthalmoscope chez tout sujet qui aura pu faire supposer une diminution d'acuité visuelle au loin ! Cette mesure s'appliquerait donc en particulier à tous les myopes! Mais je crois avoir montré plus haut que le procédé par l'image renversée, recommandé par M. Giraud-Teulon, est celui qui expose le plus à l'erreur, qu'il est le plus difficile et le moins pratique; telle est, du moins, ma conviction! Par ordre supérieur, je serais donc obligé de le changer si les suggestions de notre collègue avaient la moindre chance d'être écoutées dans ce milieu si profondément libéral!

Quel progrès espérez-vous donc retirer en proposant ces mesures

oppressives et stériles ! Ne seraient-elles pas illusoires pour l'incapable, inutiles et blessantes pour tout autre ?

Nous avons fait des efforts soutenus pour nous mettre à même de remplir dignement notre mission; laissez-nous du moins la satisfaction de choisir notre route sous notre responsabilité. Si vous avez des conseils utiles à nous donner, des méthodes d'exploration qui représentent une simplification ou un progrès, faites-les connaître; publiez-les clairement et vous aurez fait beaucoup plus que de tenter cette entreprise contre notre indépendance médicale. (*Marques d'approbation.*)

M. GIRAUD-TEULON proteste contre les assertions qui lui ont été prêtées à l'égard du corps de santé militaire.

La séance est levée à cinq heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

336. Broquère. De l'éléphantiasis du scrotum.
337. Verette. De l'hystérie aiguë, conséquence de l'arrêt subit de la menstruation.
338. Dumas. Du chlorhydrate de pilocarpine.
339. Duchamp. Du rôle des parasites dans la diphthérie.
340. Tridon. Essai sur les signes du diagnostic de l'insuffisance mitrale.

ÉTAT SANITAIRE.

Paris : Population (recensement de 1872), 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 8 octobre 1875, on a constaté 768 décès, savoir :

Variole, 6; rougeole, 8; scarlatine, 3; fièvre typhoïde, 12; érysipèle, 4; bronchite aiguë, 23; pneumonie, 21; dysenterie, 3; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 23 ; choléra nostras, 1 ; angine couenneuse, 10; croup, 10; affections puerpérales, 7; autres affections aiguës, 261; affections chroniques, 326, dont 146 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 28; causes accidentelles, 22.

Londres : Population, 3,445,160 habitants. — Décès du 26 septembre au 2 octobre 1875, 1,401. — Variole, »; rougeole, 11; scarlatine, 113; fièvre typhoïde, 18; érysipèle, 8; bronchite, 97; pneumonie, 47; dysenterie, 3; diarrhée, 145; choléra nostras, 6; diphthérie, 12; croup, 9; coqueluche, 44.

New-York : Population, 1,060,000 habitants. — Décès du 5 au 11 septembre 1875, 628. — Variole, 6; rougeole, 3; fièvre typhoïde, 12; scarlatine, 6; bronchite, 10; pneumonie, 29; dysenterie, »; diarrhée, 352; croup et diphthérie, 43.

Rome : Population, 256,153 habitants. — Décès du 13 au 19 septembre 1875, 120. — Variole, »; rougeole, »; scarlatine, »; fièvre typhoïde, 4; érysipèle, »; bronchite, 3; pneumonie, 8; diarrhée, »; diphthérie et croup, 4.

Bruxelles : Population, 188,264 habitants. — Décès du 19 au 25 septembre 1875, 80. — Variole, 1; rougeole, »; scarlatine, »; fièvre typhoïde, 2; érysipèle, »; bronchite et pneunomie, 4; croup, »; diarrhée, 14.

Pesth : Population, 270,476 habitants. — Décès du 19 au 25 septembre 1875, 212. — Variole, 3; rougeole, »; fièvre typhoïde, 9; érysipèle, »; pneumonie et bronchite, 8; croup, 5; angine couenneuse, 4; entérite et diarrhée, 23.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — La question écrite qui a été donnée au concours de l'internat est la suivante : *de l'Endocarde et des Endocardites.*

— *Concours de l'externat.* — Les questions écrites données au concours de l'externat sont : *de l'Extrémité supérieure du fémur; de l'Articulation sterno-claviculaire.*

Ecole pratique de la Faculté. — MM. les étudiants sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 18 octobre 1875 ; ils auront lieu tous les jours, de midi à quatre heures.

Des leçons pratiques seront données par MM. les chefs de pavillon, tous les jours de deux heures à quatre heures.

Un cours d'anatomie appliquée sera fait par M. le docteur Marc Sée, chef des travaux anatomiques, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 3.

Pour être admis aux travaux pratiques, MM. les étudiants devront se munir d'une carte spéciale qui leur sera délivrée au secrétariat de la Faculté, où les inscriptions seront reçues, à partir du 15 de ce mois, les vendredi et samedi de chaque semaine, de une heure à quatre heures.

— On lit dans *le Lyon médical* : Les affections automnales font leur apparition. Les mouvements fluxionnaires désertent le ventre pour se porter vers la poitrine ; aussi observe-t-on des bronchites, des congestions pulmonaires, des pneumonies et quelque angines.

Les fièvres typhoïdes n'ont augmenté ni de fréquence ni de gravité. On remarque aussi quelques fièvres synoques et encore quelques maladies aiguës des voies digestives (diarrhée, dysenterie).

Les fièvres éruptives (variole, rougeole) existent en proportion modérée. La petite vérole, cantonnée jusqu'ici dans la partie nord du 1er arrondissement, a fait son apparition dans les 5e et 6e arrondissements.

A l'hospice de Chazeaux, nombre insolite de chancres mous.

L'état sanitaire de la maternité de la Charité s'est bien amélioré cette semaine.

Une mortalité très-faible (119) et une natalité exceptionnelle (203) ont marqué la dernière semaine de septembre.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

—

Sur la température comparative des deux régions axillaires dans la pneumonie double.

A l'occasion de l'article que nous avons consacré dans la dernière *Revue* aux recherches de M. Peter et l'un de ses anciens élèves, M. Jobbé-Duval, sur les différences de température des deux côtés de la poitrine dans la pleurésie, M. le docteur Landrieux, ancien chef de clinique de M. Lasègue à l'hôpital de la Pitié, a bien voulu nous rappeler des recherches analogues qu'il a faites il y a quelques années à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Gubler, où il était alors interne, sur la température comparative des deux régions axillaires dans la pneumonie double, au point de vue du diagnostic et du pronostic.

Ce n'est pas une revendication qu'a entendu faire M. Landrieux en nous communiquant le travail où ces recherches sont consignées, mais un simple appel à notre publicité pour un fait clinique intéressant, qui n'avait été que très-peu étudié, si même il l'avait été avant ces recherches, et dont les traités classiques ne parlent que peu ou point.

On était en 1869. Une série nombreuse de pneumonies s'était montrée dans le service de M. Gubler (quarante-six de janvier en août). Sur ces quarante-six malades, vingt et un étaient atteints de pneumonie double (proportion énorme et véritablement exceptionnelle) et vingt-cinq de pneumonie simple.

Nous passerons sur beaucoup de circonstances et de détails analytiques intéressants de ces quarante-six cas de pneumonie, pour nous arrêter sur ce point unique qui nous occupe en ce moment, le relèvement de la température. Commençons par les cas simples.

Chez quatorze malades entrés dans le service pour une pneumonie unilatérale, et atteints de pneumonie lobaire franche, douze fois la température axillaire a été plus élevée du côté malade. Deux fois seulement la température est restée la même des deux côtés, et dans ces deux cas la pneumonie était suppurée ou liée à un état tuberculeux. Ainsi, sauf deux cas exceptionnels, où cette exception pouvait s'expliquer soit par une complication, soit par l'état avancé de la maladie au moment où l'exploration a été faite, on voit, comme fait général, l'élévation de la température axillaire du côté atteint.

Cette élévation de température du côté malade, généralement minime, s'est montrée, comme on le voit, variable quant à son degré. Trois fois l'élévation a été de 0°,1 ; cinq fois de 0°,2; une fois de 0°,3; deux fois de 0°,4. Quoi qu'il en soit, cette élévation de température étant la règle, il en ressort que lorsqu'elle vient à manquer il y a lieu de se demander quelle est la cause de cette exception, si dans ce cas la pneumonie ne serait pas passée à la période de suppuration.

Dans les cas d'hépatisation grise, en effet, comme M. Landrieux en fait la remarque, on voit la température soit rester égale des deux côtés, soit même tomber dans le côté malade au-dessous de celle du côté sain.

A la première période, au contraire, la pneumonie coïncide toujours avec une surélévation.

Voici maintenant les résultats des explorations faites chez les malades atteints de pneumonie double, au nombre de vingt et un.

Cinq fois la température du côté affecté le dernier est devenue égale à celle du poumon pris le premier. La température fut plus élevée : une fois de 0°,1, trois fois de 0°,2, quatre fois de 0°,3; une fois de 0°,4, une fois de 0°,7.

Dans la pneumonie catarrhale, la température du côté pris en dernier lieu fut plus élevée de 0°,1, de 0°,2, de 0°,3.

L'élévation s'est montrée, tantôt douze heures, tantôt trente-six heures (ç'a été le cas le plus fréquent), plus rarement quarante-huit heures avant l'invasion de la nouvelle pneumonie.

Mais l'observation a montré que bientôt ce n'est plus ce côté dernier atteint qui présentera la température la plus élevée. Elle devient, en effet, de ce côté, rapidement stationnaire et quelquefois même inférieure à celle du côté primitivement malade. Cela tient, sans doute, au travail de résorption ou de transformation régressive qui s'opère ordinairement à cette période de la maladie dans ce poumon ; cette légère élévation de température un peu avant la défervescence, qui a pu souvent être considérée comme l'indice d'une nouvelle poussée inflammatoire, alors qu'elle indique la résorption des exsudats, avait déjà été signalée à cette époque par Wunderlich, ainsi que M. Landrieux en fait lui-même la remarque.

D'où l'on voit que, dans la pneumonie double, la température varie comparativement avec les périodes, et que le maximum d'élévation de température n'est pas en rapport avec un travail phlegmasique déjà accompli, mais qu'il traduit, au contraire, un travail phlegmasique en voie de formation.

Dans ces mêmes observations, M. Landrieux a constaté qu'à la période moyenne de ces pneumonies, les courbes thermométriques ont le plus souvent présenté ce que Wunderlich a désigné sous le nom de *fastigium* à oscillations stationnaires. Quant à la troisième période ou période du déclin, elle a été le plus souvent brusque, mais moins toutefois que dans la pneumonie lobaire franche unilatérale.

Hématocèle rétro-utérine guérie par la seule application topique de la glace.

M. Liouville nous a fait voir dans le service de clinique de l'Hôtel-Dieu une femme entrée à l'hôpital pour une hématocèle rétro-utérine volumineuse, dont elle a été guérie en moins de deux mois par la seule application continue de la glace sur la région hypogastrique.

Voici en quelques mots l'histoire de cette malade, qui, comme on en jugera, ne manque pas d'intérêt.

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, entrée le 3 août dernier dans le service de la clinique de M. le professeur Béhier; cette femme, qui n'avait à accuser aucune maladie sérieuse antérieure, avait eu, au mois de mars précédent, une hémorrhagie qui avait duré trois semaines, avec douleur et sensation de pesanteur dans le petit bassin. Ses règles revinrent au mois de juin, très-abondantes et accompagnées de douleur dans le ventre et la région lombaire. Ces pertes se reproduisirent depuis environ tous les quinze jours, durant chaque fois de deux à quatre jours. Enfin le 28 juillet, elle eut encore ses règles très-abondamment, avec frissons et vomissements et de grandes douleurs abdominales, selles glaireuses, ténesme vésical et une fièvre violente. Cet état durait depuis trois jours lorsque la malade entra à l'hôpital.

A ce moment, le ventre était souple, mollasse, chaud dans toute son étendue jusqu'à la région hypogastrique. Mais dans cette région, au-dessous de l'ombilic, on sentait une tumeur arrondie, oblongue dans son sens transversal, plus volumineuse dans le flanc droit, où elle se présentait presque comme la tête d'un fœtus, douloureuse à la pression.

Par le toucher vaginal, voici ce que l'on constatait :

Le col utérin était refoulé en avant sous l'arcade pubienne; le cul-de-sac postérieur du vagin était rempli par une tumeur molle, semi-fluctuante, et dans laquelle on percevait la fluctuation communiquée en exerçant une pression sur la tumeur hypogastrique.

Il existait, enfin, des symptômes de compression du rectum, traduits par de la constipation. La miction était facile.

M. Liouville, chargé du service en l'absence de M. le professeur Béhier, ayant diagnostiqué à ces différents signes rapprochés des commémoratifs une hématocèle rétro-utérine, et ayant constaté, en outre, avec l'état fébrile des symptômes de péritonite circonvoisine, prescrivit : le repos, des lavements et l'application permanente de la glace sur la région hypogastrique.

Au bout de quelques jours de l'emploi de cette médication, les symptômes de péritonite étaient complétement conjurés. Mais M. Liouville, s'étant aperçu en même temps que la tumeur avait commencé à diminuer sensiblement de volume, n'en continua pas moins l'application de la glace, non plus pour combattre des symptômes inflammatoires dont il ne restait plus trace, mais pour hâter le travail de résorption du sang épanché dans le petit bassin, qui paraissait avoir si heureusement commencé sous l'influence de cette simple médication. En effet, le travail de résorption et de résolution, à dater de ces premiers jours, continua à s'opérer graduellement d'une manière si sensible qu'à l'époque où M. Liouville nous fit voir la malade pour la première fois, c'est-à-dire environ un mois après le début du traitement, la tumeur était déjà réduite de plus de moitié, et qu'après deux mois de séjour de la malade à l'hôpital, elle a pu en sortir guérie; on ne trouvait presque plus de trace de la tumeur ni dans la région hypogastrique ni dans le cul-de-sac vaginal, et tout était rentré dans l'ordre.

Ajoutons qu'il y a eu depuis une éruption menstruelle régulière.

Nous ne nous étendrons pas sur l'analyse de ce fait, dont nous ne donnons qu'un exposé sommaire et qui peut être considéré comme un type de la forme et de l'expression commune de l'hématocèle utérine intra-péritonéale d'origine cataméniale. Nous ne voulons en faire ressortir seulement qu'un point, mais un point important, l'efficacité du moyen de traitement mis en usage dans cette circonstance.

Préoccupé d'abord des accidents péritonitiques du début, et se rappelant les bons résultats que son maître M. Béhier a retirés de l'application continue de la glace sur le ventre dans les cas de métro-péritonite puerpérale, M. Liouville a eu tout de suite recours à ce moyen, et il a eu le bonheur, par là, non-seulement de conjurer les premiers accidents et de prévenir le développement de l'une de ces pelvi-péritonites qui entraînent souvent, dans ces cas-là, des conséquences si graves, mais encore de voir l'épanchement péri-utérin diminuer graduellement et se dissiper avec une rapidité relativement très-grande.

Il est plus que douteux que l'on eût obtenu un pareil résultat par l'expectation seule, préconisée aujourd'hui avec une confiance peut-être un peu exagérée, en réaction contre les dangers d'une intervention trop active. D[r] BROCHIN.

LES THÈSES DU CONCOURS

POUR L'AGRÉGATION EN CHIRURGIE (1)

Des lésions traumatiques du foie, par M. ROUSTAN. — Voilà encore un sujet dans lequel la médecine a à réclamer une part égale sinon supérieure à celle qui revient à la chirurgie. Les lésions traumatiques du foie seront en effet bénignes ou graves beaucoup moins en raison de leur étendue et de diverses autres conditions inhérentes au traumatisme lui-même, qu'en raison de l'état sain ou malade où se trouve cet organe au moment de sa blessure. Ce qui explique comment tant de lésions traumatiques du foie ont pu passer inaperçues et n'être révélées seulement qu'à l'autopsie; comment, d'un autre côté, on a pu alternativement avancer, selon les cas qui étaient tombés sous l'œil des observateurs, et, il faut le dire aussi, selon les climats où les faits se passaient, que rien n'était plus bénin et que rien n'était plus grave qu'une lésion traumatique du foie. C'est à faire cesser cette équivoque et cette apparente contradiction que s'est attaché tout d'abord l'auteur de cette thèse, en faisant table rase dans son esprit de toutes les hypothèses qui pouvaient obscurcir les faits nombreux consignés dans les annales de la science, et en soumettant ceux-ci à un examen analytique attentif et rigoureux. C'est ainsi qu'il est arrivé à pouvoir formuler en tête de son travail cette proposition, qui en résume en quelque sorte tout l'esprit et qui met d'accord les termes contradictoires précédents : « Les lésions du foie ne sont graves que par leurs complications. »

Rechercher les complications, étudier les antécédents, les prédispositions pathologiques et l'état morbide actuel où peut

(1) Suite. — Voir les numéros des 2 et 5 octobre.

se trouver le foie au moment du traumatisme, telle sera aux yeux de M. Roustan la marche naturelle à suivre avant de déterminer le pronostic de la gravité de ce traumatisme; prévenir et combattre les effets des complications, telle est la conduite à tenir par le chirurgien, indépendamment des indications spéciales fournies par l'état de la blessure.

Un historique rapide mais très-complet de l'état de la question montre toutes les contradictions, toutes les variations d'opinions qui ont entraîné les différents points de vue où s'étaient placés les observateurs et les idées physiologiques dominantes de leur temps. L'étude de la question aux divers points de vue anatomique, étiologique, pathogénique et histologique, ainsi que l'analyse d'un grand nombre de faits particuliers, montrant combien il faut se défier des généralisations sur ce sujet, chaque fait présentant en quelque sorte ses conditions spéciales et ses résultats, au point de vue du pronostic, qui était ici un des plus importants à considérer, peuvent se résumer en ces termes:

Les lésions du foie ont peu de gravité en elles-mêmes. Si beaucoup de gens meurent d'une lésion du foie, leur mort est le fait des complications ou des coïncidences. Le pronostic varie avec les causes différentes qui ont agi. Enfin la santé antérieure de l'individu et l'état de son organe hépatique avant l'accident doivent entrer en ligne de compte dans l'appréciation, aussi bien que le milieu dans lequel le sujet a vécu, etc.

Du rôle de l'action musculaire dans les luxations traumatiques, par M. Terrillon.—Quelle part revient dans la production des luxations à l'action musculaire? Cette action peut-elle contrebalancer celle de la violence? Peut-elle, au contraire, lui venir en aide, ou même produire à elle seule la luxation, sans l'intervention d'aucune violence? Peut-elle modifier un déplacement articulaire déjà produit? Enfin crée-t-elle un obstacle à la réduction? Telles sont les questions implicitement contenues dans le sujet dévolu à M. Terrillon, et que le candidat a dû étudier successivement. Si l'on ajoute que chacun de ces problèmes envisagé d'une manière générale se complique, dès qu'on en fait l'application à chaque articulation, d'une série de petits problèmes secondaires selon les dispositions particulières des surfaces osseuses et des appareils ligamenteux et musculaire dans chacune d'elles, on se fera une idée de la multiplicité et de l'étendue des points spéciaux que l'auteur avait à passer en revue.

Le programme ainsi formulé, M. Terrillon a examiné la question du rôle de l'action musculaire dans les luxations sous les trois chefs suivants :

1° Les muscles sont un obstacle à la production de luxations.

2° Les muscles favorisent ou aident les luxations.

3° L'action musculaire seule suffit pour produire la luxation.

Chacun de ces chefs forme le sujet d'une étude et d'une discussion spéciale dans autant de chapitres distincts.

« Nous avons indiqué, dit l'auteur, le rôle des muscles dans la production des luxations; mais leur action ne se borne pas là. Les surfaces articulaires primitives déplacées peuvent ne pas demeurer dans le lieu exact où les a poussées l'action traumatique à travers la capsule ou les ligaments déchirés; elles peuvent subir un nouveau déplacement. Les muscles ont-ils une action dans la production de ce nouveau changement? » Cette question, très-controversée, est examinée par M. Terrillon dans un chapitre spécial et résolue par lui dans le sens affirmatif.

« Lorsque la luxation est produite, deux cas peuvent se présenter, ajoute-t-il dans son exposé : ou bien elle se réduit spontanément, et les muscles sont en cause d'une manière plus ou moins directe; ou bien elle persiste, et alors l'intervention musculaire n'est plus évidente. Des causes multiples interviennent pour gêner ou empêcher la réduction. L'action musculaire y contribue pour une part considérable; elle constitue un obstacle presque constant au déplacement, ce qui explique le nombre considérable des moyens que les chirurgiens ont utilisés pour la combattre. »

M. Terrillon étudie successivement le rôle du muscle dans la réduction spontanée des luxations, son action comme cause d'irréductibilité, et il passe ensuite en revue les différents moyens proposés pour vaincre, annihiler ou tourner cette difficulté, moyens qu'il groupe sous les trois ordres suivants : moyens employés pour forcer la résistance musculaire (moyens de préhension, d'extension, de traction, etc.); moyens employés pour combattre la contraction musculaire (anesthésiques et tractions élastiques); enfin les moyens employés pour détruire l'obstacle formé par les muscles et les tendons (la ténotomie).

Il termine enfin son travail en indiquant comment l'action musculaire peut intervenir dans la reproduction d'une luxation réduite, ou en étudiant le rôle de l'action musculaire dans les récidives.

Pathogénie, marche, terminaisons du tétanos, par M. Gustave Richelot. — Indépendamment de ce que le titre du sujet échu à M. G. Richelot indiquait naturellement dans quel ordre de succession logique devaient être étudiés les divers points de vue de la question, il était naturel que le point de vue de la pathogénie fixât tout d'abord et principalement son attention. C'est dans les conditions étiologiques, dans l'anatomie et la physiologie pathologique, en effet, qu'il faut chercher les éléments d'une notion scientifique du tétanos et de la meilleure interprétation possible des données fournies par l'observation et l'expérience empirique.

L'étiologie, très-vague et très-confuse encore, étudiée dans la blessure, dans le blessé et dans le milieu, n'a donné, il faut le dire, à l'analyse qu'un assez faible résultat.

Au point de vue de la blessure, les faits recueillis par M. Richelot se résument en ce peu de mots : « Toutes les blessures, dans toutes les conditions, peuvent donner lieu au tétanos. » Au point de vue du blessé, l'âge ni le sexe ne donnent rien. La considération de la race, à peine indiquée dans la thèse de M. Richelot, aurait pu donner lieu à quelques recherches intéressantes dont nous avons regretté l'absence. L'enfance, l'état puerpéral, l'impaludisme et l'alcoolisme, également interrogés à ce point de vue, ne fournissent que des renseignements très-incertains.

L'influence du milieu paraît se résumer dans l'action de la température et particulièrement du froid, ou plutôt du refroidissement brusque, comme cause occasionnelle, mais sans qu'il y ait lieu toutefois de lui donner une importance étiologique absolue.

L'étude des lésions laisse aussi elle-même l'esprit du lecteur comme celui de l'auteur dans une grande incertitude. La physiologie pathologique, en conduisant à assimiler le tétanos aux névroses d'ordre réflexe, va un peu plus loin, en nous enrichissant d'une donnée d'où peuvent découler des indications utiles, mais elle ne comble pas encore tous les desiderata. De sorte que l'on peut répéter encore avec M. Verneuil qu'en fait de tétanos la somme des inconnues l'emporte sur celle des notions certaines, et que les praticiens en face de cette affection en sont encore réduits au scepticisme, à l'indécision ou à la résignation.

Avoir fait connaître la situation actuelle telle quelle de la science sur le tétanos, en raison même de ce que c'était une tâche aussi ingrate que difficile, n'en est pas moins de la part de M. G. Richelot une œuvre méritante et qui lui a valu de légitimes encouragements.

De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, par M. Pozzi. — Le fait seul d'avoir posé cette question est une sorte de reconnaissance implicite de la légitimité d'une opération qui n'a été accueillie dans le principe qu'avec une extrême défiance, condamnée d'abord comme dangereuse, puis comme inopportune, non nécessaire.... nous allions dire presque comme immorale. M. Pozzi, qui avait à traiter cette délicate question, ne s'est préoccupé que d'une seule chose, la recherche de la vérité. Après s'être entouré du plus grand nombre possible de documents authentiques, il a étudié les faits sans prévention, avec l'unique désir de les apprécier dans leur valeur réelle, dans l'indication, dans l'utilité et la possibilité de l'opération et dans ses résultats, et il a formulé le résultat de cette consciencieuse étude, en ce qui concerne l'hystérotomie abdominale, qui constitue l'objet principal et la première partie de sa thèse, dans les conclusions suivantes, qui nous paraissent empreintes de la plus parfaite impartialité :

1° L'hystérotomie abdominale, dans le traitement des corps fibreux de l'utérus, est une opération qui, bien que très-grave, est parfaitement justifiable dans certains cas : elle mérite de prendre définitivement rang dans la chirurgie.

2° Toutefois, il n'y a aucune comparaison à établir entre les indications de la gastrotomie pour les corps fibreux utérins et celles de la même opération pour les kystes de l'ovaire.

Tandis que la plus grande partie de ceux-ci réclame ou légitime cette opération, en raison de leur marche fatalement mortelle, l'immense majorité des gros corps fibreux de l'utérus ne l'indique pas d'une façon suffisante.

3° L'opération doit être réservée aux tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques qui ont une évolution rapide, galopante, et s'accompagnent de phénomènes graves qui menacent l'existence.

4° Les gros corps fibreux qui ne rentrent pas dans la précédent catégorie, alors même qu'ils déterminent des accidents alarmants, doivent être traités par des moyens moins dangereux. On sait, en effet, que ces tumeurs tendent à s'amoindrir et à être tolérées à une période plus ou moins tardive ; et, en tout cas, il paraît démontré par l'expérience que la mortalité résultant alors de l'expectoration est moins forte que celle qui suit les opérations d'hystérotomie.

5° Quand, dans une gastrotomie faite par suite d'une erreur de diagnostic, on trouve une tumeur utérine au lieu d'un kyste de l'ovaire, il faut en pratiquer l'ablation plutôt que de laisser l'opération incomplète, alors même que le corps fibreux ne serait pas pédiculé.

Dr Brochin.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action d'un arséniate de fer naturel.

A côté des observations publiées dans notre numéro du 16 septembre dernier, on peut placer l'observation suivante recueillie par M. le docteur Lecoconnier :

« Constance S..., âgée de dix-neuf ans, réglée à quatorze ans, a continué depuis à voir ses règles régulières en quantité, mais de couleur pâle. Au moment de ses époques, elle a des maux de tête et des vomissements ; selles normales et régulières ; appétit languissant. Rêves et rêvasseries. Bruit de souffle à la pointe et au premier temps. Souffle dans les vaisseaux du cou, avec renforcement. Muqueuses toutes décolorées. Flueurs blanches abondantes.

Pendant sept mois, elle est soignée au bureau de bienfaisance, par le vin de quinquina, les pilules de Vallet à la dose de deux par jour, ou du sirop d'iodure de fer. Tout cela en pure perte, l'état antérieur persiste.

Le 7 juin, je commence l'usage des dragées de la Dominique, à la dose de deux par jour, excepté pendant les règles, où on les cesse, pour ne continuer que le vin de quinquina, que je continue à donner en même temps.

Le 9 juillet, les maux de tête sont plus considérables et plus fréquents, mais le temps est orageux et la malade est très-sensible à l'état électrique de l'atmosphère. Le souffle persiste au cœur et dans les vaisseaux du cou ; mais les digestions sont meilleures, la force plus grande, les conjonctivites moins pâles.

Le 30, le souffle existe à peine au cœur, nul dans les carotides. Pas de flueurs blanches depuis quinze jours. Bon appétit ; sommeil excellent, sans rêves. La malade prend goût à la viande, qu'elle détestait auparavant. La coloration des muqueuses est à peu près normale. Les maux de tête ont disparu.

La malade a pris cent dragées de la Dominique. »

M. le docteur Lecoconnier fait ressortir l'action de ces dragées, mais il nous semble que la démonstration, pour être complète, eût nécessité la suppression du vin de quinquina. Nous lui signalons ce point en l'invitant à continuer son expérimentation.

M. le docteur Wittmann nous adresse du Val-d'Ajol l'intéressante communication suivante :

« Le nommé S..., âgé de quarante-deux ans, d'un tempérament lymphatique, est atteint de pleuro-pneumonie. Après trois semaines de traitement, le malade entre en convalescence ; mais il se trouve dans un grand état d'anémie. Cet état morbide se complique subitement d'une fièvre intermittente, assez commune d'ailleurs dans nos pays. Le sulfate de quinine, administré pendant quinze jours et à doses variées, toujours assez forte, ne me donne que des résultats insuffisants. Le type de la fièvre change, mais la fièvre persiste.

Sur ces entrefaites, je crois devoir prescrire des dragées de la Dominique. Soixante dragées (une boîte) amènent rapidement un mieux sensible. Après une seconde boîte, le malade était délivré de sa fièvre, et l'état anémique se modifiait. Cette modification était même si rapide que la guérison ne tarda pas à être complète. Un régime substantiel avait complété d'ailleurs ce qu'on ne pouvait demander à la thérapeutique. »

Le résultat obtenu par M. Wittmann ne nous surprend pas, puisque l'eau de la Dominique de Vals est toujours prise avec succès dans les fièvres intermittentes (fièvres d'Algérie, de Corse, etc.).

La communication que M. le docteur Paget (d'Arbois) nous adresse confirme aussi les succès obtenus par l'eau de la Dominique dans les affections de la peau et dans le traitement des plaies :

« Mme X..., âgée de trente ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, était atteinte depuis deux ans d'un eczéma du dos des mains qui faisait son désespoir. Tout avait été employé contre cette affection rebelle (sulfureux, arséniate de soude, liqueur de Fowler, etc., etc.), et jamais la moindre amélioration n'avait été obtenue.

Je la mis au traitement par les dragées de la Dominique, à la dose de huit par jour.

Un changement manifeste ne tarda pas à se produire. La marche de l'eczéma se trouva bientôt enrayée. Tous les jours on la voyait s'éteindre, pour ainsi dire, à vue d'œil. Au bout d'un mois de traitement, l'eczéma disparut pour ne laisser après lui, comme traces, qu'un épiderme un peu hypertrophié.

Aujourd'hui les deux mains sont guéries; mais, par précaution, dans la crainte d'une récidive, je tiens à faire continuer encore quelque temps l'emploi des dragées de la Dominique.

Nous terminerons cette petite revue par les observations que nous communique M. le docteur Berthelot (de Chambo-rigaud).

Ce praticien s'est servi fréquemment des dragées arsénico-ferrugineuses de la Dominique de Vals. Il en a obtenu de très-bons effets, notamment dans les cas de chlorose chez les jeunes filles, surtout lorsqu'il y avait des troubles du côté de la menstruation et toux avec essoufflement, mais sans lésions aux poumons.

Les dragées arsenicales de la Dominique ont pleinement réussi entre les mains de notre confrère, chez deux enfants atteints d'affections herpétiques chroniques, liées à un tempérament lymphatique.

« Somme toute, dit le docteur Bertelot, les dragées de la Dominique représentent un médicament sérieux, d'autant plus précieux que la forme des dragées le fait facilement accepter par les enfants et les jeunes filles les plus délicates. »

Le traitement des maladies cutanées par les lotions d'eau de la Dominique et par l'ingestion des dragées de la Dominique est un traitement digne de l'attention des praticiens; et, en nous référant aux résultats déjà obtenus par les simples lotions d'eau de la Dominique, nous croyons à l'avenir du traitement *simultané* que nous recommandons.

CONGRÈS DES SCIENCES MÉDICALES DE BRUXELLES

SÉANCE GÉNÉRALE DU 23 SEPTEMBRE 1875.

M. BOUQUÉ donne lecture des travaux de la 2e section :

De l'anesthésie chirurgicale. Rapporteur : M. le docteur Willième, à Mons.

L'anesthésie chirurgicale étant une question essentiellement scientifique, la section propose de réserver son opinion sur une question non encore susceptible de solution.

M. BOUILLAUD réclame, pour la méthode de M. Oré, le bénéfice de l'accueil bienveillant que mérite toute idée nouvelle, appuyée d'ailleurs sur des expériences et des observations consciencieuses. Après quelques observations de MM. Bordée, Lefort et Forget, la discussion est close.

M. FEIGNEAUX lit le rapport sur la proposition additionnelle de M. Lefort (de Paris), dont voici la rédaction définitive : « L'accouchement au domicile des sages-femmes, aux frais et sous la surveillance de l'administration, donne les moyens de restreindre le nombre des accouchements dans les maternités et les hôpitaux, et de diminuer la mortalité. Cette mesure, désirable en temps normal, s'impose comme une nécessité en temps d'épidémie.

Une discussion s'engage.

M. TESTELIN ne voit pas la nécessité de recourir aux sages-femmes. Au point de vue scientifique, dit-il, le recours ne remédie à aucun des inconvénients que présentent les maternités. Au point de vue moral, il est déplorable.

Pour M. LEFORT, le chiffre possède une éloquence trop grande pour laisser prévaloir des arguments d'un autre ordre. La statistique du monde entier, dit-il, prouve que la mortalité des maternités est décuple de celle des villes. Cette statistique porte sur deux millions de cas. Il croit que l'accoucheur et la sage-femme sont souvent vecteurs du principe contagieux. Le principe, c'est l'isolement des femmes; l'idéal, c'est l'accouchement à domicile. A défaut de celui-ci, il faut rechercher les petits centres qui existent tout formés chez les sages-femmes.

Des villes comme Paris ne peuvent s'y soustraire, surtout dans le cas d'épidémie hospitalière. Les sages-femmes ne sont d'ailleurs pas admises sans un contrôle sur les conditions matérielles et morales de leur maison. Le résultat de dix années de pratique confirme absolument cette institution.

M. MASOIN rend compte des travaux de la 4e section *sur la valeur des expériences fondées sur les circulations artificielles.* Rapporteur : M. Héger.

I. Sous l'influence de l'atropine (5 centigr. pour 100 cc.), l'écoulement du sang à travers les poumons se ralentit d'abord, puis s'accélère et acquiert enfin une rapidité supérieure à celle qui existait avant l'injection de l'atropine. Les reins sont plus sensibles que les poumons : une dose d'un cent-millième produit une diminution passagère de l'écoulement; une dose d'un dix-millième amène, à la suite de cette diminution, une augmentation notable (Mosso).

Dans les poumons, les muscles, le foie, la nicotine à petite dose diminue passagèrement le courant; elle l'augmente immédiatement et d'une façon durable si la dose atteint ou dépasse un centième.

Un ou deux centièmes d'hydrate de chloral, mélangés au sang qui traverse les reins isolés, donnent une augmentation progressive et continue des quantités écoulées.

On voit donc que les agents toxiques agissent sur les organes isolés comme ils le font sur les animaux eux-mêmes. C'est donc à la périphérie du système vasculaire que nous devons rapporter les lésions produites par un grand nombre de substances toxiques dont on a jusqu'ici localisé l'action dans les centres nerveux.

Aux faits énoncés plus haut nous ajouterons le suivant :

La nicotine qui est mêlée au sang avant son passage dans le foie disparaît complétement dans les veines caves et peut se retrouver dans le suc extrait des cellules du parenchyme hépatique.

Ces faits démontrent l'importance de la méthode des circulations artificielles dans la recherche des effets toxiques des poisons.

II. Les phénomènes ne peuvent être regardés comme purement passifs pour la paroi vasculaire, et analogues à ceux qui se produiraient au passage d'un sang impur à travers des tubes inertes : d'abord, il serait singulier que des doses si minimes de quelques milligrammes de nicotine ou d'atropine mêlés à plusieurs centigrammes de sang pussent sensiblement modifier la résistance au passage au sang; ensuite l'expérience même a démontré que les doses les plus fortes n'avaient pas un effet semblable dans les tubes inertes.

D'autre part, les effets sont les mêmes, qu'on fasse passer du sérum ou du sang défibriné; il ne s'agit donc pas d'une altération des hématies. Il faut que l'empoisonnement porte sur la paroi vasculaire. Le plus, il s'agit là d'un empoisonnement véritable, analogue à celui qu'on peut produire sur l'animal. Il résulte d'une véritable survie dans les organes isolés; la persistance des effets du poison aussi longtemps que les organes sont excitables le prouve suffisamment.

III. Les circulations artificielles sont aptes à nous faire entrevoir des propriétés nouvelles de la paroi vasculaire. Mosso a démontré que les phénomènes observés ne peuvent être rapportés à la contractilité musculaire; ils ne sont pas dus non plus à la réplétion des parois des tissus péri-vasculaires, il est plus probable qu'ils résultent de modifications dans l'élasticité.

M. MASOIN lit ensuite le rapport sur le travail de M. Franck (de Paris) : *des Nerfs vaso-moteurs de la tête.*

1re *Partie.* — Les vaisseaux des membres reçoivent leurs nerfs : 1° des filets sympathiques libres provenant directement des ganglions de la chaîne; 2° des filets du même ordre, contenus dans les nerfs mixtes rachidiens et empruntés par ceux-ci à la moelle et aux ganglions.

2e *Partie.* — 1° Les vaisseaux des régions superficielles et profondes de la face sont conservés par les filets sympathiques libres

provenant du ganglion cervical supérieur et du cordon prévertébral.

2° Les vaisseaux de l'oreille externe et du cuir chevelu reçoivent leurs nerfs : du sympathique libre, du facial, du trijumeau, du plexus cervical.

3° Les vaisseaux encéphaliques sont innervés :

Par le plexus carotidien (en tenant compte pour la signification physiologique des anastomoses de ces filets sympathiques avec les nerfs crâniens ; par le nerf ou plutôt le plexus vertébral (en tenant compte, au même point de vue, des anastomoses des nerfs cervicaux avec le nerf cérébral.

M. WLEMINCKX (Victor) a la parole pour la lecture des travaux de la 5e section :

De l'organisation du service de l'hygiène publique. Rapporteur : M. Belval.

Le service public de l'hygiène demande une double organisation :

I. — L'organisation nationale ;

II. — L'organisation internationale.

I. — 1. L'organisation internationale comprendrait l'établissement par la loi, dans chaque pays et à tous les degrés de la hiérarchie administrative, de conseils d'hygiène et de salubrité :

A. Un conseil supérieur près de l'autorité gouvernementale ;

B. Une commission provinciale dans chacun des départements, provinces, préfectures, cercles ou districts;

C. Un comité local, dans chaque commune où cette organisation serait possible.

2. Pour les communes dont le peu de développement ne comprendrait pas l'institution d'un comité, il sera établi des circonscriptions sanitaires, comprenant plusieurs communes ou sections de communes réunies.

3. La surveillance (et au besoin l'exécution) des mesures d'hygiène reconnues d'utilité publique incomberait :

a. D'une manière générale, au secrétaire du conseil général ;

b. Dans l'étendue de chaque province, au secrétaire de la commission provinciale ;

c. Dans chaque commune ou groupe de communes, au secrétaire du comité local, à titre respectivement d'inspecteur provincial, d'inspecteur communal ou rural du service de santé.

Ils pourraient être au besoin aidés ou suppléés dans ce travail par l'un ou l'autre membre du conseil ou des commissions.

4. Des rapports seraient publiés, au moins annuellement, par chacune des branches de ce service.

5. Indépendamment des rapports que les services hygiéniques aux trois degrés entretiendraient avec leurs administrations respectives, ces services pourraient avoir entre eux des relations suivies au point de vue de toutes les questions qui sont de leur compétence;

6. Plus les services sanitaires auront d'indépendance et d'autorité dans leur sphère d'action, plus il en résultera d'avantages pour l'hygiène des populations ;

7. Le budget de chacun de ces services ferait partie de celui des administrations respectives auxquelles ils sont attachés, au même titre que celui de l'instruction et celui de la bienfaisance publique.

L'organisation internationale comprendrait :

1. L'échange fréquent et régulier de communications entre les conseils supérieurs d'hygiène des différents pays. Ces communications porteraient principalement :

A. *a*. Sur les moyens employés pour améliorer les conditions sanitaires des localités et des populations;

b. Sur les mesures hygiéniques prises dans le but de diminuer les effets des maladies endémiques;

c. Sur les précautions mises en œuvre pour empêcher l'importation des maladies épidémiques ou contagieuses;

d. Sur l'apparition des foyers ou des maladies épidémiques;

e. Sur les mesures adoptées pour combattre les épizooties ;

B. Sur les résultats obtenus dans chacun des cas ;

C. Sur les données statistiques recueillies ou à recueillir dans le but d'élucider les problèmes de l'hygiène publique ;

2. La réunion périodique de conférences sanitaires internationales.

M. NOEL a la parole pour donner son rapport sur les travaux de la 6e section.

Des défectuosités de la vision au point de vue du service militaire. Rapporteur : M. le docteur Duwez, à Bruxelles.

La section a adopté les conclusions suivantes :

1. Affections amblyopiques :

La section est d'avis qu'il est nécessaire de déterminer exactement le degré minimum d'acuité visuelle compatible avec le service militaire. Aussi, bien qu'il ressorte des débats que ce degré minimum est probablement compris entre un quart et deux cinquièmes de l'acuité visuelle normale pour l'œil droit, l'acuité paraît être moindre à gauche ; il est désirable que ce point soit exactement déterminé par des recherches nouvelles qui seraient basées sur une connaissance parfaite des exigences du service.

2. On ne peut pas accepter dans l'armée les sujets atteints d'une diminution considérable du champ visuel.

3. Dans le service des chemins de fer et dans la marine, où l'usage des signaux colorés est général, on n'acceptera pas les sujets atteints de pseudo-chromatopsie :

II. Strabisme :

Le strabisme convergent de l'œil gauche n'est un motif d'exemption que dans les cas extrêmes, quand il en résulte une diminution notable du champ visuel du côté gauche.

Il en est de même du strabisme alternant quand il est porté assez loin pour diminuer notablement le champ visuel de l'un ou de l'autre côté.

III. Taies de la cornée. — Synéchies postérieures. — Cataracte pyramidale. — Flocons du corps vitré.

1. Les taies de la cornée entraînent l'exemption, quand, à la grande lumière du jour, venant d'en face, l'acuité visuelle tombe en dessous de 1/4 de l'acuité normale.

2. Les synéchies postérieures et les cataractes pyramidales antérieures sont assimilées aux taies de la cornée.

3. Pour toutes les autres formes de cataractes, on accordera l'exemption définitive.

4. Les flocons du corps vitré, même limités à un œil, doivent entraîner l'exemption définitive, à cause des dangers auxquels cette maladie expose dans le système militaire.

IV. Amétropie.

Avant de s'occuper des formes particulières d'amétropie, la section, après des débats prolongés, a voté à l'unanimité cette proposition préalable :

« La section ophthalmologique du congrès médical international, considérant que l'interdiction des lunettes dans le rang peut nuire considérablement au recrutement des cadres, en faisant reléguer bien des hommes intelligents dans les services auxiliaires,

« Est d'avis qu'il y a lieu d'admettre l'usage des lunettes dans les armées. »

En supposant concédé l'usage des verres correcteurs, la section prend les décisions suivantes :

1° Le plus haut degré de myopie compatible avec le service militaire doit être corrigé complétement par le n° 5 de la nouvelle nomenclature métrique. Ce degré correspond à une myopie un septième ou un huitième de l'ancienne nomenclature basée sur la distance focale des lentilles en pouces;

2° L'hypermétropie totale exigeant pour être corrigée un verre supérieur au n° 6 de la nomenclature métrique, ou, en d'autres termes, l'hypermétropie totale correspondant à peu près à un sixième de l'ancienne nomenclature, est une cause d'exemption définitive ;

3° L'astigmatisme entraîne l'exemption définitive quand, par l'interposition des verres sphériques les plus convenables, on ne parvient pas à établir une acuité visuelle supérieure à celle qu'on exige des amblyopes. La section a jugé que la correction par les verres cylindriques conduirait à des difficultés pratiques trop grandes. Il serait souvent aussi difficile de remplacer ces verres que de les déterminer convenablement une première fois.

En supposant rejeté l'usage des verres correcteurs dans les armées, quels sont les degrés d'amétropie auxquels on doit accorder l'exemption ?

1° Myopie non corrigée : La section a fixé à un douzième (ancienne nomenclature) le maximum de myopie compatible avec le service militaire ;

2° Hypermétropie non corrigée : L'hypermétropie totale qui atteint ou dépasse un sixième est une cause d'exemption définitive.

3° Astigmatisme non corrigé par des verres sphériques.

Quand le trouble visuel est tel, que l'acuité ne dépasse pas 1/8 l'acuité normale, il y a lieu d'exempter. (On a pris pour base d'acuité celle qui correspond à l'acuité trouvée dans la myopie de 1/12 sous des conditions favorables.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le préfet de police, dans un mémoire qui modifie les propositions du budget de 1876, signale ainsi la très-heureuse idée de M. Passant, idée que nous avons soutenue et que nous sommes heureux de voir enfin se réaliser :

Secours publics. — Nous arrivons à une question bien souvent discutée, celle des secours médicaux aux personnes atteintes, pendant la nuit, d'accidents subits.

Les cas dans lesquels l'absence de ces secours a été funeste aux malades sont heureusement fort rares. Mais il suffit d'un fait douloureux, exagéré d'ailleurs la plupart du temps, pour faire naître des récriminations contre le corps médical, qui pourtant, pris dans son ensemble, fait assez bon marché de son repos, de sa santé et, plus encore de ses intérêts.

Les forces des médecins ne sont pas sans limites, et leur profession fatigante et périlleuse leur fait du repos, à certaines heures, une nécessité impérieuse ; d'autre part, les inquiétudes exagérées des malades et de leurs familles amènent souvent des déplacements inutiles ; enfin, plus d'une fois, sous prétexte de visite pressée, on a conduit des médecins dans des guet-apens, sans parler des clients ingrats et malhonnêtes qui refusent la rémunération légitime due au service rendue.

Pour faire disparaître, au profit du public, ces inconvénients, M. le préfet de police propose les dispositions suivantes, dues aux études de M. le docteur Passant, l'infatigable et dévoué médecin en chef adjoint du Dispensaire de salubrité, et qui nécessiteront l'inscription au budget de la ville d'une somme de 10,000 francs.

Dans chaque quartier, les médecins seront invités à déclarer s'ils entendent se rendre aux réquisitions qui leur seront adressées pendant la nuit.

Les noms et les domiciles de ceux qui auront fait cette déclaration seront inscrits sur un tableau affiché dans le poste de police du quartier.

La personne qui aura à requérir un médecin se rendra au poste de police de son quartier et choisira sur le tableau le médecin dont elle désire réclamer les soins.

Un gardien de la paix détaché du poste accompagnera le requérant au domicile du médecin, suivra celui-ci chez le malade, et, la visite faite, le reconduira chez lui.

En le quittant, il lui remettra un bon d'honoraires de dix francs, qui sera payé à présentation à la caisse de la préfecture de police.

Suivant la situation de fortune du malade, qui sera en temps convenable l'objet d'une enquête sommaire, l'administration lui réclamera le remboursement des honoraires alloués ou les prendra définitivement à sa charge.

Disons, en terminant, que de ces diverses propositions il ressort en somme, pour la ville, une économie de 51,150 fr.

— Nous avons la profonde douleur d'annoncer la mort de M. Marbeau, le fondateur des crèches.

— M. le docteur Ch. Abadie reprendra ses conférences cliniques d'ophthalmologie le mardi 19 octobre, à une heure et demie, à sa clinique, 17, rue Séguier, et les continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure.

— M. le docteur Verrier, préparateur des cours d'accouchements à la Faculté de médecine, recommencera ses cours et répétitions d'obstétrique le lundi 18 octobre prochain, à quatre heures, à sa clinique, 37, rue de l'École-de-Médecine.

Les leçons auront lieu tous les jours, le jeudi excepté.

Polyclinique obstétricale et gynécologique, soins et opérations gratuits en ville par les élèves, sous la direction du professeur, pour éviter aux malades pauvres le séjour des hôpitaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, publiées sous la direction du docteur Jaccoud. Prix de chaque volume : 10 francs.

Les tomes I à XXI sont en vente. Le tome XXI comprend 792 ages avec 57 figures intercalées dans le texte.

Les principaux articles sont : *Lymphatique* (système), par Le Dentu et Longuet ; *Mâchoires*, par A. Desprès ; *Main* (y compris Doigt et Poignet), par Duval et Le Dentu ; *Maladie*, par Maurice Raynaud ; *Mamelle*, par Lannelongue ; *Manie*, par Foville ; *Marais*, par Rey ; *Mastication*, par Duval ; *Mastoïdienne* (région), par Poinsot ; *Méconium*, par Devilliers, etc. — Paris, 1875, J.-B. Baillière et fils.

Manuel de pathologie et de clinique médicales, par le docteur L. Moynac. — 1 vol. in-8° de 740 pages. Prix : 7 fr. 50. — Paris, 1875, H. Lauwereyns.

De la rétinite pigmentaire. Étude clinique avec quinze observations nouvelles et 4 figures en chromo-lithographie, par le docteur Édouard Hocquard, aide-major stagiaire au Val-de-Grâce. — In-8° de 93 pages. Prix : 4 francs. — Paris, 1875, G. Masson.

Des accidents qu'on observe dans les hautes ascensions aérostatiques et des effets de l'altitude sur les habitants des montagnes, par le docteur Ed. Chabert. — In-8° de 50 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1875, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. le professeur Bouillaud communique à l'Académie une nouvelle note intitulée : *Nouvelles recherches sur les battements du cœur à l'état anormal, et sur l'enregistrement de ces battements, ainsi que de ceux des artères.*

L'illustre académicien formule d'abord à nouveau la croyance que le cœur fonctionne à l'instar d'une pompe aspirante et foulante.

« Le cœur, dit-il, constitue réellement un instrument de cette espèce, automateur, c'est-à-dire doué du pouvoir de *se resserrer* et de se dilater spontanément, ou sans l'intervention d'une force motrice étrangère. »

Nous avons déjà eu l'occasion, à propos des communications antérieures de M. Bouillaud, de critiquer cet *automatisme spontané*. Nous n'y reviendrons pas, nous bornant à montrer pour cette fois que M. Bouillaud est beaucoup plus de notre avis que du sien. En effet, quelques lignes plus bas il s'exprime ainsi :

« Les anomalies dans la révolution du cœur proviennent, tantôt d'une altération dans la structure externe ou la construction du cœur lui-même, *tantôt d'une modification de la force motrice qui le régit.* »

Arrivant ensuite au sujet même de sa communication, M. Bouillaud rappelle qu'il a montré le premier que, contrairement à la croyance générale, le pouls artériel est *dicrote* à l'état normal, tandis que le pouls *monocrote* constitue l'état normal.

M. Bouillaud met sous les yeux de l'Académie le tracé sphygmographique de son propre pouls, qui, par parenthèse, est celui d'un sage, *mens sana in corpore sano,* si l'on en juge par la rectitude et l'homogénéité du tracé, et il montre les particularités graphiques qui caractérisent le dicrotisme, particularités, ajoute M. Bouillaud, qui avaient échappé à M. Marey et à ses élèves.

Dans une prochaine communication, M. Bouillaud s'occupera de l'enregistrement du pouls à l'état anormal.

Dr Édouard FOURNIÉ.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Des signes ophthalmoscopiques différentiels de la commotion et de la compression du cerveau.

C'est un sujet encore nouveau que celui dont je veux vous parler aujourd'hui. Il intéresse la chirurgie, et, à son occasion, j'ai déjà publié des observations qui se trouvent dans mon livre d'ophthalmoscopie appliqué au diagnostic des maladies du système nerveux.

Plusieurs faits récents d'un grand intérêt m'engagent à vous faire cette communication. Les voici :

J'ai vu, avec l'un de nos plus célèbres chirurgiens, un enfant qui, souffrant de la tête depuis très-longtemps, un jour montait à cheval sur un très-petit poney. L'animal allait au pas et sur de la terre non foulée. Cependant l'enfant tomba et sa tête porta sur le sol. Il se releva étourdi, mais ne put se tenir et retomba en frappant de la tête sur un mur voisin. Cette fois, il resta sans connaissance pendant vingt minutes. Après être revenu à lui-même, il se mit à marcher, rentra chez lui et ne parut pas très-malade. Il se plaignait toujours de la tête, conservait de la faiblesse dans les membres inférieurs, voyait bien clair et travaillait à ses études classiques. Il mangeait avec appétit, digérait convenablement et ne semblait pas très-malade.

Un médecin très-connu à Paris et deux professeurs de la Faculté le virent et pensèrent qu'il n'y avait là qu'une névralgie de la tête, sans lésion organique.

C'est alors que je fus appelé. Comme mes confrères, je le trouvai peu malade en apparence. Mais, en examinant les yeux à l'ophthalmoscope, je trouvai de telles lésions du nerf optique et de la rétine que je n'hésitai pas à affirmer l'existence d'une maladie organique du cerveau. J'avais trouvé ce qu'on appelle la *névrite étranglée*.

En effet, le nerf optique avait entièrement disparu. Il était gonflé, rougeâtre, caché par une infiltration séro-sanguine générale qui s'étendait sur la rétine. La pupille avait entièrement disparu, et l'on ne découvrait sa place que par la radiation étoilée des veines. L'artère était invisible ; en revanche, les veines étaient énormément dilatées, tortueuses, et semblaient interrompues dans leurs parcours, ce qui résultait de leurs inflexions sinueuses dans l'exsudat papillaire.

Les douleurs aiguës du crâne continuaient, et, au bout de quelques jours, la vision se troubla, les membres inférieurs s'affaiblirent de plus en plus. Au bout de deux mois, l'enfant succombait entièrement aveugle et à peu près paralysé, ne pouvant à peine plus parler, mais conservant son intelligence.

Sous l'influence de la chute, il s'était fait une contusion du cerveau, suivie d'encéphalite et d'épanchement avec compression lente graduelle de l'encéphale, d'où la névro-rétinite révélatrice, et ensuite les accidents qui ont entraîné la mort.

Dans un autre cas, chez un jeune garçon qui avait fait une chute sur la tête, où l'on avait constaté une fracture du rocher avec écoulement séreux sanguinolent immédiat de l'oreille et paralysie de la face, mon collègue de Saint-Germain me pria d'examiner les yeux à l'ophthalmoscope. Je trouvai une névro-rétinite légère, caractérisée par l'infiltration séreuse de la papille voilant sa circonférence et une énorme dilatation des veines. Ici la lésion de l'œil était en rapport avec la lésion osseuse du crâne et les phénomènes aigus d'encéphalite observés chez l'enfant. Ce malade a guéri sous l'habile direction de mon collègue, assisté de cet autre non moins habile et excellent confrère qu'on appelle Nature.

Dans un troisième cas, un jeune garçon de la rue de la Lingerie, jouant chez ses parents, se heurta violemment le front sur l'angle d'une table, et se fit une plaie du sourcil droit. Le lendemain, l'enfant fut pris de convulsions violentes avec perte de connaissance, coma très-profond et fièvre violente.

Les yeux, examinés à l'ophthalmoscope, ne présentant aucune altération, je pensais qu'il n'y avait que commotion du cerveau et non pas de contusion ou de compression de l'encéphale. Je pensais même, en raison de la fièvre, que la convulsion ne dépendait pas de la chute sur la tête, mais pouvait résulter d'une complication inflammatoire encore latente. L'événement m'a donné raison. C'était un érysipèle de la face qui se déclara dans la journée autour de la plaie, érysipèle benin qui dura quatre jours et dont l'enfant guérit parfaitement.

Dans ce cas, au moment de la convulsion, deux de mes collègues dans les hôpitaux, qu'il est inutile de nommer ici, avaient porté le pronostic le plus grave, et avaient déclaré que rien ne pouvait sauver l'enfant. Je fus au moment même d'un avis opposé, et j'affirmai la guérison, d'une part, parce que, le nerf optique étant sain et la circulation rétinienne normale, il ne pouvait y avoir de lésion du crâne ou du cerveau, et, de l'autre, parce que j'ai écrit cet aphorisme, que : « Chez un enfant, une convulsion subite suivie de fièvre est toujours l'indice d'une maladie aiguë franche et non d'une affection aiguë du cerveau. »

Dans un autre cas, enfin, chez un jeune garçon du pensionnat Saint-Nicolas, qui était tombé sur le front et s'était coupé le sourcil à l'angle d'un mur, il s'était développé des accidents comateux accompagnés d'une double névro-rétinite avec thromboses des veines rétiniennes. J'en conclus à un épanchement du cerveau avec thrombose du sinus de la dure-mère. L'autopsie m'a montré cette thrombose avec hydrocéphalie aiguë et abcès de la partie inférieure du lobe frontal.

Jusqu'à présent, tous les faits que j'ai observés permettent de conclure de la même manière. Plusieurs se trouvent publiés en 1865, dans mon *Traité de diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscope*, et ceux qu'on vient de lire sont semblables aux premiers.

Toutes les fois qu'un sujet tombé sur la tête a perdu connaissance et semble paralysé, il y a toujours à se demander si ce n'est là qu'un étourdissement passager dû à la commotion du cerveau, ou bien, au contraire, s'il y a contusion de la substance nerveuse ou compression de cette substance par un épanchement sanguin ou séreux.

L'ophthalmoscopie, que j'ai employée pour la première fois il y a douze ans pour éclairer ce diagnostic, donne sur ce sujet les résultants les plus importants.

S'il n'y a que commotion du cerveau, le nerf optique conserve sa forme, sa netteté et ses couleurs habituelles, et les veines rétiniennes, ainsi que la rétine, ne présentent aucune modification.

S'il y a contusion du cerveau, avec ou sans inflammation consécutive, ou bien s'il y a épanchement séreux ou sanguin avec ou sans fracture du crâne, le nerf optique et la rétine sont malades.

Le nerf optique est gonflé, paraît aplati, d'un rose uniforme, parfois plus vasculaire ; ses contours sont moins nets, et il est le siége d'une suffusion séreuse partielle ou générale qui s'étend à la rétine voisine sous forme de teinte opaline transparente qui voile plus ou moins le bord papillaire.

Les artères diminuent quelquefois de volume si la suffusion a gagné la gaîne du nerf optique, et les veines rétiniennes plus ou moins dilatées indiquent, par la gêne de leur circulation une gêne semblable dans la circulation du crâne.

HOPITAL COCHIN. — M. Bucquoy.

Cirrhose du foie (1).

A l'époque où le malade était entré à l'hôpital, le diagnostic ne présentait aucune espèce de difficulté : il s'agissait bien évidemment d'une cirrhose du foie. Mais n'y avait-il pas dans les caractères que l'autopsie nous a révélés chez cet homme quelque chose de différent de ce qu'on observe dans la cirrhose classique? Assurément oui. Le foie était d'abord plus volumineux qu'à l'état normal, tandis que dans la cirrhose vraie il est rapetissé. Sa surface ne présentait en outre que des granulations très-fines, en quelque sorte miliaires, tandis que dans la même maladie la surface du foie, extrêmement irrégulière, est comme hérissée de mamelons, de saillies plus ou moins accentuées qui la labourent. Enfin l'enveloppe séreuse, très-épaissie, a contracté des adhérences avec les organes voisins, et la coupe ne donne pas seulement, comme chez notre malade, la sensation d'un tissu dur et résistant, mais squirrheux, présentant des granulations nombreuses, se répartissant, comme à la surface, sous forme de mamelons.

Si l'examen microscopique des lésions que présentait le foie chez cet homme avait été pratiqué, on aurait vu que les marbrures blanches disséminées dans son épaisseur n'étaient autre qu'un développement excessif de tissu conjonctif, et que cette prolifération avait eu lieu dans toute l'étendue du parenchyme pulmonaire, sous forme de noyaux de substance conjonctive qui circonscrivait les lobules hépatiques. Dans la cirrhose classique, il y a également nouvelle formation de tissu conjonctif, mais cette substance subit, à un degré plus avancé de la maladie, la transformation propre au tissu de cette nature. Il devient fibreux et subit une période de rétraction qui a pour effet la compression et l'étouffement des vaisseaux et des lobules hépatiques compris dans ses mailles et la formation de granulations plus ou moins volumineuses.

Ces différences entre la forme que cet homme vient de nous présenter et la cirrhose vraie tiennent donc à ce que, dans l'exemple que nous avons sous les yeux, le tissu conjonctif, tout en étant assez abondant dans l'épaisseur du parenchyme hépatique, n'avait pas encore passé par le travail de rétraction qui lui est propre. De sorte que l'on pourrait dire

(1) Fin. — Voir le numéro du 12 octobre.

que nous avions affaire à une cirrhose dans laquelle la lésion n'était encore qu'à son premier degré, à la période de prolifération.

Que devient maintenant, au milieu de ce tissu de nouvelle formation, la substance propre du foie? La plupart des cellules hépatiques restent intactes ; aussi la bile est-elle encore normalement sécrétée. Cependant, lorsque la lésion est profonde et avancée, ces mêmes lobules peuvent subir un travail de dégénérescence tantôt athéromateuse, tantôt amyloïde. Quant à celles qui sont plongées au milieu du tissu conjonctif, elles sont étouffées et leurs débris se présentent sous forme d'amas pigmentaires.

En résumé, les altérations du foie dans la cirrhose, et à quelque degré qu'on l'observe, répondent toutes à une inflammation générale qui seule peut produire ce développement anormal de tissu conjonctif de nouvelle formation. Ce n'est pas là une inflammation aiguë, mais bien chronique d'emblée ; elle n'envahit pas tout le parenchyme hépatique, mais seulement certaines parties de la glande. Jusqu'à un certain point, elle respecte les cellules hépatiques et ne porte que sur le tissu conjonctif de l'organe ou la trame cellulaire, et par conséquent mérite le nom que lui ont donné les auteurs d'*hépatite interstitielle.*

Les symptômes de la maladie découlent des lésions dont le foie est alors le siége. Le processus inflammatoire, avons-nous dit, se manifeste lentement et d'une manière graduelle ; aussi le début de la maladie sera-t-il lui-même latent et la plupart du temps inaperçu.

Les premiers signes par lesquels la cirrhose se manifeste sont ordinairement des troubles dyspeptiques qu'il est très-difficile, surtout chez les buveurs, de rattacher à leur véritable cause. Cependant, dans certains cas, des phénomènes assez aigus peuvent accuser le début de la maladie : une douleur plus ou moins vive dans l'hypochondre droit, des vomissements. Dans ces conditions, quelques malades peuvent présenter de l'ictère, mais celui-ci n'est pas un symptôme propre à la cirrhose. Freerichs l'a, il est vrai, observé sept fois sur trente-deux malades, mais deux fois seulement il a constaté les caractère de l'ictère véritable. Ordinairement la peau a une teinte cachectique particulière, intermédiaire en quelque sorte à la coloration jaune paille du cancer et la teinte jaune de l'ictère.

Plus tard, quand se manifestent les symptômes qui indiquent que la maladie entre dans sa seconde phase, c'est-à-dire que le tissu conjonctif subit ce travail de rétraction dont nous venons de parler, le premier signe que l'on constate, c'est l'ascite, bien que le développement du ventre que l'on observe en ce cas puisse également tenir à du météorisme. A cette époque, quelquefois encore, il est possible de sentir le foie à la palpation. On constate alors que cet organe est assez irrégulier, qu'il est dur et résistant. Pendant que l'ascite fait des progrès, on voit apparaître le développement d'une circulation complémentaire qui a pour effet de distendre le réseau veineux sous-cutané abdominal. C'est un des symptômes les plus importants pour distinguer l'ascite qui appartient à la cirrhose. Quelquefois ces vaisseaux sont tellement développés qu'ils donnent lieu à un bruit de souffle anémique, ainsi que je l'ai constaté une fois à la Pitié. Les veines profondes se dilatent également et on a signalé dans toutes les veines qui longent le rachis une distension souvent énorme qui se remarquait même jusque dans les veines œsophagiennes.

Ces deux symptômes, l'ascite et la dilatation des veines, indiquent une gêne considérable dans la circulation de la veine porte. Cette gêne a elle-même pour effet de déterminer une tension énorme dans l'origine de ce vaisseau. Aussi n'est-il pas rare, chez les individus atteints de cirrhose du foie, d'observer une dilatation variqueuse des veines hémorrhoïdales et même des hémorrhagies qui peuvent emporter le malade. La plaque ecchymotique que présentait l'intestin, chez notre homme, n'était autre qu'une hémorrhagie sous-muqueuse de cette nature.

D'autres phénomènes peuvent résulter de la compression de la cellule hépatique. En effet, quoiqu'il y ait encore fonctionnement du foie, il peut cependant y avoir une altération profonde dans la sécrétion de la bile, altération qui peut aller jusqu'à l'acholie, et à laquelle il faut attribuer les progrès rapides de la cachexie.

Ordinairement les malades meurent comme notre homme, mais les causes mêmes de la cirrhose peuvent déterminer dans d'autres organes, le rein, le cœur, etc., des désordres analogues auxquels le malade succombe.

La cirrhose du foie se rencontre, comme je vous l'ai déjà dit, chez les alcooliques, mais on peut également l'observer chez des gens qui ne se sont jamais livrés à l'abus des boissons excitantes. C'est ainsi qu'elle peut se développer sous l'influence de l'hérédité.

L'action de l'alcool sur le foie est facile à comprendre. L'alcool, de l'estomac, passe très-rapidement dans le foie, qui s'en empare. Il y a là une action directe, immédiate. Lorsqu'on étudie d'une manière générale l'action de l'alcool sur le foie, on voit que celui-ci atteint ou bien la cellule hépatique, ou bien la trame même du tissu. Si c'est sur la cellule que l'alcool exerce son action, celle-ci subit un travail de dégénérescence graisseuse. Mais le plus ordinairement, et surtout lorsque l'action est lente, c'est, au contraire, le tissu interstitiel qui subit l'influence irritante de l'alcool, et sous cette influence le tissu s'enflamme, prolifère et constitue l'hépatite interstitielle subaiguë ou chronique de laquelle résulte la cirrhose. Aussi la rencontre-t-on surtout dans les pays du Nord, où l'on fait un usage immodéré de l'alcool en nature.

Cette maladie est constamment mortelle. Cependant il est des circonstances excessivement singulières dans lesquelles on a vu des malades revenir à la santé. J'ai, pour ma part, observé deux cas de ce genre, qui montreraient que, dans une maladie aussi constamment mortelle que la cirrhose, on peut cependant, par un régime convenablement approprié, espérer encore la guérison ou du moins l'amélioration du malade.

Comme traitement, je ne connais encore que la diète lactée unie aux alcalins qui ait donné quelque avantage. Mais, s'il vous est donné de soupçonner le début de la maladie, vous tirerez de bons résultats de l'emploi des alcalins, qui, comme les eaux de Vichy, de Vals, de Carlsbad, exercent une action résolutive sur le foie et enrayent la marche de la maladie. L'iodure de potassium à haute dose et d'un usage prolongé pourrait également vous donner quelque résultat en agissant encore comme résolutif ; mais il détermine si souvent une poussée acnéique chez des individus déjà couperosés, qu'il est presque impossible d'en continuer l'emploi.

Enfin les drastiques, dont on conseille l'usage pour favoriser la résorption du liquide contenu dans la cavité abdominale, peuvent, dans certains cas, présenter des inconvénients assez graves pour que l'on ne doive pas hésiter à leur préférer la ponction lorsque la gêne et l'oppression causées par le liquide sont trop considérables.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 octobre 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

PRÉSENTATIONS

M. Duplay dépose sur le bureau le premier fascicule du tome V du *Traité élémentaire de pathologie externe*, contenant les *Maladies de la région du cou.*

M. Verneuil présente, de la part de Duboué (de Pau), une brochure intitulée : *Quelques principes fondamentaux de la thérapeutique.*

M. Larrey présente, de la part de M. Deschaux (de Montluçon), une observation de *Conservation dans un cas de traumatisme grave de l'épaule.*

M. Perrin présente, de la part de M. Chauvel, professeur agrégé au Val-de-Grâce et lauréat de la Société de chirurgie, une brochure sur l'*Ischémie temporaire pendant les opérations.*

M. le Président déclare vacante une place de membre titulaire, et invite les candidats à faire parvenir leurs demandes d'inscription.

MM. Larrey, Giraldès et Verneuil sont chargés de régler les conditions du prix à décerner tous les trois ans au nom de Demarquay, qui a légué à cet effet une somme de 10,000 francs à la Société.

RAPPORT

Bec-de-lièvre. — De l'âge le plus favorable à l'opération. — M. Sée donne lecture d'un rapport sur une *opération de bec-de-lièvre double et compliqué*, dont la relation est due à M. Savary (du Mans). Cette relation ne présente rien qui ne se retrouve dans les faits de même nature ; mais l'auteur l'a fait suivre de réflexions intéressantes sur le moment opportun pour pratiquer cette opération. La Société a discuté cette question en 1856, et a déclaré alors qu'il valait mieux attendre que d'opérer dès le premier âge. Depuis cette époque, l'opinion des chirurgiens semble s'être modifiée à un tel point qu'il semblerait nécessaire d'indiquer les contre-indications à l'opération précoce.

Guersant conseillait, en 1865, d'opérer les becs-de-lièvre simples un mois après la naissance. L'enfant est alors à l'abri des premiers accidents de la naissance ; on sait s'il se nourrit bien. Pour les cas compliqués, il préférait attendre six, huit et même dix mois.

M. Giraldès veut qu'on les opère tous dès les premiers mois.

Demarquay opérait dès les premiers mois les becs-de-lièvre simples, et même les compliqués, s'il était possible d'obtenir un rapprochement facile. S'il y avait trop d'écartement, il attendait *une époque plus favorable.*

M. Bouisson est partisan de l'opération précoce; cependant, s'il y a une complication trop grande, il faut attendre l'âge de raison.

M. Tillaux opère les simples dès la naissance, les compliqués dans la première année.

Les Anglais attendent deux mois au plus, même pour les compliqués. Si la nourriture de l'enfant souffre de la difformité, ils opèrent de très-bonne heure tous les cas.

Otto Weber opère dès la naissance. Cependant, si l'enfant est faible, il conseille de le laisser se fortifier un peu. Lorsque l'enfant est très-jeune, il dort presque toute la journée, ne tourmente pas les sutures, et guérit plus parfaitement ; mais il faut qu'il soit bien portant. Le coryza est une contre-indication formelle. Si l'on a laissé passer le premier âge, il faut éviter l'époque de la dentition et la période de deux à sept ans, pendant laquelle la suppuration semble plus fréquente.

Kœnig, dans un traité de chirurgie qui vient de paraître, conseille d'opérer de très-bonne heure les cas simples et surtout les cas compliqués. On améliore ainsi les conditions de l'alimentation de l'enfant, et cette manière de faire rend plus satisfaisantes les statistiques que ne le fait l'expectation.

M. le rapporteur, enfin, est d'avis qu'il faut faire l'opération à un mois ou six semaines.

L'auteur conclut en émettant le vœu qu'une discussion nouvelle vienne trancher la question et empêcher à l'avenir de s'appuyer, pour retarder l'opération , sur une opinion qui semble n'être plus celle de la Société de chirurgie.

DISCUSSION

M. Giraldès est d'avis d'opérer aussitôt que possible si l'enfant est bien portant et *s'il a une nourrice*, ce qui est indispensable pour la réussite de l'opération, et à la condition qu'il n'ait pas de vice de conformation de la tête. Il arrive souvent qu'un bec-de-lièvre coïncide avec une hydrocéphalie. D'autres fois, il y a un écartement considérable de la fente palatine. Le coryza est souvent une cause d'insuccès à cause des secousses de l'éternument qui peuvent détruire les sutures, surtout si l'on a employé la suture entortillée, car même cette complication n'agit pas sur la suture métallique, qui résiste bien et peut rester quelquefois dix et quinze jours sans se salir.

M. Sée emploie aussi maintenant les fils métalliques de préférence à la suture entortillée. Cependant il n'est pas encore édifié sur la préférence absolue à donner aux premiers, ayant échoué dans deux cas de coryza où il les avait employés.

Des remerciements seront adressés à l'auteur, et son travail sera déposé aux archives. Le rapport sera inséré aux Bulletins.

COMMUNICATION

Ostéo-périostite phlegmoneuse du tibia chez un jeune homme de seize ans. Résection de 29 centimètres de cet os. Reproduction. Guérison. — M. Duplay. Le 5 janvier dernier, à l'Académie de médecine, M. Giraldès donnait le conseil de pratiquer le plus tôt possible l'extraction des os atteints de périostite phlegmoneuse diffuse. M. Duplay a eu, quelques jours après, l'occasion de suivre ce précepte, et il l'a fait avec un succès complet.

Il s'agit d'un jeune homme de seize ans, entré dans son service pour un abcès de la face dorsale du médius droit, survenu sans cause appréciable. Deux jours après, l'articulation était prise ; on y sentait des mouvements de latéralité. Elle fut immobilisée. Le malade se levait et était employé dans la salle à frotter le parquet. Quatre jours plus tard , une douleur survint à la malléole interne, qui devint rapidement le siége d'un abcès. En deux jours, la moitié de la jambe fut envahie. Au bout de quatre ou cinq jours, la suppuration était évidente. M. Duplay constatait un vaste abcès causé par une périostite phlegmoneuse du tibia. Il y eut une légère amélioration. Cependant l'état général continuait d'être grave. La fièvre était continue, avec un pouls variant de 110 à 140 et une température de 40°. Le 26 janvier, nouvel abcès de la face interne du tibia. L'os était dénudé. Trois jours plus tard, autre abcès. Vers la fin de janvier, l'état général était mauvais. Des frissons survinrent, puis une douleur à l'épaule droite , avec gonflement et rougeur; diarrhée, perte d'appétit, subdelirium.

Le 2 février, trois semaines après le début des accidents, M. Duplay pratique la résection du tibia, après avoir fait une incision de la malléole interne au condyle interne du tibia, avec l'aide du chloroforme et de la bande d'Esmarch. A la limite supérieure du décollement du périoste, il fit la section de l'os avec la scie à chaîne. L'épiphyse inférieure était détachée par la suppuration. Le périoste était complet, sauf un petit point resté adhérent à l'os et qui s'est trouvé enlevé avec lui. Séance tenante, l'amputation de la phalange malade fut faite. Il y avait une ostéite épiphysaire de la phalangine, avec décollement de l'épiphyse supérieure et arthrite purulente.

La portion de tibia enlevée mesurait 26 centimètres. Une section longitudinale fit voir dans toute l'étendue l'infiltration purulente de l'ostéomyélite. Les suites de l'opération furent simples ; le malade n'avait pas perdu de sang, et il n'y eut pas de ligature à faire. Le pansement consista en une large attelle plâtrée, placée sur la face interne du membre. Les phénomènes généraux cessèrent rapidement : il n'y eut plus de frissons, la température descendit au bout de quelques jours à 38, le pouls à 100, la diarrhée disparut. La douleur de l'épaule s'était dissipée en trois ou quatre jours. L'appareil

fut enlevé après un mois. Quelques escarres s'étaient formées. Le membre fut alors placé dans une gouttière, et la plaie, au fond de laquelle on découvrait déjà quelques lamelles osseuses, fut comblée en moins d'un mois.

Quelques incidents cependant nécessitèrent une nouvelle intervention pendant cette période de réparation. Le genou n'avait jamais été malade, et M. Duplay, en voulant ménager la partie supérieure du tibia, qui était saine, avait laissé une petite portion d'os malade qui se nécrosa. La plaie, dans son tiers supérieur, bourgeonnait mal. Le pus s'écoulait difficilement. Trois semaines après l'opération, 2 à 3 centimètres d'os furent enlevés avec la rugine, ce qui porte à 29 centimètres la longueur totale de la portion de tibia enlevée. La plaie reprit dès lors bon aspect. Un autre petit accident vint entraver la guérison, alors que la réparation était presque complète. Un petit clapier se forma, avec décollement de la peau, sur la face dorsale du pied. Il y avait une mobilité légère entre la diaphyse inférieure et l'épiphyse nouvellement formée, mobilité qui semble tenir à l'arrachement d'une petite partie du périoste. La cicatrisation, à ce moment, était complète dans les deux tiers inférieurs de la jambe. Un bandage circulaire dextriné fut appliqué, et, un mois plus tard, l'os était consolidé. Le malade, qui marchait depuis le mois de juin à l'aide d'une canne et d'une béquille, est parti en juillet; M. Duplay le présente à la Société.

Aujourd'hui, il reste une petite fistule au haut de la cicatrice; il y a évidemment un petit séquestre, qu'il faut surveiller. Cependant le malade marche sans aucun secours. Sa claudication est due à deux causes : le membre est raccourci de 1 1/2 à 2 centimètres, et le péroné s'est un peu incurvé; de plus, l'articulation tibio-tarsienne est encore roide à cause de son immobilisation prolongée et de l'état des parties péri-articulaires. Le genou n'a jamais été malade.

M. Duplay a recherché les cas qui pouvaient se rapprocher de celui qu'il présente. Holmes a pratiqué la résection de la diaphyse du tibia sur un enfant de dix ans. Il marchait huit mois après, avec un raccourcissement de un pouce et demi. Ollier, dans son *Traité de la régénération des os*, cite un cas semblable dû à Letenneur (de Nantes). Récemment, John Mac Dougal a publié dans le *Journal de médecine d'Édimbourg* (mai 1875) une observation tout à fait analogue, accompagnée d'une planche. Le malade avait sept ans. La résection de la totalité du tibia fut faite un mois après le début des accidents. Il guérit en neuf mois avec un raccourcisement de un quart de pouce. Tous ces faits viennent à l'appui de la doctrine des résections prématurées dans les périostites suppurées. Les accidents les plus graves ne sont pas une contre-indication, même la septicémie, comme le prouve l'exemple relaté aujourd'hui.

DISCUSSION

M. MARJOLIN. Ces périostites sont très-communes dans les hôpitaux d'enfants, chez des apprentis surmenés. Tantôt le périoste seul est atteint, tantôt la lésion est beaucoup plus profonde. On les prend souvent au début pour des douleurs rhumatismales, et on place les malades dans un service de médecine, et quand ils arrivent dans un service de chirurgie, il y a des décollements considérables. Ici le mal a débuté sans cause connue; c'est un fait rare. Ordinairement l'inflammation se développe vers l'extrémité inférieure du membre et reste très-limitée. Il arrive souvent que, si l'on pratique une large ouverture, le périoste se réapplique. Mayor (de Genève) en avait cité un premier exemple à la suite d'une fracture. M. Marjolin en a vu un second dans son service. Il se disposait à enlever le tibia, l'avait même déjà scié à sa partie supérieure, lorsqu'il vit qu'il saignait abondamment, ainsi que le périoste; il le remit en place, et le malade guérit. On prend souvent pour une nécrose de l'os ce qui n'est qu'un décollement du périoste. Quelquefois il y a une exfoliation superficielle de l'os, comme on en observe au crâne. Mais la résection est indiquée lorsqu'il y a une suppuration centrale.

M. GIRALDÈS. La dernière observation de M. Marjolin ajoute un argument à l'opinion qu'il avait que cette maladie n'est pas une ostéo-périostite, mais seulement une périostite. Quand il y a une périostite diffuse aiguë, comme en a montré Schutzenberger (de Strasbourg), l'os s'enflamme et se nécrose, parce qu'il est dépourvu de nutrition. Si le point de départ est une ostéo-périostite, le processus inflammatoire n'est pas le même, et il y a dès le début des traces de suppuration osseuse. Si le point de départ est, au contraire, une inflammation du périoste, ayant une cause générale, quelquefois le rhumatisme, on rencontre à l'autopsie une péricardite intense et des lésions valvulaires, même chez les enfants. On prend quelquefois ces maladies au début pour une fièvre typhoïde, et les abcès sont considérés comme des abcès critiques. On purge et on *thérapeutique* les petits malades, et on les guérit *quelquefois* très-longuement. tandis que l'opération les guérit plus rapidement et plus sûrement. Il n'a rien à en espérer cependant lorsque c'est le fémur qui est atteint, à cause de l'insuffisance des appareils contentifs. En résumé, le cas cité par M. Duplay vient à l'appui de ce fait que l'ostéo-périostite est due à une simple inflammation du périoste, et que l'os n'est pas primitivement malade, mais le devient consécutivement.

M. LE FORT a vu l'année dernière une périostite phlegmoneuse aiguë de la clavicule prise pour une fièvre typhoïde. L'os était isolé complétement. La résection doit être faite de bonne heure pour éviter l'invagination du séquestre. Dans les cas que cite M. Le Fort, la reproduction rapide de la clavicule put être vérifiée à l'autopsie, la malade ayant succombé à une inflammation consécutive de la partie supérieure du fémur et des os du bassin.

M. TILLAUX demande à M. Giraldès si, dans un cas de périostite comme celui de M. Duplay, il croit préférable d'enlever l'os d'emblée ou de temporiser.

M. GIRALDÈS. Si une grande partie de l'os est nécrosé, il est avantageux de l'enlever prématurément plutôt que d'attendre l'invagination.

M. PAULET. Une périostite aiguë étant donnée, la nécrose est-elle fatale? M. Paulet a conservé le souvenir de deux de ces collections profondes de pus, siégeant à la cuisse et simulant une fièvre grave. Pour l'un des deux, il est bien certain d'avoir plongé son bistouri au-dessous du périoste. C'était bien une périostite phlegmoneuse diffuse. La suppuration dura longtemps, mais jamais il n'y eut de nécrose, ni d'exfoliation osseuse, ni de séquestre éliminé. Le malade était depuis huit jours seulement à l'hôpital.

M. GIRALDÈS. La nécrose est totale, fatale ou partielle, superficielle ou profonde. C'est l'avis de tous les chirurgiens.

M. MARJOLIN ne croit pas que la nécrose soit une conséquence fatale du décollement quant il y a périostite plus ou moins étendue. Il a vu de nombreux faits où le bistouri a été enfoncé jusque derrière le col du fémur. On sentait l'os à découvert avec la sonde cannelée, et il n'y a pas eu de nécrose. Ce sont de véritables panaris; seulement l'étranglement n'est pas aussi considérable. Le siége le plus fréquent de ces affections est la partie inférieure du fémur. Une lamelle d'os superficielle se fait jour par un abcès du creux poplité. Quand c'est la diaphyse qui est malade, une partie plus ou moins grande suppure, et si l'on tarde à ouvrir l'abcès ou à ébranler l'os nécrosé, le périoste se gonfle, tend à réparer l'os, et il faut faire sauter des ponts osseux pour extraire le séquestre. Mais la nécrose n'est pas une conséquence fatale. Dans le cas qu'il a cité et qui a été consigné dans les Bulletins de la Société de chirurgie, on pouvait promener le doigt entre l'os et le périoste dans une grande étendue.

M. LE FORT. Il ne faut pas confondre une périostite suppurée, même étendue, avec une périostite phlegmoneuse aiguë qui a des caractères tout à fait différentiels. Dans ces derniers cas, souvent pris pour des maladies aiguës, il faut faire rapidement l'extraction de l'os. Dans les périostites simples, même étendues, comme celles qui dénudent tout un maxillaire par suite de l'évolution de la dent de sagesse, le périoste se recolle facilement.

M. GIRALDÈS. Dans la périostite phlegmoneuse aiguë bien caractérisée, la période de suppuration est très-courte; la température s'élève à 40 et 42 degrés; quelquefois on observe des accidents cérébraux. Si l'on ouvre largement l'abcès et qu'on introduise le doigt, on rencontre un os dénudé et présentant des rugosités, ce qui est une particularité caractéristique. L'abcès du maxillaire, dû à une périostite simple, n'a pas les mêmes caractères. Si le malade succombe, on trouve les canalicules osseux dépourvus complétement de vaisseaux, largement ouverts, et dépourvus de la couche ostéo-plas-

tique. S'il n'y a plus de communication entre les vaisseaux et l'os, peut-on concevoir que celui-ci puisse ne pas se nécroser?

M. DUPLAY partage l'opinion de M. Giraldès, contrairement à celle de M. Marjolin. Les périostites qu'a observées M. Marjolin diffèrent des périostites phlegmoneuses diffuses. On peut en voir de très-étendues, au crâne, au maxillaire. Mais les autres sont caractérisées par leur mode d'évolution; leur marche rapide les a fait appeler *typhus des membres*. L'os est voué fatalement à la nécrose.

M. PANAS pense qu'il serait très-intéressant de suivre cet enfant au point de vue de l'élongation du membre. Le cartilage épiphysaire inférieur étant enlevé, une des sources de l'allongement de la jambe est tarie, et il est probable que la disproportion entre les deux jambes sera de plus en plus grande. Il serait intéressant de suivre ce malade pendant deux ou trois ans.

M. LARREY. Il est probable aussi que l'incurvation du péroné, qui continuera à s'accroître, augmentera également.

La séance est levée.

CONGRÈS DES SCIENCES MÉDICALES DE BRUXELLES

SÉANCE GÉNÉRALE DU 23 SEPTEMBRE 1875 (1).

M. BELVAL donne lecture des travaux de la 9e section.

Faut-il étendre l'emploi médical des principes immédiats chimiquement définis et en multiplier les préparations dans les pharmacopées? Rapporteur : M. Van Bastelaer, membre de la commission médicale du Hainaut.

Les conclusions définitives sont adoptées :

1° Il est désirable qu'on étende en médecine l'emploi des principes immédiats dont l'action thérapeutique serait parfaitement connue.

2° Il est utile, dans ce but, d'inscrire les principes immédiats dans les pharmacopées et d'y joindre les formules les plus convenables. Les propriétés de ces principes seraient bien définies et les moyens d'en constater la pureté bien déterminés.

M. CHAPMAN lit un mémoire sur la prostitution en Angleterre et les effets des mesures décrétées pour l'extirpation des maladies vénériennes dans l'armée anglaise. Ses conclusions tendent à rejeter la réglementation de la prostitution.

M. SIGMUND constate les résultats heureux des mesures réglementaires prises récemment à Vienne et qui ont amené une diminution dans le nombre, la gravité et la durée des maladies vénériennes.

M. VLEMINCKX s'étonne que l'utilité de ces mesures puisse être mise en doute, et donne un aperçu sur les visites réglementaires et le mode d'admission des femmes dans les hôpitaux civils, et des sujets vénériens dans les hôpitaux militaires.

M. PINI, de Milan, déplore que la propagande antiréglementaire des médecins anglais ne se borne pas à l'Angleterre, mais s'étende sur le continent. Il croit les lois policières, notamment telles qu'elles existent en Italie, injustes et insuffisantes, et demande une réglementation édictée par les gouvernements.

M. VERITÉ signale des cas de contagion non sexuelle et insiste pour que, à l'aide de publications autorisées, le public soit mis en garde contre ce mode d'infection.

M. VLEMINCKX croit que la liberté de la prostitution en Angleterre constituerait un danger pour le continent. L'hygiène doit être internationale, et il invoque une action commune de toutes les autres nations. Il ne peut concevoir qu'un peuple qui a décrété la vaccine obligatoire ne prenne aucune mesure contre le virus syphilitique.

M. CHAPMAN, s'appuyant sur ses travaux statistiques, est d'opinion que la réglementation développe la prostitution clandestine, et, comme telle, marche à l'encontre de son propre but.

M. SIGMUND donne un aperçu sur la réglementation qui préside à l'admission des sujets vénériens dans les hôpitaux de Vienne.

M. DRYSDALE ne croit pas à l'efficacité des mesures prises par l'administration bruxelloise, et cite, à ce propos, des données dont l'exactitude est contestée par M. Vleminckx.

(1) Fin. — Voir le numéro du 16 octobre.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

341. Guedel. Considérations sur la pathogénie et le traitement du strabisme.
342. Bourgougnon. Ruptures et contractures musculaires des ouvriers chargeurs.
343. Simon. D'une nouvelle variété de spasmes musculaires fonctionnels.
344. Quelques considérations sur les symptômes des fractures de la base du crâne.
345. Balade. Étude sur la gangrène des myomes utérins.
346. Lemaître. Du kamala (*rottlera tinctoria*). Action ténifuge du kamala.

ÉTAT SANITAIRE.

Paris : Population (recensement de 1872), 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 15 octobre 1875, on a constaté 889 décès, savoir :

Variole, 1; rougeole, 9; scarlatine, 1; fièvre typhoïde, 52; érysipèle, 1; bronchite aiguë, 24; pneumonie, 30; dysenterie, 2; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 17; choléra nostras, 1; angine couenneuse, 7; croup, 15; affections puerpérales, 4; autres affections aiguës, 265; affections chroniques, 404, dont 168 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 31; causes accidentelles, 25.

Londres : Population, 3,445,160 habitants. — Décès du 3 au 9 octobre 1875, 1,397. — Variole, »; rougeole, 21; scarlatine, 110; fièvre typhoïde, 18; érysipèle, 5; bronchite, 109; pneumonie, 60; dysenterie, »; diarrhée, 105; choléra nostras, 2; diphthérie, 12; croup, 14; coqueluche, 47.

New-York : Population, 1,060,000 habitants. — Décès du 12 au 18 septembre 1875, 634. — Variole, 19; rougeole, 1; fièvre typhoïde, 19; scarlatine, 2; bronchite, 18; pneumonie, 31; dysenterie, »; diarrhée, 285; croup, 14.

Rome : Population, 256,153 habitants. — Décès du 20 au 26 septembre 1875, 171. — Variole, »; rougeole, »; scarlatine, »; fièvre typhoïde, 4; érysipèle, 1; bronchite, 5; pneumonie, 6; diarrhée, »; diphthérie et croup, 5.

Buda Pesth : Population, 300,000 habitants. — Décès du 26 septembre au 2 octobre 1875, 208. — Variole, 8; rougeole, 1; fièvre typhoïde, »; érysipèle, »; pneumonie, 7; bronchite, »; diarrhée, 23; diphthérie, 9; croup, 4.

Bruxelles : Population, 188,264 habitants. — Décès du 26 septembre au 2 octobre 1875, 77. — Variole, 1; rougeole, 2; scarlatine, »; fièvre typhoïde, 3; érysipèle, »; bronchite et pneunomie, 8; croup, »; diarrhée infantile, 15.

Lille : Population, 158,117 habitants. — Décès du 1er au 15 septembre 1875, 208. — Variole, »; rougeole, 5; fièvre typhoïde, 5; érysipèle, »; bronchite, 3; pneumonie, 1; diphthérie et croup, 2.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 2 octobre 1875, ont été promus dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin principal de 1re classe :

M. Péruy (Léon-Charles), médecin principal de 2e classe, secrétaire du conseil de santé des armées, en remplacement de M. Flesshhut, retraité.

M. Vauthier (Nicolas-René), médecin principal de 2e classe aux

hôpitaux de la division d'Oran, en remplacement de M. Gueury, promu médecin inspecteur.

M. Baudouin (Charles-Claude), médecin principal de 2e classe des hôpitaux de la division de Constantine, en remplacement de M. Brault, nommé médecin inspecteur.

Au grade de médecin principal de 2e classe :

M. Arnaud (Quirin-Joseph), médecin-major de 1re classe au 18e d'artillerie, en remplacement de M. Péruy, promu.

M. Castex (Laurent-Jean-Léon), médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Vincennes, en remplacement de M. Vauthier, promu.

M. Herbecq (Florent-Joseph), médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Bayonne, en remplacement de M. Baudouin, promu.

Au grade de médecin-major de 1re classe :

(Choix). M. Majesté (Charles-Edouard), médecin-major de 2e classe du 15e d'artillerie, en remplacement de M. Bertrand, retraité.

(Ancienneté). M. Bazille (Émile), médecin-major de 2e classe au 93e de ligne, en remplacement de M. Colonna, retraité.

(Choix). M. Albert (Prospère), médecin-major de 2e classe au 138e de ligne, en remplacement de M. Ropert, retraité.

(Ancienneté). M. Girod de Miserey (Laurent-Joseph-Oswald), médecin-major de 2e classe au 113e de ligne, en remplacement de M. Geoffroy, décédé.

(Choix). M. Kelsch (Louis-Félix-Achille), médecin-major de 2e classe des hôpitaux de la division de Constantine, en remplacement de M. Arnaud, promu.

(Ancienneté). M. Weill (Jacob), médecin-major de 2e classe au 4e escadron du train des équipages militaires, en remplacement de M. Castex, promu.

(Choix). Delahousse (Charles-Louis-Joseph), médecin-major de 2e classe des hôpitaux de la division d'Oran, en remplacement de M. Herbecq, promu.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Avis à MM. les étudiants. Les cours de la Faculté de médecine de Paris recommenceront le 3 novembre prochain. Des affiches ultérieures feront connaître les heures auxquelles les divers cours auront lieu et les amphithéâtres affectés à chacun d'eux.

Les consignations pour les examens sont remises au secrétariat de la Faculté à partir du 15 octobre, les vendredis et samedis de chaque semaine, de une à quatre heures. Les examens commenceront le lundi 25 octobre.

Pour la mise en série, l'ordre des consignations sera rigoureusement suivi. MM. les étudiants seront prévenus par lettre du jour où ils devront se présenter devant le jury. Ils sont instamment priés, dans leur intérêt, de vouloir bien donner exactement leur adresse au secrétariat.

Le registre des inscriptions sera ouvert du lundi 3 novembre au jeudi 25.

Les inscriptions reçues les lundi, mardi, mercredi et jeudi de chaque semaine, de une heure à quatre heures, et pour les élèves nouveaux seulement, le même jour, de neuf heures à onze heures du matin.

Le doyen recevra MM. les étudiants dans son cabinet, tous les mercredis de dix heures à onze heures, et le secrétaire, les lundis, mercredis et vendredis, de huit heures à onze heures.

MM. les internes seront reçus les lundis et vendredis de deux heures à quatre heures.

— On lit dans le *Lyon médical :*

L'état sanitaire continue à être des plus satisfaisants, malgré l'élément infectieux qui, un certain temps, a caractérisé la constitution médicale. La mortalité de la dernière semaine a été encore au-dessous de la moyenne et bien inférieure à celle de la semaine correspondante de 1874.

Du 1er au 7 octobre de l'année dernière, on avait noté 161 décès, il y en a eu seulement 131 pendant la période correspondante de 1875, encore est-il juste de remarquer que dans ce dernier chiffre les maladies chroniques entrent pour une large part, plus de la moitié.

Comme la semaine précédente, on observe des maladies aiguës bronches et des poumons, des angines catarrhales, quelques dysenteries et bon nombre de névralgies dentaires et autres.

La fièvre typhoïde et la variole ont fait encore quelques victimes, mais le nombre des sujets atteints va en diminuant.

Etat satisfaisant des salles de chirurgie et des maternités.

— *Cours clinique sur les maladies des enfants.* — M. Bouchut recommencera ce cours le mardi 26 octobre, à huit heures du matin, à l'hôpital des Enfants malades, rue de Sèvres, n° 149, et le continuera tous les mardis.

La première leçon aura pour sujet la *cérébroscopie* à l'aide de projections lumineuses par le magnésium.

— *Électrologie médicale.* — M. le docteur A. Tripier commencera le mercredi 20 octobre, à une heure, au dispensaire de la rue Christine, n° 3, des conférences sur la pathologie nerveuse, la gynécologie et les applications de l'électricité à la médecine. Les leçons auront lieu tous les mercredis, à la même heure.

— M. le docteur Gustave Vautrin, ex-premier assistant de la clinique ophthalmologique de M. le professeur A. Desmarres, fils, de Paris (années 1864, 1865, 1866 et 1867), a été autorisé, en date du 21 avril 1875, par M. le ministre de l'instruction publique, à faire à Nancy un cours libre d'ophthalmologie. — M. le docteur Gustave Vautrin vient d'ouvrir, dans la même ville, une clinique (institut ophthalmique) pour le traitement des maladies des yeux.

A partir du 16 novembre 1875, les consultations gratuites auront lieu les mardis, jeudis et samedis, de une heure à deux heures.

Examens ophthalmoscopiques, les mardis et samedis.

Opérations, le jeudi.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0 006	0 024	0 010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.10[illegible]	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Liqueur de Carrié au tartrate ferrico-potassico-ammoniaque.

La LIQUEUR DE CARRIÉ est la meilleure des préparations ferrugineuses pour combattre la **chlorose**, les migraines, les gastralgies. Toutes les fois que le sang a besoin de fer, cette liqueur doit avoir la préférence sur les autres ferrugineux, elle réussit mieux, l'estomac la supporte plus facilement et elle ne provoque **jamais de constipation.** — Le flacon, 3 francs, 38, rue de Bondy, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

A la même pharmacie, le **carton anti-asthmatique** de *Carrié*, la meilleure préparation connue jusqu'à ce jour. La preuve la plus frappante de son efficacité, c'est qu'elle a été admise à la page 653 du Codex de 1866, publié par ordre du gouvernement. — La boite : 5 francs.

Vin de Roussy, toni-nutritif, au jus de viande concentré.

Ce **Vin inaltérable** contient, sous une forme **condensée, digestible** et **assimilable, tous les éléments organiques et minéraux qui se trouvent dans l'organisme. — Médicament-aliment** d'un goût fort **agréable.** — **Aliment complémentaire** excellent pour les enfants, les vieillards, les convalescents, dont il relève et régularise les fonctions digestives. On peut en continuer indéfiniment l'usage sans inconvénients. — **Fortifiant et reconstituant** général remplaçant avantageusement la viande crue, les ferrugineux, le quinquina, etc. Employé avec succès dans toutes les maladies où la nutrition est en souffrance, spécialement dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **phthisie**, le **diabète**, l'**albuminurie**, les **divers états cachectiques**, le **rachitisme**, la **scrofule**, les **longues convalescences** succédant aux **maladies aiguës** et aux **fièvres typhoïdes.**

Dépôt central, à la pharmacie rue Hoche, 9, à Versailles. — Dépôt à Paris (vente en gros), Marchand, 220, r. Saint-Martin. — Se trouve dans toutes les pharmacies. — Prix : 4 francs la bouteille.

Pilules de Blancard, approuvées par l'Académie de médecine de Paris.

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Blancard

Se trouvent dans toutes les pharmacies. *Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

ERGOTINE

DRAGÉES D'ERGOTINE DE BONJEAN

(Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.)

D'après les plus illustres médecins, les DRAGÉES D'ERGOTINE sont employées avec le plus grand succès pour faciliter le travail de l'accouchement, contre les hémorrhagies utérines, les engorgements de l'utérus, les métrorrhagies, l'épistaxis, les dysenteries et diarrhées chroniques, etc., et la solution d'ergotine au 10e (Ergotine, 10 grammes, eau, 100 grammes) est un des plus précieux hémostatiques que possède la médecine.

DÉPÔT GÉNÉRAL : à la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO. PHTHISIES, *Anémie*, **Rachitisme**, DIABÈTE, *Diarrhée*, **Cachexies**, *Albuminurie*, **la Convalescence**, *l'épuisement*. (*Gros*), 8, *r. Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Sirop de Malate de fer de CHAUMELLE. — Employé dans tous les cas d'appauvrissement du sang; il est le seul ferrugineux qui soit d'un goût agréable. 2 fr. 50 le flac. **Elixir; 3 fr.; Pilules : 2 fr. le flac.** Ph., 25, r. Réaumur.

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

AU QUINQUINA, PYROPHOSPHATE DE FER

Oranges amères et malaga

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

VIN MARIANI

à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques.

5 francs la bouteille.

MARIANI, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

VIANDE, FER ET QUINA

VIN ET SIROP FERRUGINEUX AROUD

Au Quina et à tous les principes nutritifs solubles de la viande.

Viande, Fer et **Quina,** telle est la remarquable composition de ces ferrugineux qui méritent à tous égards la préférence des médecins. Ils opposent, en effet, à *l'appauvrissement du sang*, à *l'anémie*, à *la chlorose*, sous une forme attrayante à la vue et au palais, du fer assimilable uni à tous les éléments du globule du sang et à tous les principes constitutifs des os et des muscles : il peut donc les former et les régénérer, et cela sans causer ni nausées, ni constipation, ni trouble des fonctions digestives.

Ils corrigent, ils tempèrent les effets du Quina à l'usage prolongé par tous les bienfaits d'une alimentation généreuse. — Ils justifient ce qu'Hippocrate a proclamé il y a plus de deux mille ans et ce que la clinique a confirmé « que les principes nutritifs solubles de la viande sont l'aliment par excellence des malades et des convalescents ».

Ce sont donc des spécifiques précieux de toutes les maladies causées par l'appauvrissement ou l'altération du sang, parce que, par la **Viande**, le **Fer** et le **Quina,** tout à la fois ils nourrissent, tonifient, régénèrent, reconstituent, coordonnent et régularisent tous les systèmes de l'économie. — Prix : **5** francs.

Pharmacie **AROUD,** rue Lanterne, 4, LYON. — Envoi *franco* par 5 bouteilles (en France).

Dans toutes les Pharmacies de France et de l'étranger.

DIGITALINE CRISTALLISÉE

PRINCIPE PUR, DÉFINI DE LA DIGITALE

DÉCOUVERT PAR A. NATIVELLE PHARMACIEN

Prix Orfila de 6,000 francs

Décerné par l'ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 19 mars 1872

Se prescrit en **Granules** et en **Sirop**. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — dans toutes les pharmacies. — DÉTAIL : rue Coquillière, 25. — GROS : rue de la Perle, 11.

VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE

de Ad. CARPENTIER, pharmacien, à Paris

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. LE FLACON, 3 fr. 61, BOULEVARD MALESHERBES ET TOUTES LES PHARMACIES.

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLLET (CHLORATE DE POTASSE)

Contre les maladies de la gorge, de la voix et de la bouche

PHARMACIE **DETHAN,** Faubourg Saint-Denis, 90, à Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On voit que nous approchons du terme des vacances. Les banquettes sont de plus en plus remplies et l'ordre du jour des séances de plus en plus chargé. L'Académie s'est décidément mise en mouvement, et même pourrait-on lui dire :

Vous marchez d'un tel pas qu'on a peine à vous suivre.

Jugez-en plutôt.

Une lecture de M. Gallard sur une importante question de médecine publique, sur les dispositions législatives qu'il conviendrait de prendre, afin de protéger la société contre les actes violents des aliénés et des épileptiques ; un rapport de M. H. Roger sur une intéressante observation de paracentèse du péricarde, communiquée à l'Académie par M. Chairou ; et une longue et savante argumentation sur la question des troubles de la vision dans leurs rapports avec le service militaire par M. Giraud-Teulon, sans compter une correspondance assez chargée et de nombreuses présentations ; voilà pour une seule séance un assez respectable programme.

La note de M. Gallard, qui se termine par un projet de loi indiquant des additions à faire au Code pénal et au Code d'instruction criminelle — ce qui, par parenthèse, nous paraît outrepasser un peu la compétence de l'Académie — est cependant de celles qui ne sont pas destinées à rester dans les cartons. Elle a d'ailleurs, entre autres mérites, le mérite particulier et très-grand à nos yeux de proposer la solution la plus simple et la plus pratique de l'une des questions médico-légales les plus embarrassantes, et qui n'est restée jusqu'à présent sans solution qu'à cause de la complication et surtout de la condition onéreuse des moyens proposés.

La nouvelle campagne engagée par M. Gallard sur ce grave sujet aura certainement une suite. Si ce n'est pas par l'intermédiaire de l'Académie qu'elle suivra son cours, ce sera probablement par la Société de médecine légale. Par l'une ou l'autre voie, elle nous reviendra.

Nous ne pouvons rien dire encore du rapport de M. H. Roger, dont l'Académie n'a entendu qu'une partie seulement. Mais elle en a entendu assez pour désirer entendre le reste. Nous serions bien trompé s'il n'y avait pas là le texte d'une discussion dans laquelle la question de la thoracentèse pour les épanchements pleurétiques, si souvent discutée, pourrait de nouveau se trouver impliquée.

De l'argumentation de M. Giraud-Teulon nous ne dirons qu'un mot, faute de pouvoir apprécier sur une simple audition les éléments d'une discussion scientifique qui demande, rien que pour être bien comprise, une étude spéciale et attentive. Vivement attaqué par M. Perrin sur la manière dont il avait proposé l'ingérence d'un élément scientifique nouveau dans les conseils de révision, et sur l'espèce de suspicion d'insuffisance qui semblent en ressortir pour le corps médical militaire exclusivement chargé du rôle d'expert devant ces conseils, M. Giraud-Teulon s'est énergiquement défendu sur ce terrain ; et de sa défense il résulterait, du moins dans sa pensée, que l'accord serait aussi facile et aussi près de se faire sur ce point qu'il a été facile à faire sur le point scientifique du débat, à l'égard duquel, paraît-il, il n'y aurait plus de divergence sérieuse. Nous ne demanderions pas mieux que d'apposer, comme témoin, notre signature à ce contrat.

Dr BROCHIN.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

La folie du doute (avec délire du toucher) (1).

L'aversion pour un animal est un fait général d'observation chez ces malades. Le chien, le chat ou la souris, sont le plus souvent l'objet de la répulsion pathologique ; mais la peur des chiens enragés, des morsures et de la bave rabique, a principalement le privilége de causer des appréhensions très-vives, d'inspirer des transes absurdes, des terreurs véritables et même des crises. Une fois que la crainte des chiens enragés s'est en quelque sorte implantée dans l'esprit, tout le travail intellectuel pivote désormais autour de cette préoccupation dominante et de ses conséquences possibles, et conduit nécessairement à des actes étranges, insolites, et en complet désaccord avec toutes les habitudes antérieures.

Une dame, âgée de cinquante-deux ans, s'imagine que le chien de son mari n'a été abattu que parce qu'il était enragé. A partir de ce moment, l'idée d'avoir touché un chien enragé la poursuit jour et nuit. Dans le jardin, auprès de l'animal, il y avait du linge étendu. Ce linge n'avait-il pas été en contact avec la bave rabique? Placé dans une armoire, à côté d'effets à l'usage de la famille, ce linge ne lui a-t-il pas inoculé la rage, à elle, à son mari et à tous les siens? Cette femme n'ose plus alors donner le bras à son mari, ne touche plus à rien dans

(1) Suite. — Voir les numéros des 28, 30 septembre, 7 et 14 octobre.

son ménage, ne change plus de vêtements et garde pendant deux mois la même chemise. « Suis-je folle ou ne le suis-je pas? demandait-elle à Morel. Faudra-t-il donc me séquestrer dans une maison d'aliénés parce que je tremble à la vue d'un chien et que je n'ose rien toucher chez moi? Mais à quoi me sert donc ma raison? » Cette malade a consenti à faire de l'hydrothérapie, à la condition que l'on n'employât pour elle que du linge neuf et des couvertures n'ayant jamais servi à personne.

En 1868, j'ai vu en consultation avec A. Ferrand et J. Falret, un homme déjà âgé, maire d'une ville importante de France, que la crainte du contact des objets extérieurs rendait extrêmement malheureux. Il était triste, pensif, taciturne; il ne pouvait pas toucher à une série d'objets déterminés, et notamment à tout ce qui était en cuivre, mais sa principale frayeur était d'être mordu par un chien enragé. Il ne sortait jamais sans être armé d'une grosse canne, et, dans les rues, il éloignait de lui tous les chiens. Il portait constamment dans ses poches un flacon d'ammoniaque et l'arsenal nécessaire pour une cautérisation. Il avait pris des arrêtés municipaux d'une rigueur insolite contre les chiens non tenus en laisse et non muselés, ne tenait aucun compte des réclamations de ses administrés, et faisait verbaliser avec énergie contre tous les contrevenants. Personne ne se doutait du motif réel de ces sévérités spéciales, et le maire de *** continuait à passer pour un administrateur distingué et zélé. Je n'ai jamais su ce qu'était devenu ce malade.

On rencontre parfois des malades qui essayent de lutter, qui s'efforcent de vaincre leurs répugnances, qui tentent de surmonter leurs répulsions; ils se cramponnent en quelque sorte et posent avec une lente timidité la main sur les objets qui les effrayent, mais ils pâlissent d'ordinaire et lâchent bientôt prise. Quelques-uns entrent de plein pied dans une crise. Et cependant, même encore à ce moment, ils conviennent de l'inanité et de la sottise de leurs terreurs, et ils seraient au besoin les premiers à se moquer d'eux-mêmes! Ils sont cependant capables d'efforts soutenus sur un point déterminé : ils craignent de passer pour ridicules et ils ont peur d'être pris pour des aliénés. Ils s'invectivent et se violentent au besoin, afin qu'une de leurs singularités soit évitée ou inaperçue. En face du médecin, ils lui disent : « N'est-ce pas que j'ai bien toute ma raison, que je ne suis point atteint de folie? Dites le-moi et répétez-le-moi bien, n'est-ce pas que je ne perds pas l'esprit et qu'il ne faudra jamais m'enfermer? » Leur insistance est d'une grande ténacité et ne finit par céder qu'après les affirmations les plus réitérées et les moins sincères de parfaite intégrité mentale. Seulement, la trève n'est point de longue durée.

V. — M. Jules T..., employé supérieur de l'administration des finances, âgé de quarante ans, est un calculateur habile. Il passe six ou sept heures par jour à vérifier les comptes les plus compliqués; il est d'une urbanité parfaite et très-aimé. Il entend parler un jour d'un cas de folie héréditaire, et à partir de ce moment, il s'interroge lui-même : « Comment mon père a-t-il succombé? Est-il vrai qu'il ait eu une hydropisie? N'était-il pas en enfance déjà depuis un certain temps? Cette enfance-là n'est-elle pas un genre de folie? Et ma mère, était-elle saine d'esprit? Comment se fait-il qu'elle soit morte subitement? Avait-elle une lésion dans le cerveau? Pourquoi mes parents ne m'ont-ils jamais parlé de mon grand'père et de ma grand'mère? Ils avaient donc intérêt à me cacher quelque chose, la folie alors? » Il fait part de ses angoisses à l'un de ses amis, qui chaque fois le tranquillise et lui affirme qu'il n'a jamais compté d'aliénés dans sa famille. Il accepte avec bonheur l'explication, s'éloigne convaincu qu'il n'est point héréditairement prédisposé à l'aliénation mentale, puis redevient inquiet, est rassuré de nouveau, et ainsi de suite.

Plusieurs années se passent de la sorte au milieu de ce calme relatif; mais l'ami de M. Jules T... est appelé tout à coup à des fonctions administratives en province, quitte Paris et vient me recommander le malade à son insu. Je ne tardai pas, en effet, à recevoir sa visite et ses confidences et à être très-longuement questionné par lui. Je le tranquillise; il s'éloigne satisfait et reconnaissant, mais il revient à des intervalles irréguliers et parfois à des heures insolites. Je le trouvai un soir devant la porte de mon domicile, il m'attendait depuis deux heures : il était tourmenté et avait besoin d'être rassuré.

M. Jules T... a peur des souris. Lorsqu'il voyage, il passe l'inspection minutieuse de sa chambre d'hôtel, et, quand il a reconnu à certains indices qu'il pourrait bien y avoir des souris, il s'étend tout habillé sur le lit et laisse sa bougie allumée. Il est très-superstitieux, ne lit jamais les *faits divers* des journaux, n'ose pas toucher à un rasoir, à une substance chimique, et en général à tout ce qui a pu être acheté dans une pharmacie; il est toujours ganté et n'offre la main à personne. Il redoute particulièrement « l'air vicié » et a fait établir dans ses bureaux un système particulier de ventilation. Il n'entre jamais dans un cimetière, « dans la crainte de marcher sur les morts. » Enfin, depuis quelques mois, il se demande avec inquiétude si ses chefs et le public ne vont pas le soupçonner de recevoir « des pots-de-vin? »

Le phénomène des crises et le besoin d'être rassuré jouent dans l'histoire générale de la folie du doute (avec délire du toucher) un rôle trop important pour qu'il me soit possible de passer ici sous silence la relation d'un fait véritablement bien bizarre, et dans lequel on va retrouver quelques-uns des signes pathognomoniques de la névrose qui nous occupe.

Un malade âgé de soixante ans, observé par Baillarger, commença à éprouver, vers sa quinzième année, une aberration qui n'a jamais cessé depuis plus de quarante-cinq ans. Quand il allait au théâtre, il en revenait tourmenté du désir de connaître tout ce qui se rattachait aux actrices qu'il avait vues. Il aurait voulu savoir le lieu de leur naissance, la position de leur famille, leur âge, leurs habitudes, leur genre de vie, etc. Ce désir était si vif, si persistant, qu'il constituait dès lors une véritable idée fixe. Peu à peu, il survint un état d'angoisse et de souffrance, et le malade dut renoncer à aller au théâtre; mais bientôt l'idée fixe, au lieu de s'appliquer aux actrices seulement, survenait à l'occasion de la rencontre de toute femme que M. X... jugeait jolie. Il put toutefois dissimuler son état, suivit la carrière qu'il avait embrassée et finit par se marier, mais l'idée fixe persista. Lorsque, bien malgré lui, il apercevait une femme qu'il jugeait jolie, il était pendant plusieurs heures en proie à une grande anxiété. « Quand j'allais à l'église, disait-il, on aurait pu croire à beaucoup plus de recueillement que je n'en avais réellement. Je tenais les yeux constamment baissés, mais j'étais alors dominé par la crainte qu'entretenait ma situation maladive. » Depuis quelques années M. X... s'est retiré des affaires, et sa maladie a fait de très-grands progrès. Quand il sort, il a besoin d'être accompagné par une personne qui n'a d'autre mission que de le rassurer sur toutes les femmes qu'on rencontre. Pour chacune d'elles, M. X... fait la même question, et demande si elle est ou non jolie? on répond uniformément et dans tous les cas que la femme qu'on vient de rencontrer n'est pas jolie, et M. X... se contente de cette réponse. Cependant toutes les précautions prises n'empêchent pas que des crises assez fréquentes n'aient lieu, et ces crises se prolongent chaque fois plusieurs heures.

M. X... en est venu à ne plus sortir que la nuit. Lorsqu'il doit voyager en chemin de fer, il choisit les trains de nuit, pour être moins exposé à rencontrer des femmes. Il a des crises,

non plus comme autrefois, parce qu'il ne peut avoir des détails sur la vie et les habitudes de telle ou telle femme, mais ces crises surviennent quand il ne peut savoir si telle femme qu'il a rencontrée est ou non jolie. Le fait suivant a été rapporté par la femme du malade : M. X... avait fait quinze lieues en chemin de fer. Avant de partir, il avait à peine entrevu la dame qui distribuait les billets, et il n'avait pas fait sa question habituelle. Une fois arrivé, il s'aperçoit de son oubli et il demande si la buraliste était ou non jolie. C'était au milieu de la nuit; la personne chargée de répondre était très-fatiguée, et elle oublia son rôle habituel. Au lieu de dire que la dame qui avait donné les billets n'était pas jolie, elle répondit qu'elle ne l'avait pas regardée et qu'elle n'en savait rien. Alors commença une crise si intense, qu'il fallut consentir à faire partir quelqu'un avec la mission spéciale de déclarer au retour que la buraliste était laide !

Au demeurant, le malade est intelligent, raisonnable sur tous les autres points, et il a très-bien administré sa fortune. Son existence a toujours été des plus malheureuses, et sa famille vit dans le tourment et l'affliction.

Lorsque les malades commencent à s'acheminer vers la fin de la deuxième période, ils s'accrochent en quelque sorte à une personne de leur entourage, ne veulent plus la quitter, en font leur véritable souffre-douleur, lui rabâchent constamment les mêmes choses dans les mêmes termes et sollicitent d'elle les mêmes explications et les mêmes paroles tranquillisantes. Malheur à celui qui devient l'objet de la préférence, car il est bientôt absorbé en entier, est tenu à se sacrifier complétement, à rester emprisonné dans le cercle de plus en plus restreint des divagations et des excentricités de son compagnon, à ne s'occuper absolument de rien en dehors, à partager la chambre et même souvent le lit du délirant, lorsqu'il s'agit, par exemple, comme je l'ai vu, d'une mère et de sa fille, des deux sœurs ou d'une dame et de sa femme de chambre. Rien n'est plus douloureux que cet échange constant de demandes et de réponses, de perplexités et de consolations qui a lieu jour et nuit entre un sujet actif, qui est aliéné, et un sujet passif, qui est raisonnable et se dévoue ! « Je suis maintenant habituée à ma chaîne, me disait une mère, et, pourvu que ma fille vive, l'esclavage me paraîtra doux. »

Falret père a longtemps soigné, à la maison de santé de Vanves, une dame très-intelligente, très-anxieuse, et que poursuivaient sans cesse les mêmes craintes chimériques. Il la rassura chaque jour, car elle s'inquiétait de nouveau dans l'intervalle de ses visites, et enfin il poussa la sollicitude jusqu'à répéter un certain nombre de fois les mêmes phrases et les mêmes mots, dans un ordre convenu et arrêté d'avance. La malade se calmait, savourait les paroles de Falret et ne craignait pas d'abuser en disant : « Redites-moi bien encore telle chose. » Et Falret ne se lassait point et répétait encore sa phrase. Le moyen finit par être de moins en moins efficace, et la malade irritée, inquiète et ingrate, laissa un jour échapper un reproche impertinent : « Pourquoi, dit-elle, me dire d'aussi excellentes choses avec un aussi vilain accent méridional? » Le médecin feignit de ne point entendre et continua toujours sa mission consolatrice.

Ce besoin indispensable d'une affirmation étrangère et cette facilité extraordinaire à se laisser rassurer sont vraiment bien dignes de remarque. On les retrouve dans toutes les observations. — Une dame craint à chaque instant d'avoir dit ou fait quelque chose de répréhensible. Une personne dans laquelle elle a une grande confiance, lui affirme qu'elle n'a rien dit et rien fait qui puisse l'inquiéter, et elle se calme aussitôt. — Une demoiselle, âgée de vingt-trois ans, demande à sa jeune sœur, âgée de treize ans, de lui écrire telle ou telle affirmation pour apaiser une crainte puérile et absurde, et elle la tourmente sans désemparer jusqu'à ce qu'elle ait enfin cédé. — Une dame de trente ans déclare que son petit garçon, âgé de huit ans, la raisonne très-bien et lui démontre avec conviction qu'elle a tort d'avoir peur. « Il ne m'en faut pas davantage, dit-elle, pour que j'évite une crise. »

VI. — M. Charles V..., commis aux écritures, âgé de vingt ans masturbateur effréné, s'interroge sur la question de savoir s'il n'a pas fait le serment de se crever un œil pour être agréable à Dieu, et alors il se questionne sur les qualités nécessaires de Dieu, sur l'impossibilité de sa part d'accepter des sacrifices, sur l'inutilité des mutilations, sur le péril qui résulte des vœux précipités, sur l'obligation de tenir un serment et sur les devoirs de l'homme envers Dieu. Il est très-intelligent, trouve presque réponse à tout, mais il remarque cependant qu'il sait beaucoup mieux s'interroger que se répondre. « Je cherche trop à approfondir, dit-il, et je sens que je m'impose un travail qui doit en peu de temps détruire mes facultés. »

Une rémission complète se produit, et deux années après il se demande tout à coup comment il se crèvera un œil? Il a peur alors des rasoirs, des couteaux, des canifs, des ciseaux, des aiguilles, des hameçons, des fourchettes, des instruments en acier poli, tranchant et luisant, du cristal, du verre, etc. Il n'ose toucher à aucun de ces objets, s'impatiente contre lui-même et déplore son état. Un certain jour, il a peur de son porte-plume et renonce à écrire.

Chez lui plus le délire du toucher progresse et plus la folie du doute diminue. Ses « réflexions philosophiques », comme il les appelle, sont moins tenaces, mais il est poursuivi dans l'obscurité par des images licencieuses. Il ne s'est jamais livré au coït, mais il a passé, un jour plus de deux heures chez une fille publique, qu'il avait rencontrée dans la rue, et il rapporte qu'il a éprouvé une impression très-profonde à la vue des nudités et des poses lubriques de cette prostituée. Il a beaucoup de peine depuis ce temps à se défaire des images qui l'importunent, l'énervent et provoquent parfois chez lui de véritables crises d'excitation, d'angoisses, de pleurs et de demi-turbulence.

Il a sa mère pour confidente et c'est par elle seule qu'il est rassuré et consolé. Il la quitte le moins possible. Ils sont convenus entre eux d'un petit dialogue stéréotypé, invariablement conçu dans les mêmes termes, et qui suffit à la mère pour savoir ce qu'elle veut connaître, et au fils pour être averti ou tranquillisé. Ainsi, à l'occasion des habitudes quotidiennes d'onanisme, de son fils, la mère dit : « Charles, as-tu été sot aujourd'hui? » Si le fils répond : « Oui, tant de fois, » la mère doit répéter une ou plusieurs fois : « Tu te fais mourir, bientôt je n'aurai plus d'enfant. » Et alors les meilleures assurances sont données pour l'avenir. — Si le fils répond : « Non, je n'ai pas été sot, » la mère doit dire : « C'est très-bien, sois sage, tu vivras et je serai heureuse. » Dans ses plus grandes anxiétés, quelques paroles de sa mère suffisent pour ramener aussitôt le calme, la gaîté et les apparences d'une raison irréprochable.

Je crains le découragement, le *tædium vitæ* et le suicide, dans le cas où les déperditions séminales ne pourraient pas être abolies.

Ce jeune homme avait eu une première fois, à l'âge de treize ans, trois semaines après sa confirmation, des scrupules de conscience et il s'était considérablement tourmenté. On n'y fit point attention, alors et ce trouble s'était dissipé.

(A suivre.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 octobre 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans

le département de la Gironde pendant l'année 1874. (Comm. des épidémies.)

2° Une demande en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, quatre sources ferrugineuses et sulfureuses dans la commune de Livry (Seine-et-Oise).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté déposé par M. Luton (de Reims).

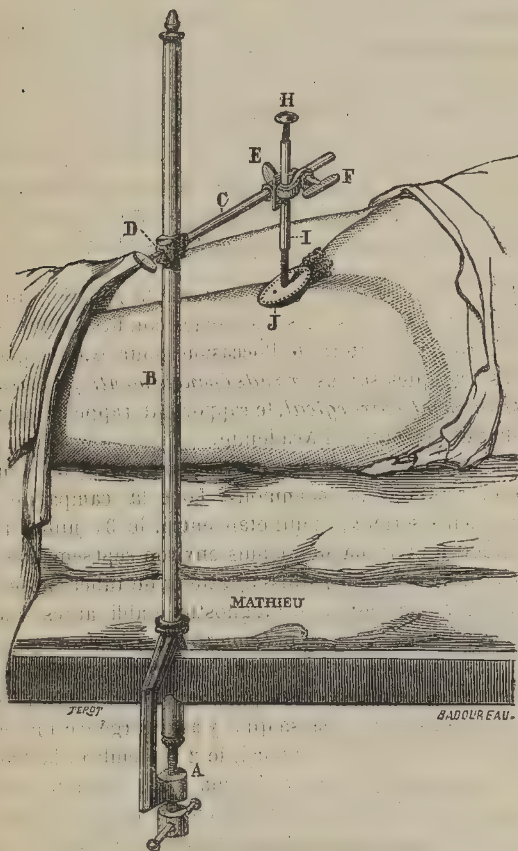
2° Deux cahiers de réponses aux questions posées par la commission d'hygiène de l'enfance pour les années 1874 et 1875, envoyées par la commune de Marseille.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL présente un nouveau compresseur des artères, fabriqué par M. Mathieu, sur les indications de M. le docteur Benjamin Anger.

Malgré les progrès réalisés par les appareils de MM. les professeurs Broca, Vallette (de Lyon), Jules Roux (de Toulon), Marcellin Duval, etc., le chirurgien se trouve souvent très-embarrassé quand il s'agit d'arrêter d'une façon permanente la circulation dans une artère atteinte de plaie ou d'anévrysme. Il s'en faut de beaucoup que la compression digitale, qui est incontestablement la meilleure, soit toujours un moyen véritablement pratique, car ce n'est que dans les circonstances exceptionnelles que l'on peut réunir des aides en assez grand nombre.

M. Benjamin Anger ayant eu, dans le cours du mois dernier, dans son service à l'hôpital Saint-Antoine, une malade atteinte d'anévrysme poplité gauche, et ne pouvant, pour le moment, disposer d'un nombre suffisant d'élèves pour pratiquer la compression digitale ; ne pouvant réussir, d'autre part, à produire la compression avec les instruments qu'il avait à sa disposition, a prié M. Mathieu de construire, sur ses indications, l'appareil suivant, dont l'application a été continue pendant deux jours, et a amené la guérison complète de l'anévrysme.



Cet appareil se compose :

1° D'un étui A disposé de façon à pouvoir être fixé sur le bord de n'importe quel lit ;

2° D'un tube métallique B sur lequel glisse une tige transversale C que l'on fixe à la hauteur voulue sur ledit tube, à l'aide d'une vis D ;

3° D'une pelote J dont la monture à vis se fixe sur la tige C à l'aide d'un curseur portant deux vis E F, sert à comprimer l'artère. L'instrument est disposé de façon à permettre d'incliner la pelote dans toutes les directions et de l'y laisser fixée à l'aide d'un jeu de vis E F; une autre vis H sert à régler la pression que doit exercer la pelote sur l'artère à comprimer.

Avant M. Benjamin Anger, M. le professeur Vallette (de Lyon) avait eu l'idée de prendre le point d'appui de son compresseur sur le lit du malade, et avait réussi à obtenir la compression dans un cas de plaie de l'artère fémorale. D'un autre côté, M. Jules Roux (de Toulon), médecin inspecteur de la marine, a construit, sous le nom de compresseur polydactyle, un appareil prenant son point d'appui sur une planchette à laquelle était fixé le malade. L'appareil ci-dessus, se fixant sur le lit lui-même, nous paraît réaliser avec plus de simplicité les conditions d'une bonne compression complète et permanente.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente, de la part de M. Léon Colin, l'article *Morbidité et morbidité militaire*, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Sous le terme *morbidité*, l'auteur étudie la somme et la durée des maladies qui se développent soit chez les individus, soit dans l'ensemble de la population. Cette étude complète celle de la mortalité, qui, elle, n'envisage qu'un des résultats de la maladie.

Dans certaines circonstances, elle prend une importance exceptionnelle et complétement indépendante de celle de la mortalité.

En terminant, M. Colin donne les bases d'une comparaison entre la morbidité du soldat et celle de diverses catégories de la population qui lui sont comparables comme âge, sexe et hygiène professionnelle.

M. MOREAU présente, de la part de M. Viaud Grand-Marais, un travail sur la morsure de la vipère.

M. MAURICE PERRIN offre en hommage, au nom de M. le docteur Lacassagne, un précis d'hygiène privée et sociale.

LECTURE

M. GALLARD donne lecture d'un travail ayant pour titre :

Note sur les dispositions législatives qu'il conviendrait de prendre, afin de protéger efficacement la société contre les actes violents des aliénés et des épileptiques reconnus dangereux. — De nombreuses et ardentes discussions, qui ont été soulevées à diverses époques, soit devant les tribunaux ou les cours d'assises, soit au sein des diverses sociétés savantes, et, en dernier lieu, au sein de la Société de médecine légale de France, relativement à la responsabilité des actes criminels ou délictueux commis par les aliénés et les épileptiques, ont montré combien sont grandes les divergences d'opinion qui séparent sur ce point le corps médical, plus spécialement représenté par les médecins aliénistes, et les magistrats plus particulièrement chargés de veiller à la sécurité des citoyens. C'est que chacun d'eux, se plaçant à un point de vue tout différent, semble ne se préoccuper que du côté de la question qui se rattache à ses études spéciales. Ainsi le médecin, ne voyant que l'état morbide sous l'influence duquel l'aliéné a commis l'acte qui lui est reproché, ne se préoccupe que du soin de faire reconnaître son irresponsabilité, sans s'inquiéter des conséquences ultérieures qui pourront résulter de la situation qui sera faite à cet individu par suite de son acquittement. Le magistrat, au contraire, s'inquiète, non sans raison, de ce que pourra devenir plus tard cet individu qui, avec un luxe de précautions témoignant d'un raisonnement suivi, avec une logique souvent rigoureuse, a commis un des crimes les plus monstrueux et les plus froidement calculés que l'imagination puisse rêver.

Un double danger peut naître, en effet, de l'acquittement de cet homme : le premier résulte de l'impunité en quelque sorte absolue dont pourrait jouir l'aliéné, et surtout l'épileptique, qui, s'abritant

derrière l'immunité, conséquence de son état mental reconnu, pourrait, dans ses intervalles lucides, se livrer impunément à tous les actes criminels ou délictueux que lui suggéreraient les plus abominables passions. Le second danger, c'est que, dans notre législation actuelle, rien ne garantit la société contre le retour d'actes pareils commis par le même individu après son acquittement.

En présence de ce double danger, on comprend l'ardeur avec laquelle les membres des parquets poursuivent des accusations qui leur paraissent très-fondées, et l'on ne s'étonne pas de voir les jurys, hésitant entre la crainte de condamner au dernier supplice un malheureux aliéné et celle de faire rentrer dans la société une bête fauve, troublés par les discussions scientifiques qui s'établissent devant eux, en arrivent à une sorte de compromis, par suite duquel des condamnations aux travaux forcés à temps sont prononcées contre des individus qu'il aurait fallu, en bonne logique, condamner à la peine capitale, s'ils étaient véritablement coupables, ou acquitter purement, s'ils étaient irresponsables et par conséquent innocents.

On éviterait ce singulier compromis, qu'il peut être permis de constater comme des erreurs judiciaires, et satisfaction serait donnée en même temps, aussi entière que possible, tant à ceux qui proclament l'innocence de l'aliéné irresponsable, qu'à ceux qui songent à protéger la société contre les conséquences funestes de son délire, si le juge, après avoir reconnu son innocence et prononcé son acquittement, pouvait, sans désemparer, le mettre hors d'état de continuer ou de renouveler ses actes nuisibles.

Tout le temps donc que, malgré son délire, un aliéné ne troublera pas la paix publique, tant qu'il ne commettra aucun acte qui puisse être réputé crime ou délit, il échappera à l'action de la magistrature aussi bien qu'à celle de l'autorité civile; et l'administration de sa personne restera confiée à sa famille, chargée de veiller sur lui. Mais, du moment où il sera reconnu que cette surveillance de la famille fait défaut ou n'est pas suffisante pour le retenir, dès qu'il lui aura échappé pour commettre un de ces actes que la loi réprime, la société aura le droit, non pas de le punir, mais de le protéger contre le retour de ces actes dont il est irréprochable. C'est dans ces cas seulement qu'elle pourra l'enlever à sa famille, et qu'elle devra se charger elle-même de le mettre hors d'état de nuire, en déléguant à ses tribunaux le droit d'ordonner son internement dans une maison déterminée.

Ce principe vient d'être adopté par le congrès des sciences médicales de Bruxelles, après une discussion approfondie de la question.

Cette assemblée a été d'avis qu'il serait désirable de voir figurer dans les codes de toutes les nations une disposition dont elle a précisé le sens en ces termes :

« Toutes les fois qu'un acte criminel ou délictueux aura été commis par un individu reconnu irresponsable pour cause d'aliénation mentale, le juge, après avoir constaté et déclaré sa non-culpabilité, devra ordonner son internement dans un asile déterminé, d'où il ne pourra sortir qu'en vertu d'un autre jugement, contradictoire comme le premier. » (*Décision approuvée dans la séance générale du* 25 *septembre* 1875, *sur le rapport fait par M. Ingels au nom des V*e *et VIII*e *sections* du Congrès des sciences médicales de Bruxelles.)

La séquestration ainsi ordonnée ne serait pas une peine, mais seulement une simple mesure de précaution, prise dans l'intérêt public, et elle aurait cependant l'efficacité d'une peine, car elle suffirait pour retenir certains individus qui pourraient, comme on l'a vu parfois, songer à abriter derrière l'impunité résultant d'un désordre mental bien connu, des actes commis en parfaite liberté d'esprit.

Ce n'est pas assez que d'avoir proclamé un principe, il faut encore en assurer l'application, et c'est ce que je me suis efforcé de faire bien longtemps avant d'avoir eu l'honneur de soumettre cette question au Congrès de Bruxelles. Il y a près d'un an que, songeant à ce qui existe en Angleterre, et cherchant une solution pratique applicable à notre pays, j'ai prié M. Joseph Lefort, docteur en droit, avocat à la Cour d'appel de Paris, de m'indiquer quelles modifications il faudrait faire subir à nos lois françaises pour arriver au résultat désiré, et j'ai été surpris de l'extrême simplicité du moyen proposé par ce jurisconsulte distingué.

Il suffit, m'a-t-il dit, d'assimiler l'aliéné insconscient à l'enfant qui a agi sans discernement et de lui appliquer les dispositions légales qui se rapportent à ce dernier. Se fondant sur cette assimilation, M. Gallard termine son mémoire en proposant des mesures qui sont résumées dans le projet de loi suivant, qui pourrait être présenté aux chambres, soit par le gouvernement, soit par un représentant usant de son droit d'initiative parlementaire.

PROJET DE LOI.

Article 1er. — L'article 66 du Code pénal est complété par la disposition additionnelle suivante, qui en formera le second paragraphe :

« Lorsque, par suite de l'état mental de l'accusé, il aura été décidé qu'il est irresponsable, il sera acquitté; mais il devra être conduit dans une maison de santé ou un hospice déterminé par le jugement, pour y être soigné et détenu jusqu'à son entier rétablissement.

« Ce jugement entraînera nécessairement l'interdiction de l'accusé, dont la mise en liberté ne pourra être ordonnée que par un autre jugement, rendu suivant les formes exigées par la loi pour la mainlevée de l'interdiction. »

Article 2. — L'article 340 du Code d'instruction criminelle est complété par la disposition additionnelle suivante, qui en formera le second paragraphe :

« Si, dans le cours des débats, il s'est élevé un doute relativement à l'état mental de l'accusé, le président, s'il en est requis, posera, à peine de nullité, cette question : L'accusé était-il en état de démence ?

Article 3. — Mention du jugement ou de l'arrêt qui ordonnera l'internement d'un aliéné dans un asile spécial, en exécution de l'article 66, § 2, du Code pénal, sera faite sur les registres tenus par le directeur de cet établissement, conformément aux prescriptions de la loi du 30 juin 1838.

(Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Baillarger, Bergeron et Devergie).

RAPPORT

M. HENRI ROGER, au nom d'une commission composée de MM. Legouest et Marrotte, commence la lecture d'un rapport sur une *observation de paracentèse du péricarde*, communiquée à l'Académie par M. le docteur Chairou, médecin en chef de l'asile du Vésinet.

Après avoir dit qu'ayant lui-même pratiqué la ponction du péricarde sur trois enfants placés dans les mêmes conditions que le malade de M. Chairou, il profitera de l'occasion pour exposer quelques considérations pratiques sur les *grands épanchements péricardiques* et sur leur *traitement chirurgical*, le rapporteur rappelle les détails principaux du fait présenté à l'Académie.

Il s'agit d'un jeune artilleur, âgé de vingt-trois ans, de constitution médiocre, qui avait pu néanmoins faire la campagne de la Loire sans accidents sérieux, et qui était entré, le 31 juillet 1872, à l'asile du Vésinet. Il était malade depuis environ sept semaines, avait de la diarrhée, de la toux, et paraissait atteint de tuberculose plutôt que d'une affection cardiaque. Le diagnostic établi après quelques jours d'examen fut : *tubercules pulmonaires, pleurésie gauche* et *péricardite*. Les symptômes s'aggravant malgré le traitement médical, et, des syncopes ainsi que des phénomènes d'asphyxie menaçant l'existence, M. Chairou pensa qu'il y avait urgence à intervenir chirurgicalement : il pratiqua d'abord, le 2 septembre, la *thoracocentèse* avec l'aspirateur Dieulafoy, évacua 1,430 grammes de sérosité; et comme il y avait à peine du soulagement, il se décida, deux jours plus tard, à la *ponction du péricarde*, avec les mêmes instruments, et put en retirer plus de 1,000 grammes de sérosité rougeâtre. L'amélioration fut immédiate et considérable, mais elle dura peu, le liquide commençant à se reproduire dans les deux cavités séreuses quatre jours après l'opération. La vie se prolongea pourtant sept semaines au-delà. L'autopsie confirma la justesse du diagnostic, puisqu'on trouva les deux poumons farcis de tubercules à tous les degrés, un épanchement pleural d'environ un litre, et

enfin une dilatation énorme du péricarde qui était rempli par plus de 1,000 grammes de liquide (purulent cette fois), et doublé partout de fausses membranes, avec un épaississement du feuillet pariétal de 1 centimètre au moins. L'autopsie montra en outre que l'opération avait été bien faite, mais aussi quelle ne pouvait être que palliative à l'égard de lésions multiples et incurables.

M. Roger conclut d'une manière générale, de l'observation de M. le docteur Chairou, qu'il n'en est pas de la ponction du péricarde comme de celle de la plèvre, et qu'il y a deux conditions nécessaires à l'opération, à savoir la grandeur de l'épanchement péricardique et l'urgence des accidents.

Il se propose ensuite d'examiner en détail : 1° quelles sont les indications et les contre-indications de la paracentèse du péricarde; 2° quel est le meilleur mode opératoire; 3° quels ont été les résultats de l'opération et qu'elle en est la valeur thérapeutique?

Le rapporteur se demande d'abord ce qu'on doit entendre par un *grand épanchement*, et il évalue à 500 grammes environ la quantité de liquide au-dessous de laquelle la collection péricardique n'est guère justiciable du traitement chirurgical. Il montre que, dans la majorité des cas, le diagnostic des vastes épanchements et même des moyens n'est pas difficile, surtout à l'aide de la percussion; mais il faut que cette diagnose soit tout à fait certaine pour qu'on soit en droit de pratiquer une ponction; et cette certitude indispensable n'est donnée, chez quelques malades, ni par les symptômes généraux, ni même par les signes physiques. Bien des erreurs peuvent être commises si, au lieu d'être simple, la péricardite avec épanchement est compliquée d'endocardite, de pleurésie, de tubercules. Des exemples de ces méprises sont cités (sans compter celles, auxquelles donnent lieu les *tumeurs du médiastin*) : ainsi une énorme *dilatation du cœur* a pu simuler un hydropéricarde, assez complétement pour faire penser à la paracentèse. Parfois aussi l'on a diagnostiqué une *péricardite* alors qu'il n'y avait qu'une *pleurésie* et réciproquement; parfois enfin on a fait sans le savoir la *paracentèse du péricarde* au lieu de la *thoracocentèse* qu'on avait en vue et *vice versa*.

(M. Roger continuera son rapport dans la prochaine séance).

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les troubles fonctionnels de la vision dans leurs rapports avec le service militaire.

La parole est à M. Giraud-Teulon.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES TROUBLES DE LA VISION DANS LEURS RAPPORTS AVEC LE SERVICE MILITAIRE

M. GIRAUD-TEULON. A la vivacité du feu dirigé contre une intervention que je ne soupçonnais aucunement devoir être si importune, l'Académie pourrait craindre d'avoir à assister à une discussion bien complexe, soulevant des problèmes bien difficiles, et surtout, d'après le caractère que les dernières paroles de notre collègue M. Perrin ont très-gratuitement imposé à nos propositions, la compagnie pourrait craindre d'avoir à s'engager à ma suite dans une ingérence regrettable.

Je dois à cet égard la rassurer. Des deux questions partielles sur lesquelles se divisait l'objet fondamental de cette discussion, l'une est résolue, l'accord étant fait sur elle : la seconde est peut-être, malgré les apparences, plus près du même accord qu'on ne doit l'imaginer depuis notre dernière séance.

Ces deux questions partielles étaient les suivantes :

En premier lieu, nous nous proposions d'obtenir : 1° la détermination des degrés ou coefficients d'acuité visuelle au loin, devant servir de limite à l'incorporation dans l'armée : cette délimination étant envisagée, tant dans l'amblyopie proprement dite, que dans les anomalies de la réfraction.

2° Ces éléments étant déterminés, régler les méthodes d'examen ou d'épreuves propres à les réaliser dans le recrutement de l'armée.

De ces deux questions, la première est aujourd'hui en partie résolue. C'est elle qui a fait les frais des délibérations du congrès de Bruxelles, et les conclusions de ces discussions, quoiqu'elles reflètent encore les divergences d'avis qui s'y sont fait jour, forment une base, un point de départ commun auquel chacun a pu se rallier et s'est rallié.

Or, lorsque je formulai devant l'Académie la première conclusion de mon travail, je ne me flattais assurément pas d'obtenir une satisfaction relativement aussi grande, ni surtout aussi prompte.

Cette conclusion était ainsi conçue :

1° Émettre le vœu que le département de la guerre veuille bien faire déterminer par des commissions spéciales : *a* le coefficient d'acuité visuelle indispensable pour le service actif; *b* le degré de l'anomalie de réfraction correspondant à ce même coefficient; *c* le degré d'imperfection conciliable avec le service.

Comme tous les vœux exprimés dans cette conclusion se trouvent implicitement satisfaits par les résolutions du congrès de Bruxelles, comme ces résolutions ont été adoptées par M. Perrin, j'avais donc quelque raison de vous dire qu'à cet égard l'accord était fait.

Ce sont donc ces résolutions même que je soumettrai à l'approbation de l'Académie, au lieu et place de ma première conclusion.

Vient maintenant la question des voies et moyens, celle de l'application de cette première partie du problème, aujourd'hui résolue, c'est-à-dire la détermination de la nature des épreuves propres à faire, dans le contingent, le départ des incorporés et des exemptés. — Ici M. Giraud-Teulon entre dans des développements très-étendus qu'il ne nous serait pas possible de reproduire ni même de résumer en ce moment.

Arrivant ensuite à la fin de l'argumentation de M. Perrin, M. Giraud-Teulon se défend contre des assertions qu'il trouve aussi nouvelles qu'éloignées de son sentiment, etc.

Pour qu'il fût entré dans ma pensée, dit-il, de jeter un soupçon de défiance contre le corps de santé militaire, il eût fallu d'abord que je pusse voir déjà en moi un germe tout prêt à se développer en ce sens.

Je ne reproduirai pas les témoignages directs accumulés dans mon travail, et bien avant de prévoir une semblable accusation et qui devaient la faire spontanément éloigner de l'esprit de mon contradicteur.

Si, entrant dans l'esprit de mon travail, on reconnaît qu'une critique s'y fait jour, elle s'adresse non pas au médecin expert, mais à l'institution même du conseil, dont les éléments pèsent sur lui.

Mon objectif, c'était ces tribunaux investis de droits souverains, sans appel. L'objet de la décision à intervenir étant exclusivement scientifique, disais-je, scientifique doit être le tribunal.

Et cette critique était suivie de l'espoir de voir un jour le conseil de révision lui-même composé de trois médecins, au lieu et place des fonctionnaires supérieurs incompétents qui le constituent.

... Mais nous n'avons pas, Dieu merci, à traiter de la réforme des conseils de révision dans leurs principes. Notre seule mission est l'étude des voies et moyens d'application de la loi, en ce qui peut nous concerner. Dans ce moment, il ne s'agit que du mode d'emploi du rôle de l'élément ophthalmologique dans les conseils de révision.

Or, de quelque manière qu'on l'envisage, cet élément, dans son application, demande plus de calme que n'en comporte le courant des opérations générales de la révision. L'état actuel de la science impose l'adoption de dispositions particulières assurant au médecin ophthalmologiste tout le temps, tout le loisir d'employer les méthodes dont ses maîtres lui auront montré la valeur. Or, pour qui connaît comment les choses se passent, il est de toute nécessité qu'un service ophthalmoscopique parallèle à celui du service général fonctionne à ses côtés. Et quant au médecin à charger de ce soin, il est entendu que ce sera un médecin militaire. D'abord parce que, en dehors du corps de santé militaire, il n'existe pas en France de groupe scientifique régulièrement en état de fournir un personnel en rapport avec cette tâche, et, secondement, parce que, dans l'état actuel de la loi, l'introduction dans ce conseil d'un élément étranger au service militaire ne peut avoir lieu que par la réquisition directe de l'autorité militaire elle-même.

M. Giraud-Teulon répond ensuite à l'inculpation qui lui est faite de vouloir obliger à se servir de l'ophthalmoscope, l'esprit militaire qui se jugerait éclairé sans avoir eu recours à cette méthode. Comment, dit-il, a-t-on pu concevoir que ce fût le médecin expert que visât ma proposition, lorsque, tout le long de ma communication, je m'élève contre les conditions étroites dans lesquelles il est renfermé, quand partout je m'évertue à faire prédominer sa fonction, et cherche

à mettre une barrière à la rapidité du fonctionnement des conseils de révision. Ce sentiment, d'ailleurs, est celui du conseil de santé lui-même. L'orateur cite à l'appui un passage de l'instruction dans lequel le conseil de révision invite son fonctionnaire à engager le tribunal à suspendre une décision dont les éléments seraient incomplets : or M. Giraud-Teulon demande, lui, que le conseil soit mis dans l'obligation d'attendre le renseignement qui doit diriger son vote.

M. Giraud-Teulon a retrouvé le sujet dont il a parlé et qui présente une hypermétropie si élevée; ce sujet se soumettra d'autant plus volontiers à l'examen du conseil de santé, qu'appelé récemment devant un conseil de révision pour l'armée territoriale, il a été reconnu propre au service et incorporé. Il est possible, suivant M. Giraud-Teulon, que ce sujet n'ait pas été soumis à l'examen ophthalmoscopique, faute de temps ou d'une installation suffisante.

En résumé M. Giraud-Teulon propose de substituer à la deuxième conclusion de son travail la proposition suivante :

Auprès de tout conseil de révision sera institué un service spécial et distinct, confié à un médecin militaire chargé des constatations ophthalmologiques. A ce médecin fonctionnant parallèlement et simultanément avec les opérations du conseil, sera renvoyé, séance tenante, tout sujet accusant ou laissant soupçonner une diminution d'acuité visuelle au loin.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous croyons devoir rappeler les sujets des prix que la Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques, se propose de décerner en 1876.

Première question. — Montrer, par des recherches statistiques assez limitées pour que les éléments en puissent être exactement recueillis et facilement coordonnés, circonscrites à un canton, par exemple, et s'étendant, autant que possible, comme période de temps, du commencement du siècle jusqu'à nos jours, quels sont les rapports entre l'accroissement du nombre des cabarets et les changements survenus dans la natalité, la mortalité, la durée de la vie moyenne, la criminalité, la fréquence des maladies mentales, des suicides, le nombre des exemptions du service militaire pour faiblesse de constitution ou infirmités.

Deuxième question. — Étude comparée des législations relatives aux débits des boissons dans les divers États de l'Europe. Chercher dans cette étude des donnécs sur les modifications dont la législation française serait susceptible au point de vue de la répression de l'abus des boissons alcooliques.

Troisième question. — Étudier les associations coopératives de consommation qui existent en France, les causes qui en ont jusqu'à ce jour restreint l'extension et les avantages qu'elles présentent au point de vue de la tempérance.

Quatrième question. — Déterminer, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, les effets comparatifs des eaux-de-vie et des liqueurs dites *similaires de l'absinthe* et qui sont préparées avec les essences de fenouil, de badiane, d'anis, de tanaisie et autres plantes analogues.

Pour chacune des quatre questions, le prix sera de 1,000 francs.

NOTA. — Les mémoires, écrits en français et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresses des auteurs, devront être envoyés à M. le docteur Lunier, secrétaire général de la Société, rue de l'Université, n° 6, à Paris, avant le 1er janvier 1876.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 23 octobre 1875, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

1° Observation de transfusion du sang chez une aliénée mélancolique, par M. Aug. Voisin; — 2° continuation de la discussion sur les différents modes de thérapeutique applicables aux abcès de la mamelle.

— M. le docteur Laskowski, professeur libre, commencera son cours d'anatomie le mercredi 20 octobre, à midi, dans son amphithéâtre, rue Monsieur-le-Prince, 29, et le continuera tous les jours à la même heure.

Ce cours comprendra l'anatomie générale ou de structure, l'anatomie descriptive, avec la description des diverses régions du corps. Il durera tout le semestre d'hiver et sera terminé à la fin de mars.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'hygiène privée et sociale, par A. Lacassagne, médecin-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce. — 1 vol. in-8° de 560 pages. Prix cartonné à l'anglaise : 6 francs (collection diamant). Paris, 1875, G. Masson.

Étude toxicologique sur le cuivre et ses composés, par le docteur L.-M.-V. GALIPPE. — In-8° de 165 pages. Prix : 3 francs. — Paris, 1875, G. Masson.

Contribution à l'histoire médicale de la foudre. Mémoire couronné par la Société de médecine du Nord. Prix de 1874, par le docteur F. VINCENT, lauréat de l'Académie de médecine.— In-8° de 69 pages avec une planche. Prix : 2 francs. — Paris, 1875, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Un épisode peu étudié jusqu'ici de la rougeole, le catarrhe de l'oreille moyenne.

Tout le monde sait quel rôle important joue l'élément catarrhal dans la rougeole. Rien d'étonnant, par conséquent, à ce que, dans le cours de cette fièvre éruptive, on constate du catarrhe de l'oreille moyenne, comme il en existe dans les muqueuses oculo-nasales, laryngo-bronchiques, et dans le tube digestif lui-même. Aussi trouve-t-on l'otite signalée par les auteurs, mais seulement comme un des accidents possibles consécutifs de la troisième période de la maladie. D'un autre côté, les médecins spécialistes, plus particulièrement consultés pour les otites chroniques, ont remarqué que l'origine d'un certain nombre de ces otites remontait à une fièvre éruptive. Mais l'observation n'avait pas été poussée beaucoup plus loin, elle n'avait guère dépassé les limites de la constatation du fait.

Ayant été témoin, pendant son internat dans les hôpitaux de Lyon, d'une épidémie de rougeole extrêmement grave et meurtrière — grave à ce point que le nombre des autopsies d'enfants ayant succombé pendant la durée de cette épidémie à divers accidents de cette fièvre éruptive s'est élevé à 23 — M. Cordier a saisi cette occasion pour étudier d'une manière plus attentive qu'on ne l'a fait jusqu'ici, avec les conseils et le concours de son chef de service et maître M. le docteur Mayer, cette complication, ou plutôt cet épisode de la rougeole.

Après avoir constaté l'existence, d'abord, puis la très-grande fréquence de cette inflammation catarrhale de l'oreille moyenne, chez les enfants rubéoleux, M. Cordier s'est proposé d'en étudier les symptômes, le processus et le traitement.

Ce sont les résultats de cette étude que M. Cordier a consignés dans un travail que nous avons sous les yeux (1) et que nous allons faire connaître.

(1) *Étude sur le catarrhe de l'oreille moyenne dans le cours de la rougeole*, par M. le docteur S. Cordier. — Brochure in-8°. — Paris, 1875.

Un tableau de vingt-trois observations, avec autopsie, montre que dans tous les cas, sans exception, quelle qu'ait été la cause de la mort (bronchite capillaire, bronchio-pneumonie, dysenterie, entérite, granulie aiguë, etc.), l'inflammation a laissé son empreinte dans l'oreille moyenne par des lésions diverses, mais incontestables. On a retrouvé, soit à l'examen direct, soit à l'examen microscopique, sur la muqueuse de la cavité tympanique, ce que l'on rencontre toujours, dans ces cas-là, sur les muqueuses nasales, oculaires, bronchiques et intestinales.

Les lésions de l'oreille moyenne, pendant la période d'éruption, consistent simplement en un catarrhe de la caisse, avec sécrétion d'un liquide muco-purulent, qui tend à s'écouler par la trompe d'Eustache.

Plus tard, c'est-à-dire dans le premier septenaire qui suit la disparition de l'éruption rubéolique, le contenu de la caisse du tympan change un peu d'aspect ; il n'est plus seulement muco-purulent, mais franchement purulent.

M. Cordier a fait six autopsies d'enfants morts une semaine environ après la disparition de l'exanthème. Dans ces six cas, le résultat a été à peu près identique. Voici ce qui a été constaté :

Un liquide jaunâtre homogène remplit la cavité tympanique, ainsi que les cellules pré-mastoïdiennes ; il est en tout semblable à du pus ; les leucocythes sont très-nombreux, très-granuleux, et mêlés de quelques cellules épithéliales en dégénérescence graisseuse.

La muqueuse est à peu près ce qu'elle était dans la première période ; ce sont les mêmes arborisations vasculaires, les mêmes extravasats hémorrhagiques. La muqueuse de la trompe présente les mêmes lésions.

Les osselets sont intacts. Le tympan lui-même, quoique un peu injecté, ne subit pas encore de modifications importantes.

Le catarrhe de l'oreille moyenne n'arrive, pour ainsi dire, à maturité qu'après la disparition de l'exanthème. Parvenu à cette période, il peut se terminer de trois manières.

Lorsque la trompe d'Eustache est restée perméable, que les produits de l'inflammation sont régulièrement éliminés, peu à peu la sécrétion morbide diminue... Ce sont les cas les plus heureux et les plus communs.

Mais lorsque le pus ne peut facilement s'écouler au dehors, il en résulte une accumulation de grumeaux purulents et caséeux qui mettent à nu, à la longue, les parois osseuses, provoquent une dégénérescence de l'appareil musculaire des osselets, distendent la membrane du tympan et finissent par l'ulcérer et la rompre.

Du reste, cette dernière terminaison est la plus rare ; l'auteur ne l'a constatée que deux fois. A part ces circonstances exceptionnelles, l'otite morbilleuse lui a paru pouvoir être considérée, pour la généralité des cas, comme une complication relativement bénigne.

Les lésions anatomiques si profondes de la cavité tympanique, énumérées plus haut, ne se manifestent pendant la vie par aucun symptôme important, par aucun trouble fonctionnel grave. M. Cordier n'a constaté durant la première période, sur les sujets qu'il a observés, ni accidents locaux, ni accidents généraux qui pussent permettre de diagnostiquer un catarrhe de l'oreille moyenne.

Ce n'est qu'à la seconde période qu'il s'est manifesté parfois un peu de céphalalgie, de vagues douleurs péri-auriculaires. Encore ces symptômes ne se sont-ils montrés qu'exceptionnellement.

Le délire et les vomissements n'ont été que très-rarement observés.

La première période de l'otite morbilleuse ne donne lieu à aucune indication particulière ; lorsque la rougeole a subi son évolution complète, lorsque le catarrhe des muqueuses tend à disparaître, il y a lieu de chercher à arrêter par les moyens appropriés la marche progressive de l'inflammation, si quelque signe permet de supposer qu'elle ne tend pas à la guérison.

Mais, à toutes les périodes de la maladie, il est une indication importante, c'est de donner un libre écoulement aux produits de l'inflammation. Maintenir la trompe d'Eustache toujours perméable, en provoquant des mouvements de déglutition après avoir préalablement pratiqué l'occlusion des fosses nasales, d'où résulte une véritable aspiration du contenu de la caisse, qui a le double avantage de renouveler l'air de la caisse et de favoriser le cheminement des mucosités dans la trompe d'Eustache.

M. Cordier a dû à l'emploi de ce procédé très-simple d'avoir prévenu chez un enfant la perforation du tympan et l'établissement d'une fistule purulente.

Cependant, si, malgré ce traitement préventif, la trompe vient à s'oblitérer et si les produits inflammatoires sont assez abondants pour remplir la caisse, on a comme ressource pour conjurer les accidents graves qui peuvent s'ensuivre, de ponctionner la membrane du tympan.

Une autre opération peut être réclamée aussi par les suites de cette otite moyenne, lorsqu'elle arrive à ce degré exceptionnel de gravité, qui l'entretient bien au-delà de la durée de la maladie éruptive d'où elle procède, nous voulons parler de la trépanation de l'apophyse mastoïde. Cette opération a été pratiquée plusieurs fois avec succès pour remédier aux accidents plus ou moins graves qui peuvent provenir de ces suppurations interminables, qui vont quelquefois jusqu'à menacer les organes voisins. On en trouve un exemple, notamment, dans la deuxième partie de la thèse de M. le docteur Albert Brochin, sur la *Trépanation de l'apophyse mastoïde* (1874).

Névralgie sciatique double. — Propagation probable d'un côté à l'autre à travers la moelle.

Nous avons vu ces jours-ci, dans le service de clinique de M. Lasègue, à la Pitié, un fait bien simple en apparence, et qui implique, en réalité, une des questions à l'étude les plus intéressantes de la pathologie du système nerveux. Il s'agit d'un homme qui est entré dans les salles pour une sciatique du côté droit. Aujourd'hui cet homme a une sciatique double, à droite et à gauche. Qu'y a-t-il à cela d'extraordinaire ? dira-t-on. La même cause qui avait produit la névralgie ou la névrite du nerf sciatique du côté droit n'a-t-elle pas pu produire, après coup et de la même manière, celle du côté gauche ? Sans doute. Mais ici se présente une circonstance qui porte à penser que les choses se seraient passées autrement. En même temps que les premières douleurs se sont manifestées dans le côté gauche (le deuxième côté envahi), il s'est produit aussi des phénomènes du côté de la vessie et du rectum, ténesmes, douleurs, etc., qui témoignaient d'un processus commun ayant son point de départ dans la moelle : d'où cette présomption à substituer à l'hypothèse première, que c'était par voie de progression ascendante d'abord, descendante ensuite, et en passant par la moelle, que la névrite s'est propagée, dans cette circonstance, du côté droit au côté gauche.

Si l'on se reporte aux faits et aux expériences consignés dans les travaux les plus récents sur les lésions des nerfs et leurs conséquences, on y trouve, à côté des phénomènes trophiques consécutifs aux lésions nerveuses, sur lesquels nous avons plusieurs fois appelé l'attention de nos lecteurs, des exemples de névrites se propageant de la périphérie vers le centre et s'étendant de là directement aux autres branches du même tronc nerveux, ou même allant jusqu'à produire une altération du noyau d'origine du nerf, qui s'étend aux points correspondants de la moelle, et de là se propage par voie descendante ou centrifuge au nerf homologue du côté opposé.

Le fait que nous venons de signaler mérite, à ce point de vue, d'être suivi et étudié avec soin. Dr Brochin.

DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'ÉLECTRICITÉ (1)

par le docteur Althaus (de Londres)
(traduction du docteur Darin).

Electrothérapie.

Le mode précis suivant lequel les diverses formes d'électricité produisent leurs effets thérapeutiques est encore, jusqu'à un certain point, enveloppé de mystère ; cependant l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet est beaucoup plus considérable que celui d'il y a quelques années.

A. L'*électricité statique*, que l'on emploie très-rarement aujourd'hui, est un puissant stimulant, spécialement pour les nerfs sensitifs, et peut s'utiliser avec avantage chaque fois qu'il paraît désirable de produire une profonde modification dans l'état de ces nerfs, comme dans l'anesthésie, les maux de tête et certaines variétés de névralgie et de spasme.

B. Les effets du *courant constant* sont bien plus compliqués que ceux de l'électricité statique, mais les recherches physiologiques de Pflüger sur l'électrotonus nous paraissent donner la clef de la grande majorité des applications médicales du courant. Pflüger a montré qu'un courant continu qui parcourt un nerf provoque en lui certaines modifications de son excitabilité, savoir, une zone d'excitabilité *augmentée* dans le voisinage du cathode (pôle négatif), et une zone d'excitabilité *diminuée* dans le voisinage de l'anode (pôle positif). Cyon a prouvé que les recherches de Pflüger, qui furent faites sur des membres de grenouille, s'appliquent également aux nerfs de l'homme vivant ; *de sorte que la production méthodique des états catélectrotonique et anelectrotonique, dans le but d'augmenter ou de diminuer l'excitabilité de portions malades du système nerveux, a été démontrée ainsi être une possibilité thé-*

(1) Suite. — Voir les numéros des 16, 23, 27 mars, 3 avril, 5 juin, 17 juillet, 5, 14, 28, 31 août, 2, 11, 18, 25, 28 et 30 septembre.

rapeutique. Les effets polarisants ou électrotoniques du courant peuvent donc s'utiliser dans certaines formes de paralysie et d'anesthésie, où il faut produire le catélectrotonus et dans le spasme et l'hyperesthésie, où l'anélectrotonus trouve sa sphère d'action appropriée. L'on a trouvé ainsi une explication scientifique pour ce que Remak appelait les effets antiparalytiques et antispasmodiques du courant. Relativement à son mode d'application dans les cas de ce genre, l'on peut poser comme principe général que, pour les centres nerveux, l'électrisation continue (stabile de Remak) est dans toutes les circonstances la plus appropriée ; tandis que, pour les nerfs périphériques et pour les muscles, l'application continue doit généralement se combiner avec une application intermittente, qui produit des effets particulièrement stimulants.

Ceci nous amène à un second point qu'il importe de considérer dans l'emploi du courant. L'électro-physiologie nous enseigne que le courant constant est un *stimulant puissant* pour toutes les différentes portions du système nerveux, et que ces effets stimulants se développent plus particulièrement quand on recourt à une application intermittente et à des alternatives voltaïques. Des passes avec le cathode et des alternatives voltaïques dans le circuit métallique sont donc le complément nécessaire du catélectrotonus dans les cas qui réclament une action puissamment stimulante sur certaines portions du système nerveux.

Les effets *rafraîchissants* ou *restaurateurs* du courant peuvent également s'utiliser dans une variété d'états pathologiques, notamment dans le cas d'épuisement des diverses parties des systèmes nerveux et musculaire à la suite de travaux immodérés. Le courant inverse est plus efficace dans ces cas que le direct.

L'action *électrolytique* du courant constitue incontestablement l'une de ses propriétés les plus importantes. Qu'une semblable action ait lieu durant l'application du courant à la surface tégumentaire, c'est ce qui est non-seulement probable *à priori*, mais ce que démontrent encore péremptoirement les effets particuliers de l'anode et du cathode sur la peau non interrompue. En effet, lorsque le cathode est armé d'un conducteur métallique, il se forme une petite vésicule qui ne tarde pas à faire une saillie considérable à la surface. On trouve que son contenu se compose de couches d'épiderme imbibées de sérosité et offre une alcalinité prononcée. Au bout d'un certain temps, cette sérosité prend une teinte brunâtre et la vésicule s'entoure d'une aréole inflammatoire. Du côté de l'anode on observe d'abord de l'ischémie, puis la formation d'une papule contenant de la sérosité acide. Le cathode ne s'altère pas, tandis que l'anode est oxydé. On n'est pas encore parvenu à déterminer le genre d'influence qu'exercent les effets électrolytiques du courant, appliqué sur la surface cutanée, ni à établir la catégorie de cas pour lesquels on peut les utiliser ; mais une étude persévérante de ce point difficile aboutira certainement, avec le temps, à des résultats scientifiques et pratiques de la plus grande importance.

Remak a appelé *effets catalytiques* du courant ceux qui se produisent par la stimulation directe des nerfs vaso-moteurs, qui transmettent l'influence aux vaisseaux sanguins et aux lymphatiques. De cette manière les processus nutritifs peuvent être influencés, dans toute l'étendue de l'organisme, par la galvanisation. Il nous semble qu'au mot catalyse l'on pourrait substituer le terme plus intelligible de « catelectrotonus. » Par le catelectrotonus des nerfs vaso-moteurs l'absorption est favorisée, ce qui permet de faire rentrer les liquides épanchés dans la circulation générale. Il est bien probable que les effets thérapeutiques du courant dans le rhumatisme et la goutte rhumatismale, dans la névrite, les hydarthroses, etc., sont dus à ce que l'on peut désigner sous le nom de catalyse, ou mieux de *catelectrotonus du système nerveux vaso-moteur*. Un des meilleurs modes d'utiliser ces effets du courant est de recourir aux procédés indiqués pour la « galvanisation du nerf sympathique cervical. » *(A suivre.)*

REVUE DE LA PRESSE

De l'usage de la laminaria digitata dans les rétrécissements de l'urèthre, par le docteur Francesco Parona. — La dilatation au moyen de la *laminaria digitata* tient le milieu entre la dilatation pure et simple et la divulsion. Elle n'a pas les inconvénients ni de l'une ni de l'autre méthode. La plupart des chirurgiens, et en particulier Thompson et Reverdis, conseillent de ne recourir à l'uréthrotomie que quand la dilatation est impuissante. Il est vrai qu'il est assez difficile de bien poser les indications du procédé auquel il convient de donner la préférence. Pour ce qui est de la laminaria, la plupart des auteurs n'en disent rien. Thompson, Reliquet, Gosselin, Loreta Cartis, Martin, ne la mentionnent même pas. Le seul qui en ait conseillé jusqu'ici l'emploi est Newman. Parmi ses adversaires on doit compter Lefort, qui appuie son opinion sur ce que, dans un canal irrégulièrement dilatable, l'augmentation de volume de la « sonde en laminaria est irrégulière, de sorte que, dans certains cas, son extrémité vésicale étant plus volumineuse que le reste, il est impossible de la retirer sans léser gravement l'urèthre. Il peut même arriver qu'elle se rompe et qu'une partie reste dans l'urèthre ou la vessie. » Heckel formule à peu près les mêmes conclusions dans son *Histoire médicale pharmaceutique.*

Le professeur Corradi, dans son *Traité des maladies des organes urinaires,* ajoute que l'usage de la laminaire serait indiqué surtout dans les rétrécissements à peine franchissables; dans ces cas, le petit volume de la sonde qu'il faut prendre rend une rupture beaucoup plus à craindre que dans tous les autres.

Robert Newman recommande de se servir d'une bougie d'égal diamètre dans toute sa longueur, et enduite d'une épaisse couche de vernis. Les précautions à prendre pour l'introduction seraient les suivantes :

1° Plonger la bougie dans l'eau pour la ramollir;

2° Vider la vessie;

3° Injecter de l'eau dans l'urèthre pour relâcher un peu ses parois ;

3° Chercher le point exact du rétrécissement et la longueur de l'urèthre pour adapter la bougie à cette indication ;

4° Introduire la bougie en une seule fois sans la tourner;

5° La laisser en place une heure ou deux ;

6° Il faut abandonner l'usage de la laminaria aussitôt que des sondes d'un certain calibre peuvent passer.

Ici Parona, après avoir passé en revue les recherches de Planchon sur la laminaria, ajoute que, d'après ses observations personnelles, la dilatation serait toujours centrifuge et latérale. On trouve dans le commerce des bougies de cette substance graduées, du numéro 1 au numéro 12 (filière anglaise), longues de 30 centimètres et rectilignes. Les plus fines ont une élasticité et une résistance comparables à la baleine; échauffées, elles deviennent plus malléables.

Une autre espèce de bougie vient d'Allemagne. Celles-ci ont leur surface rude, poudreuse, blanchâtre. Cette dernière espèce est tirée des portions latérales de l'algue, tandis que la première vient du centre; elle se gonfle rapidement et irrégulièrement. Les premières se gonflent, au contraire, lentement et uniformément. Leur surface reste lisse ; elles peuvent prendre trois ou quatre fois leur volume normal, et se dilatent d'autant plus régulièrement et plus lentement qu'elles sont devenues plus grosses. L'augmentation de volume dans l'eau chaude est plus grande que dans l'eau froide.

D'après Newman, il ne faut pas les enduire d'huile, sous peine d'empêcher leur dilatation. Ce fait n'est pas exact.

L'auteur a employé des bougies de forme cylindrique, terminées en pinceau, ou évidées pour être guidées par un conducteur de Maisonneuve.

Dans les rétrécissements calleux, graves, il emploie des bougies des plus fins numéros, à extrémité vésicale conique ou olivaire, et les dirige sur le conducteur de Maisonneuve. Comme elles se ramollissent par la chaleur et l'humidité, elles n'ont pas l'inconvénient signalé par Coraddi (tendance à se briser à mesure qu'elles augmentent de volume). Elles tendraient plutôt à devenir trop molles pour agir sur le rétrécissement.

Les seules précautions à prendre au moment de l'introduction consistent à s'assurer que le volume des bougies est proportionné à celui du rétrécissement, et qu'elles sont de bonne qualité. Inutile de dire qu'avant de les mettre en place, il faut vider la vessie et le rectum.

Chez les sujets irritables, les bougies doivent rester dans l'urèthre une demi-heure. On les laisse deux heures dans les rétrécissements légers et élastiques.

Dans ces cas, il est rare que la laminaire soit nécessaire plus d'une heure ou deux.

L'auteur rappelle, à la fin de son mémoire, six observations qui servent de démonstration aux idées qu'il a émises. Nous nous dispensons de les analyser. — (*Annali universali di medicina e chirurgia*, luglio-agosto, 1875, p. 36.)

Cancer de la capsule surrénale droite pris pour un kyste hydatique du foie (Heitter). — Mayer A..., âgée de cinquante et un ans, tomba de sa hauteur dans la rue à la suite d'un étourdissement. On la transporte à l'hôpital pour des contusions multiples. Elle est placée dans un service de chirurgie.

Lorsque les contusions furent guéries, on la fit passer dans le service de médecine du professeur Lolel.

C'est une malade très-peu intelligente, qui ne peut donner que des renseignements sans précision. Elle dit seulement qu'il y a huit ans, elle est tombée sur le côté droit, et que, depuis lors, une tumeur s'est développée dans la région et est devenue douloureuse il y a trois ans seulement. Pas d'ictère, pas d'œdème ni de teinte cachectique. Toute la moitié droite du tronc, depuis la cinquième côte jusqu'au niveau de l'ombilic, est très-saillante. L'augmentation de volume s'étend jusqu'à l'épigastre. Le sommet acuminé de la tumeur correspond à l'espace qui se trouve compris entre la ligne mammaire droite prolongée, la ligne blanche et le bord inférieur de la dernière côte. Les aires costales sont un peu élevées en dehors; les espaces intercostaux ne sont pas effacés. A la percussion, on ne trouve rien d'anormal dans le poumon. Matité s'étendant de la quatrième côte droite jusqu'au niveau de l'ombilic, et à gauche jusqu'à la ligne mammaire prolongée. Dans les inspirations profondes, la matité subit un léger déplacement. Le bord du foie est sensible au niveau de la cicatrice ombilicale; il est légèrement oblique. On le suit jusqu'à la ligne mamillaire, où il se termine par une petite éminence sphéroïdale, qui paraît s'étendre beaucoup plus loin en arrière et en bas que la percussion ne le montre.

La face supérieure du foie, ainsi que le sommet de la petite masse en question, sont lisses, élastiques et légèrement fluctuants. Pas de douleur; rien à l'auscultation de la tumeur; cœur normal; rate volumineuse.

Diagnostic porté : *kyste hydatique du foie*. Ponction pour le confirmer. Il s'écoule de la sérosité sanguinolente, jaunâtre pendant un instant, puis brune et épaisse. Elle coule très-difficilement par le trocart. Elle est alcaline et très-albumineuse. Pas de crochets; pas d'autres éléments figurés, que des globules rouges. Amélioration légère et fermeture de la plaie au bout de deux jours.

Le 6, collapsus, émission involontaire d'urine. Mort le 8, avec des phénomènes d'œdème pulmonaire.

Autopsie faite trente-six heures après la mort par le docteur Kundrat. Adhérences pleurales vers la base des deux poumons; rien aux sommets. Congestion vers la partie inférieure des deux lobes inférieurs; quelques grammes de sérosité claire dans le péricarde. Parois du cœur flasques. Sang liquide et caillots fibrineux dans sa cavité.

Dans l'abdomen, on trouve une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, qui s'étend en bas jusqu'au bord de l'os iliaque. Le rein droit est placé en arrière et en haut.

Cette tumeur se termine en dedans et en haut par une extrémité arrondie ayant contracté des adhérences avec le diaphragme. Ce muscle a été refoulé à peu près jusqu'à la dernière côte.

Le foie, repoussé à gauche et en avant, adhère par son lobe droit à la partie supérieure de la tumeur, et, à l'exception d'un petit îlot de 2 à 3 millimètres sur son bord antérieur, il est entièrement sclérosé.

Dans son déplacement, il a déformé la paroi thoracique. Les côtes sont très-rapprochées les unes des autres; les muscles intercostaux amincis; le tissu conjonctif sous-pleural épaissi.

La tumeur offre l'aspect d'un sac à parois fibreuses épaisses de 2 ou 3 millimètres. De gros vaisseaux traversent cette paroi en avant. Elle donne issue à un liquide épais, brunâtre, à de petits caillots lamelleux, enfin à des masses floconneuses. En avant, on voit une petite cicatrice, correspondant à celle de la paroi abdominale. En arrière, on trouve une masse médullaire comprise dans l'épaisseur des parois, et communiquant par des sillons tortueux que l'on trouve à la surface avec l'intérieur du sac. Elle est colorée en brun par plusieurs taches hémorrhagiques. On ne peut pas retrouver la capsule surrénale droite; elle est remplacée par la tumeur, qui semble s'être développée à ses dépens. La veine cave inférieure, aplatie en arrière du bord postérieur, forme une sorte de ruban, large de deux travers de doigt. La portion du foie qui reste est d'un brun pâle. La vésicule biliaire contient plusieurs calculs polyédriques et arrondis, dont le volume varie depuis celui d'un grain de chenevis jusqu'à celui d'un pois. Le col de la vésicule biliaire est occupé par trois calculs de la grosseur d'une noisette, nageant au milieu d'une bile épaisse d'un brun verdâtre. Rate doublée de volume, grise et ramollie. Intestins distendus; muqueuse de l'intestin grêle, pâle, grisâtre. Rein volumineux d'un brun pâle; muqueuse vésicale rouge œdématiée, parsemée de taches hémorrhagiques.

Réflexions sur ce cas. Cette observation présente comme particularités intéressantes : le point de départ de la tumeur, son volume colossal, les altérations que le temps a amenées dans sa structure; sa situation par rapport au foie, qui la faisait ressembler complétement à un kyste hydatique. La déformation de la région hépatique, le refoulement des côtes en dehors, la tumeur à sommet acuminé que l'on trouvait dans l'hypochondre droit, la fluctuation, les adhérences de la tumeur au foie, tout contribuait à affermir l'opinion que l'on avait bien affaire à une tumeur de cet organe. En outre, l'absence de fièvre, de douleur et de teinte cachectique étaient également propres à entretenir l'erreur.

L'absence de crochets dans le liquide n'est pas toujours suffisante pour éloigner l'idée d'un kyste hydatique. Il était impossible, étant donnés l'absence de commémoratifs et les signes fournis par la palpation, de savoir que la tumeur s'était développée en arrière et au-dessous du foie, d'autant mieux qu'aucun œdème des membres inférieurs n'annonçait une compression des gros troncs veineux intra-abdominaux. (*Viener Medizinische Presse* 5 und. 27 sept. 1875.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 octobre 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. PAUL YVON, pharmacien de première classe, envoie une brochure sur l'*analyse chimique de l'urine normale et pathologique au point de vue chirurgical*.

M. PRAVAZ (de Lyon), adresse un mémoire intitulé : *Recherches expérimentales sur les effets de l'augmentation de la pression atmosphérique*.

M. LARREY offre les premiers volumes des *Archives de médecine navale*, publiées sous la direction de M. Le Roy de Méricourt.

M. MAGITOT dépose deux brochures : 1° *Étude sur les anomalies du système dentaire de l'homme et des mammifères; anomalies de l'éruption.* 2° *Études tératologiques de la polygnathie chez l'homme.*

M. LARREY offre de la part de M. Chauvel, professeur agrégé au Val-de-Grâce, un article sur les *ligatures d'artères*, extrait du *Dictionnaire encyclopédique*.

M. GILLETTE se porte candidat à la place vacante de membre titulaire.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PÉRIOSTITE PHLEGMONEUSE DIFFUSE.

M. MARJOLIN, à l'occasion du procès-verbal, revient sur la difficulté du diagnostic différentiel de la périostite suppurée au début et du rhumatisme, surtout chez les enfants. Le frisson initial de la première est difficile à constater si les parents n'en sont pas témoins. Si le diagnostic est posé, il faut inciser, sans hésitation, jusqu'au-dessous du périoste. Il ne sortira quelquefois que du sang, mais le pus se développera plus tard, et cette intervention précoce préviendra des accidents ultérieurs. En tous cas, le chirurgien soucieux de sa réputation fera bien de ne pas annoncer l'ouverture d'un abcès, mais seulement la nécessité de pratiquer une ponction exploratrice et peut-être un débridement.

Cette périostite est-elle fatalement suivie de la nécrose de l'os? M. Marjolin ne le pense pas. En dehors des deux faits qu'il a rappelés dans la dernière séance, il pourrait citer un grand nombre de malades qui ont guéri sans aucune fistule indiquant la présence d'un séquestre. Il n'y avait donc pas dans ces cas nécrose de l'os, mais seulement décollement du périoste. S'il y a un séquestre, même une seule lamelle osseuse, il faut se hâter de l'extraire. Quant à la fréquence de cette maladie, la périostite de la diaphyse se voit beaucoup moins souvent qu'on ne semble le croire.

M. GIRALDÈS. Pour discuter avec fruit, il faudrait s'entendre d'abord sur les définitions. On s'est habitué à prendre pour base un mémoire de Maisonneuve, qui n'exprime pas nettement toutes les modalités de cette maladie. On l'a appelée *décollement des épiphyses, ostéo-myélite, ostéo-périostite.* Son véritable nom est celui que lui a donné Schutzemberger, *périostite phlegmoneuse diffuse.* Quant au diagnostic, il est facile lorsqu'on en a vu beaucoup : douleurs fulgurantes dans le membre, augmentation de volume quelquefois double et même triple du volume normal, température intense, langue sèche, délire parfois. Si alors l'on applique la main, on sent une fluctuation profonde. Il y a sûrement du pus.

M. TRÉLAT discute trois points de la question : nomenclature et détermination exacte de l'affection, diagnostic, traitement.

L'ambiguïté qui pèse sur les lésions profondes du périoste part de la réalité des faits. Depuis, les affections inflammatoires qu'il a décrites sous le nom de périostite externe, se terminant par des abcès qui suppurent longtemps, mais guérissent, jusqu'à l'ostéo-périostite intense, il y a bien des degrés qui se tiennent. On peut les limiter théoriquement, mais non pratiquement. Tantôt l'affection est remarquable par la gravité des phénomènes qui se succèdent, par son *infectiosité*; ce sont ces cas foudroyants qu'ont décrits Holmes, Schutzemberger, Duplay, Giraldès, Bœckel, Le Fort.

Quelquefois elle a une marche modérée, subaiguë, qui permet de temporiser; d'autres fois on obtient des guérisons qu'aurait certainement compromises une intervention plus active. Périostites externe, interne, profonde, ostéite, ostéo-myélite, toutes sont une même maladie, dont le pronostic varie selon que la marche est aiguë ou lente. Si la périostite est plus diffuse, si c'est une médullite, ou une périosto-myélite à marche rapide, on observe les phénomènes inflammatoires les plus aigus, qui comprometttent la vie, il est indiqué d'enlever rapidement le siége de la suppuration; dans ces cas, le succès de la résection osseuse est puissant. Mais, si on l'appliquait à tous les cas, on s'exposerait à des désastres.

On observe plus de myélites chez les adultes que chez les enfants, mais elles sont en général restreintes; ce sont celles qui se termineront un jour par la formation d'un séquestre. La difficulté du diagnostic repose non sur la dénomination de l'affection, mais sur le degré de profondeur de l'inflammation du périoste.

Quant au traitement, tout en trouvant absolument opportun celui mis en usage par M. Duplay, M. Trélat ne pense pas qu'il soit bon d'intervenir si ce n'est pas nécessaire.

En résumé la nature de l'affection est difficile à diagnostiquer quant à son degré; cette difficulté entraîne celle du diagnostic; celle-ci, celle du traitement.

M. GIRALDÈS. Si l'on reste sur le terrain de la périostite phlegmoneuse diffuse, dont la discussion tend à l'écarter, elle commence toujours par le périoste. La médullite, l'ostéite, sont toujours consécutives.

M. DUPLAY croit que la difficulté de l'entente tient à la difficulté de diagnostiquer non la nature, mais le siége de la maladie. Mais la périostite phlegmoneuse diffuse se manifeste de telle fcçon qu'il est impossible de s'y méprendre. Elle entraîne *toujours* une nécrose plus ou moins étendue. Dans un certain nombre de cas graves, rien n'empêche la marche envahissante. Nos maîtres préconisaient dans ces cas, non la résection mais l'amputation, et on a suivi leurs conseils jusqu'à ce que Holmes ait attiré l'attention sur les résections pratiquées en plein état inflammatoire. — Mais, dans les cas où la périostite est moins étendue, est-il nécessaire, est-il même utile de faire une résection prématurée? M. Duplay déclare que son expérience n'est pas assez grande sur cette question pour la trancher. Il cite un malade auquel il a enlevé le radius pour une périostite de la moitié inférieure de cet os. Le malade a guéri en deux mois, mais l'os ne s'est pas reproduit complétement. M. Duplay se demande s'il n'aurait pas obtenu un résultat plus heureux en patientant jusqu'à la mobilisation du séquestre.

M. TRÉLAT ne trouve pas que son opinion diffère de celle de M. Duplay, excepté sur l'ancienneté de la méthode des résections précoces. Elles ont été préconisées il y a dix ou douze ans dans une discussion sur les reproductions osseuses qui a eu lieu à la Société de chirurgie. Dans le cas de M. Duplay et dans ceux analogues qui ont été rappelés, on n'a pas la liberté du choix; c'est une opération d'urgence, comme l'ouverture d'un abcès. On ne se demande pas, avant de la faire, s'il y aura ou non régénération de l'os. Quand on a le loisir de remettre l'opération à un autre moment, on peut alors songer à faire une opération réparatrice.

M. GUYON. La question qui se discute est une question de thérapeutique qui, dans les cas foudroyants, doit se restreindre à la résection. Mais quelquefois de larges incisions, les drainages multiples, ont arrêté les symptômes de la périostite phlegmoneuse. M. Guyon a vu guérir par ces moyens, sans nécrose, un malade atteint de périostite phlegmoneuse diffuse du fémur; et, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, on ne pouvait songer à la résection. Le tibia est véritablement un lieu d'élection pour cette opération.

M. GIRALDÈS a préconisé l'année dernière, au congrès de Lille, la résection prématurée comme traitement de la périostite phlegmoneuse diffuse. Il l'a rappelé cette année dans une communication faite à l'Académie de médecine, en insistant sur les dangers de la temporisation. On arrive à une nécrose invaginée qui déforme le membre et nécessite plus tard une opération dangereuse. M. Cazin (de Boulogne) en a observé bien des cas à Berck.

Quand on pratique la résection prématurée il faut au malade, pour guérir, un temps beaucoup plus court que celui nécessaire à la séparation naturelle de l'os de sa gaîne osseuse. Il a indiqué dans quels cas et sur quels os cette opération peut se faire. Il n'a pas conseillé la résection du tibia en entier si la périostite n'a que 7 à 8 centimètres d'étendue; dans ce cas, il en résèque 10 centimètres; il ne l'enlève en entier que si la moitié de l'os est malade. Quant aux résultats définitifs, il est préférable d'avoir un membre un peu déformé qu'une jambe de bois, et il vaut mieux rester deux mois dans un hôpital pour une résection que quatre pour ne pas la faire. Quant aux faits qu'on vient de citer de périostites phlegmonenses diffuses guéries sans nécrose, il les croit, puisque ses collègues le lui disent, mais il ne le croirait pas s'il les avait vus.

M. PERRIN admet difficilement que ces lésions aient le même point de départ, comme l'a dit M. Trélat. Sans doute l'inflammation d'un point retentit sur le voisinage, mais pas autant ni aussi fatalement que l'indique M. Trélat. M. Perrin a vu, dans des cas de fracture des

membres chez des adultes, une vaste périostite survenir sans décollement du périoste, qui était seulement épaissi considérablement. La résection ne réussit pas dans ces cas ; il faut amputer.

M. DUPLAY, dans un cas de périostite de l'extrémité inférieure du fémur, a suivi la conduite de M. Guyon et s'en est bien trouvé.

M. VERNEUIL. On ne peut laisser dire que l'amputation soit le meilleur mode de traitement de la périostite, ni qu'il faille réséquer tout un os lorsqu'un tiers de sa diaphyse est dénudé. Tous les chirurgiens ont vu la moitié d'un os dénudé, le doigt l'entourant complétement à nu, et cependant les malades guérir en perdant à peine quelques esquilles. L'hygiène, les désinfectants, les incisions, le drainage, sont des moyens excellents. Si la dénudation de l'os est complète, oui, il faut l'enlever; mais, dans le cas de Holmes, les deux tiers du tibia adhéraient encore au périoste. Dans le cas de M. Duplay, dans certains de ceux de M. Giraldès, le traitement qu'ils ont suivi doit être conservé ; il est excellent, mais à titre de médication exceptionnelle.

M. TRÉLAT. M. Perrin pose comme alternative dans l'ostéomyélite l'amputation ou la mort. MM. Giraldès et Verneuil ne sont pas d'accord sur les résultats du décollement du périoste sur la vie de l'os. Ces assertions sont trop absolues. L'os atteint de périostite survit, *s'il n'y a pas de suppuration de la moelle des conduits de Havers.* Si ces conduits suppurent, l'os meurt fatalement, étant privé de son appareil vasculaire et réparateur; il faut le réséquer.

M. LE FORT. Le point de départ de la discussion semble oublié. La périostite phlegmoneuse diffuse est une maladie rare en dehors des services d'enfants, où l'on trouve des adolescents surmenés, mal nourris. Elle a des symptômes généraux d'une acuité extrême.

M. DUPLAY. Cette maladie se reconnaît en clinique surtout à ses phénomènes généraux. Dans ces cas il faut faire la résection hâtive. C'est la seule ressource avec l'amputation, mais c'est comme l'a dit M. Verneuil, une exception thérapeutique.

M. GIRALDÈS. Quoique la discussion se soit éloignée un peu de son point de départ, elle n'en a pas moins été utile, car rien n'est fructueux comme de voir parallèlement tout un groupe de maladies voisines.

M. MARJOLIN, dans sa longue pratique chirurgicales des enfants, n'a pas vu *en moyenne* par an un individu ayant toute une diaphyse nécrosée.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. GILLETTE présente une pièce pathologique accompagnée d'une note intitulée : *Chute sur l'abdomen ; rupture de la vessie ; péritonite suraiguë ; mort* (Commiss. : MM. Panas, Terrier, Tillaux).

M. DE SAINT-GERMAIN présente, de la part de M. Ragault, de Pont-Audemer, un monstre offrant un développement incomplet des os du crâne, avec encéphalocèle.

La séance est levée.

CONGRÈS DES SCIENCES MÉDICALES DE BRUXELLES

SÉANCE GÉNÉRALE DU 24 SEPTEMBRE 1875.

M. CHARPENTIER lit un rapport sur les travaux de la 1re section : *De l'alcool en thérapeutique.* Rapporteur : M. le docteur Desguin, d'Anvers.

La section est d'avis que le nombre des indications de l'alcool, soit dans les maladies aiguës, soit dans les maladies chroniques, est infiniment plus restreint que ne l'ont prétendu les partisans trop enthousiastes de cette méthode thérapeutique. Elle va plus loin. Dans un certain nombre de circonstances où elle a reconnu à l'alcool sa valeur thérapeutique réelle, l'indication peut être remplie également par d'autres agents appartenant à la matière médicale : dans ces cas, elle n'hésite pas à recommander ces derniers et à proscrire l'alcool, craignant que son introduction trop fréquente en médecine ne constitue, aux yeux du vulgaire, un encouragement qui tirerait une valeur considérable de l'autorité scientifique sur laquelle elle s'appuierait.

La seule circonstance qui établit sans conteste la nécessité de l'administration de l'alcool, et où cet agent ne peut être remplacé par aucun autre, est la constatation d'habitudes alcooliques antérieures. Dans ces cas, l'alcool devient indispensable, il constitue le seul moyen qui permette ensuite d'appliquer les méthodes thérapeutiques adaptées à chaque affection particulière ; il remet le malade dans les conditions où les fonctions peuvent encore s'accomplir avec plus ou moins de régularité.

M. DEBAISIEUX a la parole sur les travaux de la 2e section : *Du pansement des plaies après les opérations :* rapporteur, M. Debaisieux.

La section de chirurgie, considérant que la question n'est pas suffisamment élucidée ; que la voie reste ouverte à bien des perfectionnements et qu'il serait impossible d'attribuer à un pansement exclusif une supériorité incontestable sur tous les autres, a jugé opportun de ne prendre aucune conclusion et laisse à son rapporteur toute la responsabilité de celles qu'il a formulées.

M. BODDAERT lit le rapport des travaux de la 4e section sur une communication de M. Coddaert relative à l'exophthalmie provoquée par la ligature des quatre veines jugulaires et la double section du grand sympathique au bas du cou;

2° Sur un cas de fistule pancréatique chez l'homme, présenté à la section par le docteur Lecompte.

M. JANSSENS donne lecture des travaux de la 5e section sur la question *de la fabrication de la bière,* rapporteur : M. Depaire, professeur à l'université de Bruxelles.

Les conclusions de la 5e section sont formulées ainsi que suit :

1° La qualification de bière ne peut s'appliquer qu'aux boissons fermentées préparées à l'aide des céréales et du houblon ;

2° Aucune substance étrangère à ces matières premières ne peut être introduite dans la bière dans le but de les remplacer en tout ou en partie ;

3° Les substitutions de ce genre doivent être considérées comme des falsifications constituant une tromperie sur la nature de la chose vendue, même lorsqu'elles ne sont pas nuisibles à la santé;

4° Cependant, toutes les matières propres à donner à la bière soit une saveur sucrée, soit une plus grande limpidité, soit une plus longue conservation, soit une couleur convenable, pourront être employées si elles n'exercent aucune action nuisible à la santé,

Sur une interpellation de M. KUBORN, relative à la question des vins et des alcools, débattue en sous-œuvre par la 5e section et après quelques observations de MM. Janssens et Warlomont, l'assemblée décide qu'elle ne peut émettre de vote que sur les questions portées au programme du congrès.

Les conclusions de la 5e section, relatives à la fabrication de la bière, sont adoptées.

M. GAETANO PINI donne un aperçu sur l'école pour enfants rachitiques qu'il a établie à Milan et sur les résultats obtenus par sa méthode de traitement.

SÉANCE GÉNÉRALE DU 25 SEPTEMBRE 1875.

M. DEBAIZIEUX lit le rapport des travaux de la 2e section. Ces travaux comportent :

Une communication de M. Verneuil, au sujet de l'influence qu'exercent sur la marche des lésions traumatiques les affections du foie.

De M. Guillery, sur un nouveau genre de délégation chirurgicale applicable aux blessés de guerre, aux victimes des accidents de chemin de fer et aux fractures des membres en général.

De M. Mallez, sur le pansement qu'il met en usage après les opérations de taille sous-pubienne.

De M. Vérité, sur le psoriasis et l'eczéma des ongles.

De M. Debout, sur la fragmentation spontanée de calculs dans la vessie.

De M. Chéron, sur les applications thérapeutiques de l'acide picrique.

De M. Bouland, sur les lésions initiales de la scoliose spontanée chez de jeunes sujets de neuf à treize ans, indemnes de toute trace de rachitisme et présentant des courbures très-faibles.

De M. Casse, sur les accidents de la transfusion et sur les insuccès de cette opération.

De M. Oré, sur un nouvel appareil pour la transfusion du sang.

De M. Drysdale, sur le traitement de la syphilis.

M. INGELS fait la lecture du rapport de la 8e section sur l'appréciation de la responsabilité des aliénés. En voici les conclusions :

1° Dans l'appréciation de la responsabilité, on évaluera l'influence de chacun des facteurs qui déterminent les actions humaines.

2° Toutes les fois qu'un acte criminel ou délictueux aura été commis par un individu reconnu irresponsable pour cause d'aliénation mentale, le juge, après avoir constaté et déclaré sa non-culpabilité, devra ordonner son internement dans un asile déterminé, d'où il ne pourra sortir qu'en vertu d'un autre jugement contradictoire comme le premier.

3° L'alimentation tonique étant un des modificateurs principaux dans le traitement de la folie, la section de psychiatrie estime que tout contrat administratif qui ne sauvegarderait pas suffisamment cette nécessité thérapeutique, doit être considéré comme attentatoire aux intérêts bien entendus des malades et à la mission du médecin d'asile.

M. BODDAERT lit le rapport des travaux de la 4e section se rapportant à :

1° Une communication de M. Franck, sur les nerfs sécréteurs des glandes salivaires. M. Franck conclut à l'antériorité de l'acte circulatoire à l'acte sécrétoire et à la subordination du second au premier.

2° Plusieurs appareils de physiologie expérimentale présentés à la section par M. Franck et un procédé nouveau pour le transport sur bois des tracés graphiques.

3° Une note, avec préparations microscopiques à l'appui, sur l'appareil terminal du nerf acoustique, par le docteur Nuël.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 21 octobre 1875, la chaire de clinique interne a été déclarée vacante à la faculté de médecine de Paris.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour la production de leurs titres.

— *Hospices civils de Marseille.* — Le lundi, 6 décembre 1875, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, un concours public pour cinq places d'élèves internes.

Le lundi 13 du même mois, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert, dans le même hôpital, pour une place d'élève externe.

Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative, assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ségalas, décédé dans sa propriété de la Tour (Saône-et-Loire).

M. le docteur Ségalas, connu surtout pour ses travaux sur la lithotritie et les maladies des voies urinaires, et par d'intéressantes études de physiologie expérimentale, avait professé la pathologie médicale comme agrégé de la faculté de Paris. Il était depuis longtemps membre de l'Académie de médecine.

— M. le docteur Delafosse commencera son cours clinique sur les maladies des voies urinaires à son dispensaire, rue des Poitevins, 2, le jeudi 4 novembre, à midi, et le continuera les samedis, mardis et jeudis à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Physiologie du système nerveux cérébro-spinal, par le docteur Édouard FOURNIÉ, médecin à l'Institut des Sourds-Muets. — 1 vol. gr. in-8°. Prix : 12 francs. — Paris, 1875, Adrien Delahaye.

Nouveau dictionnaire des plantes médicinales. Description, habitat et culture, récolte, conservation, partie usitée, composition chimique, formes pharmaceutiques et doses, action physiologique, usages dans le traitement des maladies, suivi d'une Étude générale sur les plantes médicinales au point de vue botanique, pharmaceutique et médical, avec une Clef dichotomique, Tableau des propriétés médicales et Mémorial thérapeutique, par le docteur A. HÉRAUT, professeur d'histoire naturelle à l'École de médecine navale de Toulon. — 1875, 1 vol. in-8°, cartonné, de 600 pages, avec 261 figures. Prix : 6 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Des difformités des doigts (dactylolyses). Dactylolyses essentielles (ainhum), dactylolyses de cause interne et de cause externe. Étude de sémiologie, par le docteur G. BEAUREGARD (du Havre). — 1875, in-8° de 110 pages, avec 6 planches. Prix : 4 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Des plaies pénétrantes des articulations, par le docteur DECHAUX (de Montluçon), médecin de l'hôpital et des principales industries de Montluçon, lauréat de l'Institut. Mémoire couronné (Médaille d'or) par la Société de médecine et de chirurgie de Toulouse. — 1875, gr. in-8° de 121 pages. Prix : 3 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Le Paralisi nei loro rapporti colla atrofia dei muscoli, note del Guiseppe SILVESTRINI, ajuto alla clinina medica della R. Universita di Padova. — In-8° de 55 pages. — Padova, 1875, stab. Prosperini.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 126. — MARDI 26 OCTOBRE 1875. 48e ANNÉE. MARDI 26 OCTOBRE 1875. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Gosselin lit une note *sur la trépanation et l'évidement des os longs, dans les cas d'ostéite à forme névralgique*. Cette note, ou plutôt ce mémoire, fruit de vingt années d'études, se prête difficilement, par son importance et son étendue, à la réduction nécessaire d'un simple compte rendu. Nous essayerons cependant de donner une idée de cet important travail, en attendant sa publication complète.

L'opération du trépan, pratiquée dans le but d'évacuer le sang ou le pus que l'on croyait être renfermés dans la cavité du crâne, remonte à Hippocrate.

A la fin du siècle dernier seulement, on a trépané les os longs pour agrandir les orifices de l'ostéite suppurante.

En 1846, Brodie trépanait les os longs pour ouvrir les abcès qu'il croyait exister dans l'épaisseur de ces os, chez certains sujets atteints de douleurs violentes et rebelles.

M. Sédillot pratiquait à la même époque l'évidement des os par la gouge et le maillet.

En 1853, le professeur Laugier, entrant dans une voie nouvelle, pratiquait la saignée des os longs, au moyen de petites trépanations multiples, dans certains cas d'ostéite douloureuse.

C'est également pour combattre la douleur des os longs que M. Gosselin a pratiqué ses opérations.

L'observation a conduit l'éminent chirurgien à admettre une nouvelle forme d'ostéite, caractérisée par deux symptômes principaux : un gonflement progressif et une douleur violente, rebelle, continue, mais avec des exacerbations réfractaires à tous les moyens thérapeutiques, et entraînant à leur suite l'insomnie, le découragement et un épuisement menaçant. Cette ostéite est désignée par M. Gosselin sous le nom *d'ostéite à forme névralgique*.

Sur les indications de Brodie, M. Gosselin pratiqua d'abord la trépanation, croyant à la présence d'un abcès. Mais souvent son attente fut déçue, et au lieu de pus il ne trouva que de la sérosité ou des fongosités au milieu de l'os condensé.

Dans ces cas, anatomiquement caractérisés par l'hypérostose, amenée elle-même par une ostéite condensante, M. Gosselin attribue la douleur à une névrite ou à une névralgie par compression.

Quoi qu'il en soit, la trépanation des os ayant été suivie de la disparition de la douleur dans plusieurs cas, M. Gosselin conseille son emploi toutes les fois que les moyens locaux et généraux habituellement dirigés contre la souffrance ont été employés sans résultat.

D'après sa propre expérience, l'éminent chirurgien affirme que l'opération est peu grave dans le cas où elle se trouve indiquée, c'est-à-dire dans les cas de condensation du tissu osseux depuis longtemps enflammé.

Après l'opération, dont M. Gosselin indique les diverses particularités, on doit avoir recours au pansement ouaté, comme étant le meilleur, à condition qu'on ne le renouvellera pas avant vingt jours.

« En résumé, dit l'honorable académicien : 1° il est indiqué d'ouvrir largement les os longs, dans les cas d'ostéite condensante à forme névralgique;

2° Une opération complexe de trépanation et d'évidement est celle qui convient le mieux en pareil cas. »

— Dans la même séance, M. le docteur Pingaud adresse une note intitulée : *Sur un cas de trépanation faite avec succès pour une ostéite à forme névralgique d'un os plat, le frontal.*

Nous ne croyons pas devoir rien retrancher à cette note, qui non-seulement confirme les idées de M. Gosselin, mais encore les étend à la pathologie des os plats.

« Le 12 septembre 1875, dit M. Pingaud, m'est envoyé de l'hôpital de Joigny, dans le service de clinique du Val-de-Grâce, un jeune dragon de vingt-quatre ans, qui portait dans la *région frontale droite*, un peu au-dessus de la racine du sourcil, un trajet fistuleux symptomatique d'une périostite suppurée et conduisant sur une portion dénudée résistante et sonore de l'os sous-jacent. Le début de l'affection remontait à dix-huit mois (mars 1874), et nulle cause appréciable autre que la pression du casque ne pouvait être invoquée comme point de départ du mal. Dès le mois de juin, et bien avant que l'abcès sous-périostique se fût fait jour à l'extérieur, des *douleurs névralgiques très intenses* s'étaient déclarées dans toute la zone de distribution du trijumeau droit, ainsi que dans le côté correspondant du cou jusqu'à l'épaule.

Ces douleurs devenaient (jusqu'à deux ou trois fois par jour) le point de départ d'une *aura épileptica* qui gagnait la région précordiale, de là remontait vers la gorge et se terminait par un accès épileptiforme tel que cinq ou six hommes suffisaient à peine à contenir le malade. Le médecin de Joigny, soupçonnant une suppuration entre la dure-mère et le crâne, m'avait envoyé cet homme pour le trépaner.

Après avoir bien examiné le malade, je me rangeai à l'avis

de mon confrère, et j'appliquai (le 17 septembre 1875) une large couronne de trépan sur la partie dénudée du frontal, dans l'espoir de trouver une collection purulente, soit dans l'épaisseur même de l'os, soit entre lui et la dure-mère.

A ma grande surprise, non-seulement il n'y avait de collection ni *dans* ni *sous* les os, mais je trouvai, au contraire, un os très-dur, dont le diploé était *entièrement condensé* et dont l'épaisseur était accrue à un point tel que la plus grande partie de ma couronne de trépan avait disparu sans être encore venu à bout de la traverser.

Cette couronne d'os, que je conserve d'ailleurs, et que j'ai montrée à mon collègue M. Poncet, avait été manifestement détachée d'un os hyperostosé par l'ostéite; elle portait sur sa tranche de petites excavations en cupules, renfermant non pas du pus, mais du tissu fongueux, ou tout au moins quelque chose qui y ressemblait beaucoup.

Les suites de l'opération furent d'une bénignité extrême; pas de fièvre traumatique, pas le moindre accident. Depuis (et dès l'opération) les douleurs névralgiques ont *entièrement cessé, aussi bien que les accès épileptiformes*. Le malade en avait eu deux sous nos yeux avant l'opération. »

Dr Édouard FOURNIÉ.

LES THÈSES DU CONCOURS

POUR LES ACCOUCHEMENTS (1)

Le dernier groupe de thèses du concours dont il nous reste à rendre un compte sommaire est relatif aux accouchements. Elles sont au nombre de trois seulement. Les sujets proposés étaient les suivants : « Des dispositions du cordon (la procidence exceptée) qui peuvent troubler la marche régulière de la grossesse et de l'accouchement. » Ce sujet était échu à M. Chantreuil; « Des contre-indications de la version dans la présentation de l'épaule et des moyens qui peuvent remplacer cette opération », question proposée à M. Pinard; et « Dans quel cas est-il indiqué de provoquer l'avortement? » C'était M. de Soyre qui avait à traiter cette grave question.

Voici, en quelques mots, comment ces trois sujets ont été traités :

Des dispositions du cordon qui peuvent troubler la marche régulière de la grossesse et de l'accouchement, par M. CHANTREUIL.

Les dispositions du cordon susceptibles de troubler la marche régulière de la grossesse et de l'accouchement sont : la longueur exagérée ou la brièveté du cordon, l'enroulement autour des diverses parties du corps, connu sous le nom de circulaires, la situation anormale, les nœuds, la torsion, les anomalies de son insertion, ses adhérences, les anomalies diverses et lésions des vaisseaux qui le constituent, les tumeurs. Tels sont les points distincts qui font le sujet d'autant de chapitres ou de divisions du travail de M. Chantreuil. Il n'y avait aucune généralité à déduire du rapprochement de tous ces cas divers qui peuvent se présenter dans la pratique, aucune conclusion à formuler. C'était donc un travail tout de faits pratiques et de détails à décrire ou à formuler en préceptes.

Voici quelques-uns des points sur lesquels on trouve des indications pratiques utiles, que M. Chantreuil a puisés dans les immenses matériaux accumulés dans les archives de la Maternité et de l'hôpital des Cliniques. Elles sont surtout relatives à l'enroulement du cordon. Pour bien saisir toute l'utilité de quelques préceptes que nous allons rappeler, il faut savoir d'abord que l'enroulement du cordon autour du fœtus est un fait très-commun (une fois sur six accouchements environ), et qu'il peut donner lieu quelquefois à des complications graves. M. Chantreuil formule en ces termes les règles à suivre sur ce point :

Sauf exception, peu d'intervention pendant la grossesse; pendant l'accouchement, attendu le dégagement de la partie fœtale, porter la main au cou afin de s'assurer s'il existe des circulaires; les dérouler, si c'est possible; dans le cas contraire, en faire la section; appliquer le forceps si la vie de l'enfant est menacée avant l'expulsion de la tête.

Quant aux autres dispositions anormales du cordon, telles que sa brièveté, son pelotonnement sur lui-même, sa longueur exagérée et les nœuds qui en sont ordinairement le résultat, les anomalies de situation ou d'insertion, etc., elles sont toutes étudiées avec un soin minutieux et dans les conséquences fâcheuses qu'elles peuvent avoir pour la mère ou pour l'enfant et dans les moyens préventifs ou correctifs qu'elles peuvent indiquer; le tout appuyé sur de nombreux exemples cliniques.

Des contre-indications de la version dans la présentation de l'épaule, et des moyens qui peuvent remplacer cette opération, par M. A. PINARD.

Lorsque le travail se déclare chez une femme arrivée au terme de la gestation, si l'on a reconnu que l'enfant se présente par l'épaule, il faut, au moment opportun, pratiquer la version. Telle est la règle générale. Mais, pour que la version puisse être tentée avec quelque chance de succès, il faut certaines conditions qui peuvent manquer par le fait d'une disposition anormale ou pathologique; il faut, en outre, saisir le moment utile, faute de quoi la version devient impraticable ou dangereuse pour la mère. C'est de l'étude des contre-indications résultant ou de l'absence de ces conditions favorables, ou de l'inopportunité du moment, que M. Pinard avait particulièrement à s'occuper.

La première partie de sa thèse est consacrée à l'étude des contre-indications temporaires ou permanentes de la version. Les principales considérations sont : la non-dilatation de l'orifice, l'engagement trop prononcé de la partie fœtale, la rétraction de l'utérus, enfin le rétrécissement du bassin.

Lorsque, par l'une de ces contre-indications, la version est reconnue impossible, quelle doit être la conduite de l'accoucheur? C'est le sujet de la deuxième partie de sa thèse.

La conduite à tenir varie naturellement suivant les diverses circonstances de la contre-indication. S'il s'agit, par exemple, de la non-dilatabilité du col, il y a à considérer si elle tient à une simple rigidité, ou bien à l'existence d'une induration cancéreuse ou à la présence d'une tumeur fibreuse. Dans le premier cas, l'hystérotomie vaginale sera suffisante; dans le deuxième cas, il peut être nécessaire de recourir à l'opération césarienne.

Si l'obstacle à la version est l'engagement trop avancé des parties fœtales, il ne reste que l'alternative de l'évolution forcée ou de l'embryotomie. Il n'y a pas à hésiter sur ce dernier parti lorsque l'enfant est mort.

S'agit-il d'un rétrécissement du bassin, la conduite est encore subordonnée au degré de ce rétrécissement et à l'état du fœtus. Dans les rétrécissements extrêmes, c'est entre l'embryotomie et l'opération césarienne qu'il reste à choisir. C'est l'état de vie ou de mort du fœtus qui décide en ce cas.

La troisième partie de la thèse de M. Pinard est consacrée

(1) Fin. — Voir le numéro des 2, 5 et 16 octobre.

tout entière à la question de l'embryotomie, à la discussion des différents procédés.

La brachiotomie avec l'éviscération n'est, à ses yeux, qu'une opération d'exception.

La méthode d'évolution forcée lui paraît passible des mêmes reproches que l'opération précédente (dangers pour la mère), et ne lui paraît point susceptible d'être vulgarisée.

La section fœtale est préférable, à ses yeux, aux procédés précédents ; et, parmi les divers moyens proposés pour l'opérer, celui qui lui a paru le meilleur est la dérotomie (section du cou) à l'aide des ciseaux.

Dans quel cas est-il indiqué de provoquer l'avortement? par M. A. DE SOYRE.

Voilà la plus grosse question, sans contredit, du concours pour la section d'accouchements. Nous ne nous arrêterons pas ici sur le point de vue moral et juridique, et sur la responsabilité qu'il entraîne de la part de l'accoucheur. Bien qu'il eût pû se dispenser peut-être de s'immiscer dans ce grave sujet, la question ayant été posée au point de vue purement pratique et de manière à laisser supposer le point de vue moral et juridique résolu, M. de Soyre s'est cru néanmoins obligé d'en dire son sentiment; et il l'a fait, nous devons le dire, avec une parfaite convenance et un grand bon sens, en s'appuyant d'ailleurs sur les autorités théologiques, juridiques et médicales les moins contestées et dans le sens le plus large, c'est-à-dire en reconnaissant le droit de l'accoucheur de faire toute opération, y compris l'avortement chirurgical, alors qu'il a été reconnu par plusieurs confrères réunis en consultation l'unique moyen de sauver la vie de la mère. Nous ferons, du reste, comme l'a fait l'auteur lui-même ; pour de plus amples développements sur ce point, nous renverrons au livre très-remarquable qu'a publié sur ce sujet, en 1862, M. Brillaud-Laugardière (1).

Le principe admis, quels sont les cas où l'avortement provoqué est rendu nécessaire?

M. de Soyre étudie successivement à ce point de vue tous les cas de rétrécissement du bassin et du canal vulvo-utérin, les bassins rachitiques, ostéomalaciques, cyphotiques, les viciations provenant de la luxation coxo-fémorale, les rétrécissements par exostose, par ostéo-sarcomes, etc., etc.; les obstructions de la cavité pelvienne ou du vagin par des tumeurs fibreuses, des cancers, des kystes hydatiques ou un kyste de l'ovaire.

Puis il passe également en revue les états graves de la femme dépendant de la grossesse, tels que les vomissements incoercibles, l'éclampsie, les hémorrhagies; enfin les états graves qui, bien qu'indépendants de la grossesse, reçoivent d'elle un surcroît de gravité, tels que les affections organiques du cœur, etc., etc.

Toutes ces diverses circonstances examinées, ce qui a demandé, comme bien l'on pense, un assez grand développement, M. de Soyre répond en définitive à la question qui lui a été posée, par les conclusions suivantes :

1° Il est indiqué de provoquer l'avortement toutes les fois que le bassin, rétréci par un obstacle immobile, ne permet pas le passage d'un enfant âgé de sept mois de vie intra-utérine.

2° Toutes les fois que la vie de la mère est gravement compromise par des affections qui dépendent de la grossesse, et que l'on est en droit, par conséquent, de voir disparaître avec cette grossesse.

(1) *De l'avortement provoqué, considéré au point de vue médical, théologique et médico-légal*, par M. Brillaud-Laugardière, avocat. — 1 vol. in-8°. — Paris, 1862, chez Aug. Durand.

Pour tous les autres cas, l'opportunité de l'opération dépendant d'une foule de circonstances, il est impossible de formuler une ligne de conduite formelle.

Enfin M. de Soyre énonce comme obligation absolue pour le praticien, dans tous ces cas, de s'entourer des conseils de plusieurs confrères.

Dr BROCHIN.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. E. GUIBOUT.

De l'eczéma. (3e CONFÉRENCE.)

(Leçon recueillie par M. MUZELIER, interne du service.)

Dans nos dernières conférences, nous avons commencé l'étude de l'eczéma. Dans une première partie, nous avons examiné cette affection sous sa forme la plus simple et la plus commune, sous son aspect le plus habituel et le plus vulgaire. Entrant ensuite plus avant dans notre sujet, nous avons passé en revue les différentes variétés qu'elle présente à considérer : variétés d'après la lésion anatomique, variétés d'après la configuration, d'après la gravité, d'après le siége, etc., etc. Il nous reste encore beaucoup à dire pour achever l'histoire d'une affection que son importance et sa fréquence placent en tête de la dermatologie. Aujourd'hui nous allons traiter successivement des complications, des symptômes, de la durée de l'eczéma : et lorsque nous aurons abordé successivement ces différents points, nous terminerons cette étude par quelques considérations rélatives à l'étiologie, à la nature, au diagnostic et au traitement.

Complications. — Les complications qui peuvent survenir dans le cours de l'eczéma sont de deux sortes. Les unes sont *externes*, superficielles, purement locales. Les autres sont *internes*, profondes ou éloignées. Cette distinction est importante et nous vous prions d'y accorder grande attention, car elle repose sur des faits qui se rencontrent à chaque instant dans la pratique.

Les complications *externes* sont, comme leur nom l'indique, des complications locales extérieures, dont l'existence est en rapport avec la marche des lésions cutanées, avec leur durée, avec leur intensité, avec leur étendue. Le développement de ces complications est associé surtout d'une manière étroite à la période d'inflammation qui existe au début de toute manifestation eczémateuse. Suivant que cette inflammation sera plus ou moins intense, plus ou moins étendue, plus ou moins tenace, suivant qu'elle restera limitée aux couches superficielles de la peau ou qu'elle envahira les couches profondes, on verra apparaître tel ou tel genre d'accidents cutanés. Dans l'eczéma idiopathique *simple*, par exemple, elle est toujours modérée, subaiguë, passagère, et pendant sa courte durée elle reste limitée à la partie la plus superficielle de l'enveloppe cutanée. Mais dans certaines circonstances le caractère phlegmasique de la maladie s'accuse davantage. L'élément inflammatoire semble prédominer et imprimer dès le début à la maladie une forme spéciale. La lésion élémentaire n'est plus une *vésicule*, c'est-à-dire un soulèvement épidermique formé par un liquide citrin et transparent, mais elle prend le caractère d'une vésico-pustule, c'est-à-dire d'une vésicule qui a perdu sa ténacité et sa transparence, et qui présente la forme et la teinte jaune d'une pustule. On se trouve alors en présence d'une sorte d'affection mixte, bâtarde, qui tient à la fois du caractère de l'eczéma et de ceux de l'impétigo et à laquelle convient, en raison de cette situation intermédiaire, le nom d'*eczéma impétigineux*. Un deuxième ordre de complications locales s'observe également dans la période aiguë de l'eczéma, lorsque l'inflam-

mation qui marque cette période s'étend au-delà de ses limites ordinaires et se propage dans les tissus qui avoisinent son point de départ, soit en surface, soit en profondeur. Dans le premier cas, ce sont des érysipèles, des lymphangites qui apparaissent autour de la région atteinte et dans une étendue quelquefois très-grande au milieu du cortége de leurs symptômes habituels. Dans le second cas, ce sont des phlegmons, des abcès plus ou moins vastes, qui naissent sous l'influence de l'irritation cutanée; les phlegmons, les abcès se rencontrent le plus souvent dans les régions où la peau fine, mince et doublée d'un tissu conjonctif abondant et lamelleux présente réunies à un haut degré les conditions qui favorisent la suppuration.

Érysipèles, phlegmons, lymphangites, telles sont les complications *externes* les plus fréquentes de l'eczéma. Mais les complications les plus importantes à connaître, celles qui méritent d'attirer toute l'attention du médecin en raison de leur fréquence, de leur caractère insidieux, de leur redoutable gravité, ce sont celles que nous avons désignées sous le nom de complications *internes* ou *éloignées*. Aucun des appareils splanchniques n'en est à l'abri. Elles peuvent atteindre le cerveau, l'appareil respiratoire, l'appareil digestif. Du côté du cerveau, c'est principalement sous forme de méningites, d'hémorrhagies, d'encéphalite, qu'elles se manifestent. Du côté des poumons, sous forme de congestion, de catarrhe suffocant, de pneumonie. Vers l'appareil digestif, elles empruntent la forme de symptômes variés, dyspepsie, diarrhée, vomissements. Ces diverses métastases, si différentes en apparence, reconnaissent au fond une origine commune, la suppression d'un flux morbide devenu nécessaire à l'économie.

Disons toutefois que les rétrocessions viscérales de l'eczéma ne sont pas toujours aussi graves ni aussi meurtrières que celles que nous venons d'énumérer. Le catarrhe suffocant, la pneumonie, sont heureusement des exceptions. Et c'est ordinairement sous forme d'affections plus curables ou plus lentes dans leur marche : asthme, bronchite chronique, tuberculose, cancer, que se manifestent les rétrocessions eczémateuses. Ces faits si intéressants trouvent leur explication dans la loi de balancement qui règle les rapports réciproques des muqueuses et de la peau, et dans la solidarité physiologique qui relie entre elles ces deux sortes de membranes.

Durée. — La durée de l'eczéma ne saurait être déterminée d'une façon rigoureuse et précise, si l'on n'envisage cette affection que d'un point de vue général. Il faut tenir compte, en effet, de la variété et de la multiplicité des formes qu'elle est susceptible de revêtir. L'eczéma *simple idiopathique* dure de un à deux septenaires; l'eczéma *rubrum*, de quinze à vingt jours. L'eczéma *fluent* présente une durée plus longue, et qui varie d'ailleurs avec la forme de la maladie. Lorsque celle-ci est simple, localisée, lorsqu'elle suit son cours sans complication, on peut espérer la guérison au bout de quinze à vingt jours; mais lorsqu'elle est généralisée et accompagnée de phénomènes généraux en rapport avec sa gravité et son étendue, et surtout lorsqu'elle est marquée par une hypersécrétion morbide abondante, continue, excessive, qui se renouvelle sans cesse sans paraître s'épuiser, sa durée est alors fort longue et déjoue tous les pronostics. Cette prédominance du phénomène de l'hypersécrétion cutanée imprime, du reste, une gravité particulière à la maladie. La mort en est quelquefois le résultat, comme le prouve l'exemple d'un malade observé récemment dans notre service. Le malade auquel nous faisons allusion était entré dans nos salles pour un eczéma fluent généralisé, dont il subissait la première atteinte. La sécrétion morbide cutanée était tellement abondante chez ce malade, qu'elle amena en peu de temps un état d'épuisemnnt extrême. Ni l'emploi des moyens toniques et reconstituants, ni le secours d'une alimentation généreuse ne purent triompher de cet épuisement, qui devait aboutir à la mort. Vous voyez par cet exemple quelles réserves il convient d'apporter dans son jugement, soit au point de vue de la durée de l'eczéma fluent, soit au point de vue de son pronostic.

Il faut tenir compte également, lorsqu'on envisage la durée ou la terminaison probable de la maladie, de la possibilité de ces métastases viscérales que nous avons signalées au chapitre des complications, métastases éloignées, mais toujours graves et dignes par conséquent d'occuper l'attention et la vigilance du médecin. Il faut tenir compte enfin des modifications que l'eczéma chronique amène dans la structure des tissus et des altérations qu'il laisse derrière lui. Nous avons décrit précédemment ces altérations; nous avons insisté sur l'amincissement, sur l'aspect luisant et comme vernissé de la peau, sur la perte de l'élasticité et de la souplesse naturelle à cette membrane tégumentaire. Si nous croyons devoir revenir sur ce sujet, c'est pour vous en faire saisir toute l'importance et pour vous pénétrer de l'utilité qu'il y a pour vous à connaître ces différents modes de terminaison de l'eczéma.

Symptômes. — Les symptômes de l'eczéma varient avec la maladie, avec son intensité, avec son étendue, avec son siége. L'étymologie du mot eczéma (ἐκζεῖν, bouillonner, brûler) se rattache à cette situation de brûlure, de chaleur, de cuisson, qui représente un des symptômes principaux et caractéristiques. C'est dans la période de début, au moment de l'apparition de l'éruption, que cette sensation est le plus marquée. Son intensité croît d'ailleurs avec l'acuité inflammatoire de la maladie; aussi est-elle plus prononcée dans certaines formes, dans l'*eczéma rubrum*, par exemple, et d'une façon générale dans toutes celles qui présentent une période aiguë très-accentuée. Il est rare que ce symptôme persiste au-delà de la première période. Il est alors remplacé par cette sensation de démangeaison et de prurit, qui constitue un véritable tourment pour les malades et qui les porte à des grattages et à des manœuvres funestes. La période aiguë de l'eczéma s'accompagne quelquefois de fièvre, fièvre légère et insignifiante dans la plupart des cas, et qui n'acquiert une certaine intensité que dans une forme assez rare, désignée sous le nom d'*eczéma rubrum*; l'eczéma s'accompagne aussi dans certaines circonstances de troubles fonctionnels divers, et dont la nature varie avec l'étendue, la durée et particulièrement le siége des lésions cutanées. Nous ne pouvons les passer en revue ici, ce serait répéter ce que nous avons exposé déjà dans une autre partie de cette étude. Lorsque nous avons décrit l'eczéma des paupières, de la bouche, des seins, des organes génitaux, etc., etc. Nous n'insisterons pas non plus sur les symptômes *locaux*, dont l'histoire se confond en partie avec celle de la marche et de l'évolution des lésions cutanées. Il serait difficile d'ailleurs de faire rentrer tous ces symptômes dans une description commune, chaque variété d'eczéma possédant une allure et une physionomie qui lui sont propres.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 octobre 1875. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

Injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine. — M. VIDAL écrit à la Société une lettre dans laquelle il complète

les renseignements qu'il a donnés, dans une précédente séance, sur les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine. Il avait proposé la formule suivante :

Eau.	10 grammes
Chloral.	» 40 centigrammes
Chlorhydrate de morphine.	» 20 centigrammes

Le chloral avait ici surtout pour but d'empêcher la solution de s'altérer. Mais M. Vidal, ayant reconnu que ces injections étaient douloureuses, a diminué plus tard dans cette formule la proportion de chloral et l'a réduite à 5 centigrammes. En outre, M. Derlon ayant récemment proposé de dissoudre simplement le chlorhydrate de morphine dans l'eau distillée de laurier-cerise, M. Vidal a expérimenté ces injections et les reconnaît préférables à celles qu'il avait proposées lui-même.

M. DUGUET fait observer que depuis assez longtemps déjà M. Luton (de Reims) n'emploie pas d'autre solution que celle proposée comme nouvelle par M. Derlon. Ces injections sont très-bien supportées, peu douloureuses et se conservent indéfiniment. La formule est des plus simples : 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine pour 10 grammes d'eau distillée de laurier-cerise.

M. MILHARD rappelle que M. Deliaut de Savignac a depuis longtemps proposé une formule qui est également très-bonne et qui est la suivante :

Alcoolat de menthe.	1 » gramme
Hydrolat de menthe.	10 » grammes
Chlorhydrate de morphine.	» 2 centigrammes

RAPPORT

Rapport trimestriel sur les maladies régnantes. — M. BESNIER donne lecture du rapport trimestriel sur la constitution médicale pendant les mois de juillet, août et septembre.

Pendant ce trimestre, les maladies saisonnières sont restées, comme dans les années communes, sans prédominance marquée d'aucune espèce. La diphthérie seule s'est montrée fréquente et grave. La mortalité générale a été relativement peu considérable.

Les affections des voies respiratoires n'ont rien présenté de particulier. M. Lépine, dans un cas de pneumonie franche, a signalé un amendement caractéristique des signes stéthoscopiques, précédant de vingt-quatre heures la chute de la fièvre. Dans un autre cas il a constaté nettement une différence très-notable de température entre les deux membres supérieurs, celui du côté correspondant à la pneumonie étant le plus chaud ; phénomène très-commun, surtout chez les vieillards, comme l'avait déjà établi M. Lépine en 1867.

Les affections diphthéritiques se sont montrées plus nombreuses et plus graves qu'à aucune époque correspondante des années précédentes, et elles n'ont pas subi l'atténuation estivale qui leur est habituellement propre. Sur 38 cas observés dans les hôpitaux, il y a eu 25 décès, soit 65,78 pour 100. Dans aucune des sept années précédentes, le nombre des affections diphthéritiques n'a été aussi considérable.

La variole, bien que dans une période ascensionnelle, est encore éloignée de son paroxysme et a subi l'atténuation estivale que M. Besnier a depuis longtemps signalée. Mais ce n'est là qu'un abaissement qui n'implique en aucune manière la terminaison de l'épidémie, et qui marque seulement une des phases de sa longue et lente évolution normale. En consultant les tableaux des années précédentes, on voit en effet la variole s'abaisser sensiblement pendant l'été pour reprendre sa marche lentement ascensionnelle avec l'hiver. M. Besnier signale la proportion, relativement énorme, atteinte, cette année, par la variole, dans le cinquième arrondissement (Panthéon).

Les mesures d'isolement qui ont été prises, sur la demande des médecins des hôpitaux, ont donné de très-bons résultats.

M. Dujardin-Beaumetz signale les bons effets qu'il a retirés des bains chloratés à cette période de la variole où la peau se dénude de son épiderme. Il faudrait mettre 20 grammes de chloral dans un grand bain.

M. Fernet a la douleur de compter parmi les décès par la variole un étudiant en médecine, jeune homme de vingt ans, qui avait contracté la variole en assistant à la visite de M. Beaumetz. C'était pour cette même année le cinquième élève en médecine ayant contracté la maladie à l'hôpital ; un interne, Vallerian, avait succombé quelques mois auparavant.

La rougeole n'a donné lieu à aucune considération particulière.

Quant à la fièvre typhoïde, M. Besnier signale l'épidémie estivo-automnale habituelle, épidémie inférieure en nombre et en gravité à la moyenne des sept années précédentes.

Les affections des voies digestives n'ont rien présenté de particulier.

A Toulouse, les craintes que l'on avait conçues ne se sont heureusement pas réalisées : Bonnemaison affirme que l'état sanitaire a été aussi satisfaisant que possible. Toutefois le choléra infantile et la diarrhée ont fait de nombreuses victimes parmi les enfants.

A Marseille se sont montrées, fréquentes et nombreuses, les affections gastro-intestinales, depuis le degré le plus simple jusqu'à la fièvre typhoïde la plus grave. M. Guichard (de Choisity) a observé quelques cas de choléra nostras.

Il a eu également l'occasion d'observer un certain nombre d'épanchements pleurétiques, et signale un cas dans lequel l'évacuation de la plèvre au moyen de l'aspiration a procuré d'abord un grand soulagement au malade et a été suivie d'une mort instantanée quatorze heures après. Sans vouloir attribuer la mort, dans ce cas, exclusivement à l'aspiration, M. Guichard (de Choisity) regrette de n'avoir pas eu recours aux anciens procédés.

En terminant, notre confrère de Marseille signale dans cette ville la persistance et la gravité de la variole, qui, bien qu'elle n'y sévisse plus à l'état épidémique, y a fait cependant un assez grand nombre de victimes.

A Rouen, M. Leudet a constaté que pendant ce dernier trimestre l'état sanitaire a été très-bon. Parmi les faits dignes de remarque il signale un cas de gangrène du poumon avec épanchement dans la plèvre, terminé par perforation pleuro-bronchique, un cas de tuberculose pulmonaire mortelle, par suite de l'apparition d'une péricardite, un cas de chorée avec hallucinations et idées de persécution, enfin un cas de choléra algide.

Au Havre, M. Lecadre a signalé un grand nombre de maladies de tout genre et une mortalité considérable. La diarrhée cholériforme des petits enfants a fait de grands ravages. Parmi les adultes furent signalés un grand nombre d'embarras gastro-intestinaux et même quelques cas de choléra nostras ; quelques cas de fièvre typhoïde graves. La fièvre paludéenne dans certains environs du Havre a pris un caractère épidémique.

DISCUSSION

Variole et vaccine. — M. LAILLER ne croit pas que l'on puisse caractériser du nom d'épidémie les cas de variole que l'on observe en ce moment à Paris.

M. BESNIER pense, contrairement à M. Laillier, que le nombre des cas de variole observés, que la facilité avec laquelle se transmet la maladie, puisque cinq étudiants en médecine l'ont contractée dans un seul hôpital, ne peuvent pas être considérés comme l'effet d'un état endémique habituel. En temps ordinaire, en effet, la maladie est pour ainsi dire stérile et la présence d'un varioleux dans une salle d'hôpital n'entraîne pas nécessairement la transmission de la variole à plusieurs autres individus. En outre il faut, dans l'état actuel des choses, tenir grand compte des sages mesures qui ont été prises et sans lesquelles certainement la variole aurait pris une tout autre extension.

M. MOUTARD-MARTIN n'admet pas qu'en temps ordinaire la présence d'un varioleux dans un service ne constitue pas un danger pour les autres malades. Il a toujours observé que, dans ces cas, la variole se propageait à un ou à plusieurs individus.

M. BESNIER croit avoir démontré par des chiffres que pendant les années 1872-1873, entre autres, la variole avait été complétement stérile.

M. CONSTANTIN PAUL, frappé de ce fait que cinq étudiants en médecine ont contracté la variole dans un seul hôpital, pense que l'on devrait saisir cette occasion de surveiller attentivement les revaccinations des élèves en médecine dans les hôpitaux.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ demande, à ce sujet, quelle conduite

il faut tenir lorsque plusieurs revaccinations sont restées sans succès. Le jeune homme qui a succombé à une variole contractée dans son service avait été vacciné quatre fois sans succès. A quelles limites faut-il s'arrêter dans ces cas?

M. CONSTANTIN PAUL pense qu'il serait raisonnable de renouveler les vaccinations chaque fois que l'on se trouve en présence d'un nouveau foyer d'épidémie varioleuse.

M. DUMONTPALLIER dit que l'on ne sait plus aujourd'hui ce dont on se sert pour pratiquer des vaccinations. Le plus souvent on se sert du vaccin humain transporté sur le veau ou la génisse. Or qu'est ce vaccin? que vaut-il? quelles sont ces qualités? C'est ce qu'il est impossible de savoir.

M. CONSTANTIN PAUL ne croit pas que du vaccin transporté sur le veau ou la génisse soit inférieur au vaccin humain lui-même. Il résulte, au contraire, des nombreuses expériences qu'il a faites, que ce vaccin, transporté sur la génisse, est supérieur au vaccin pris de bras à bras.

M. DUMONTPALLIER, à l'occasion du fait dont a parlé M. Besnier, de ce jeune homme qui a succombé à la variole après avoir été revacciné quatre fois, fait observer qu'il semblerait en résulter que la variole et le vaccin ne sont pas la même maladie.

M. BLACHEZ, répondant à la question posée par M. Dujardin-Beaumetz, savoir à quelles limites il faut s'arrêter dans les revaccinations chez le même individu, dit qu'il suffit de vacciner deux fois cet individu en même temps que deux enfants; si les deux fois la vaccination a réussi chez les deux enfants et est restée sans succès chez cet individu, on peut en conclure qu'il est décidément réfractaire à la vaccine.

M. GUYOT, à l'appui de cette opinion qu'on peut être réfractaire à la vaccine sans l'être à la variole, rappelle le fait suivant emprunté à sa clientèle privée : tous les membres d'une même famille sont vaccinés par lui avec le même vaccin; ce vaccin prend chez tous, excepté chez une dame qui peu de temps après fut atteinte d'une variole confluante à laquelle elle a failli succomber.

M. BUCQUOY pense que beaucoup d'insuccès dans les revaccinations peuvent s'expliquer par le plus ou moins de réceptivité des sujets, d'une part, et, de l'autre, par une sorte d'immunité créée par la vaccination et par la variole elle-même au déclin d'une épidémie.

M. LABOULBÈNE, étant interne chez M. Monneret, lui a vu vacciner un enfant six fois sans succès; la septième fois le vaccin a parfaitement pris chez cet enfant.

M. Laboulbène ne partage pas l'opinion de M. Constantin Paul sur la supériorité du vaccin de génisse; et voici sur quoi il se fonde : pendant la dernière grande épidémie de variole, M. Laboulbène, sur vingt malades à l'hôpital Necker, en faisait vacciner dix par M. Lanoix avec le vaccin de génisse et en vaccinait lui-même dix autres avec du vaccin humain. Or il obtenait *toujours* un plus grand nombre de succès que M. Lanoix.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. MAURICE RAYNAUD présente un malade offrant tous les signes stéthoscopiques d'une vaste caverne du côté gauche, datant déjà depuis assez longtemps et n'accusant aucun trouble général, conservant un excellent appétit, un très-bon embonpoint, en un mot une très-bonne santé générale.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Hémoptysie foudroyante causée par la rupture d'un anévrysme dans les cavernes pulmonaires. — M. LIOUVILLE présente des pièces recueillies à l'Hôtel-Dieu, le matin même, concernant un nouveau cas d'hémoptysie foudroyante chez un tuberculeux, hémoptysie due à la rupture dans une caverne, de la dilatation anévrysmale d'une branche de l'artère pulmonaire.

Il s'agit cette fois d'un homme de trente ans, tuberculeux depuis quatre ans et très-cachexié, mais n'ayant jamais eu antérieurement de crachement de sang. Il n'avait pas non plus de complications cardiaques, ni d'autres troubles de la circulation apparents. Aucune cause spéciale, sauf de grandes quintes de toux, très-fortes, il est vrai, ne peut être invoquée pour expliquer l'hémoptysie qui fut très-considérable dès l'abord et entraîna la mort en quelques instants.

Aucun secours utile ne put être porté à ce malade, malgré ce que l'on tenta de suite énergiquement. On était donc en droit de soupçonner, en se basant sur des faits analogues déjà connus, que l'on trouverait la cause du genre de la mort en recherchant l'altération (plus fréquente qu'on ne le croit), des vaisseaux qui sont en rapport avec les *cavernes ouvertes* creusées dans le parenchyme altéré. En effet une branche de cinquième ordre environ de l'artère pulmonaire (sommet du poumon droit) faisait saille dans une excavation de la grosseur d'une cerise, sous l'aspect d'une petite tumeur piriforme, bombée d'un côté, comme un petit sac. Cette dilatation avait une fissure, large de 2 centimètres, paraissant récente, par laquelle on voyait sortir de la paroi altérée de l'artériole un caillot qui remplissait, d'un côté, la cavernule et, de l'autre, se prolongeait dans une division de bronche aboutissant à l'excavation pathologique. De là le caillot pouvait se poursuivre, avec des volumes différents, dans les plus grosses divisions bronchiques, puis dans tout l'arbre aérien, la trachée et jusqu'au larynx.

Le cadavre portait des reliquats de sang coagulé dans la bouche, les fosses nasales et jusque sur la figure. L'altération tuberculeuse était complète dans le parenchyme pulmonaire : granulations grises, pneumonie chronique caséo-tuberculeuse, excavations de grandeurs variées, les unes remplies, les autres vides, adhérences et reliquats de pleurésies.

M. Liouville fait suivre cette présentation de la communication d'une très-belle planche, peinte d'après nature, qui en relate un autre cas inédit aussi, rencontré dans des circonstances absolument identiques; il ajoute quelques remarques concernant les cas analogues, antérieurement signalés par différents observateurs étrangers ou français; pour sa part, il a été à même d'en recueillir au laboratoire de l'Hôtel-Dieu plusieurs cas et de les présenter à la Société anatomique.

M. Liouville insiste sur ces points que la lésion vasculaire est souvent multiple, quelquefois même généralisée, d'où la possibilité de rencontrer des dilatations anévrysmales variées et de diverses formes, sous des états différents, suivant leur âge, pour ainsi dire, et le terrain où elles évoluent. Enfin il lui a été donné de constater parfois, parmi les causes, l'altération amyloïdienne des vaisseaux du poumon, coïncidant avec la même dégénérescence répartie en différents autres viscères.

Cette présentation sera suivie ultérieurement d'une communication plus détaillée sur le même sujet.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE

Traité théorique et pratique de la syphilis et des maladies vénériennes.

Par les docteurs L. BELHOMME et AIMÉ MARTIN (1).

Les docteurs Aimé Martin et L. Belhomme viennent d'offrir au public la seconde édition entièrement revue et refondue de leur *Traité théorique et pratique de la syphilis et des maladies vénériennes*. La faveur méritée qui avait accueilli la première édition ne fera pas défaut à la deuxième, car on y retrouve toutes les qualités qui ont fait la vogue de ce livre, jointes à des additions nombreuses qui le mettent tout à fait au niveau de la science.

Ce qui distingue surtout ce traité, c'est l'ordre parfait et la méthode précise avec lesquels tout a été classé, ordonné, décrit; tout s'enchaîne, se suit, se déduit simplement, logiquement et se lit avec plaisir.

Les auteurs commencent par un historique extrêmement détaillé où abondent les citations bibliographiques des auteurs les plus anciens comme les plus modernes.

Dans cette analyse complète de tous les travaux syphiliographiques, nous voyons se dérouler sous nos yeux dans un style net, clair

(1) Georges Masson, éditeur. — Paris, 1875. — Prix : 8 francs.

et élégant les doctrines des idéalistes, des identistes, des non-identistes, des unicistes, puis la théorie dualiste, la théorie de l'hybridité et enfin celle des non-virulistes. Toutes ces opinions diverses, qui à certaines époques ont passionné le public médical du monde entier, sont discutées une à une avec un soin tout particulier, une rare sagacité, et, ce qui est mieux encore, avec un bon sens pratique remarquable. On voit que les auteurs n'appartiennent à aucune école, n'ont eu pour but que la recherche exacte et sincère de la vérité, et, quand ils formulent une opinion, ce n'est qu'après une discussion approfondie de tous les faits qui s'y rapportent en s'appuyant sur la clinique et l'expérimentation.

Nos confrères procèdent toujours du général au particulier ; ils commencent par la pathologie générale de la syphilis, et, dans cette première partie, ils décrivent et discutent tous les modes de contagion; puis, passant à l'étude de la syphilis proprement dite, ils font la symptomatologie du chancre infectant et des syphilides, des lésions des annexes de la peau, des muqueuses du tube digestif, des organes de l'olfaction et de l'audition, du tissu cellulaire, de l'organe de la vision, des organes génito-urinaires, des organes splanchniques, foie, rate, poumons, cœur, des lésions des muscles et des tendons; enfin des maladies du système osseux et du système nerveux.

Un chapitre fort bien fait sur la cachexie syphilitique termine cette longue étude.

Le traitement est tracé avec une rare précision et un grand luxe de détails, ce qui est précieux pour le praticien. Ordinairement c'est ce qui manque dans les ouvrages de ce genre ; on esquisse plutôt qu'on n'approfondit toutes les méthodes thérapeutiques, et de nos jours on penche vers l'anatomie pathologigue, l'histologie, la micrographie, et on laisse presque de côté le traitement. Certes la science pure est une belle chose; mais qu'est-ce que demandent le praticien et l'élève? Que les maîtres mettent entre leurs mains le moyen de guérir les malades, et c'est ce qu'ont fait avec un rare bonheur les auteurs de ce livre.

Après la syphilis des adultes viennent l'histoire et la séméiotique de la syphilis infantile, et la question de la syphilis vaccinale est traitée de main de maître. La deuxième partie est consacrée à l'étude du chancre simple, de ses complications et du bubon vénérien.

Dans la troisième partie sont décrites les maladies vénériennes chez l'homme et chez la femme et toutes les questions si intéressantes de la prophylaxie générale et de la prophylaxie privée, questions qui touchent à tous les problèmes hygiéniques et sociaux.

A la suite du livre, qui a près de 800 pages, nos confrères ont annexé un formulaire des plus complets. C'est là une idée pratique, des plus importantes et des plus fécondes pour le praticien.

La lecture de ce livre est des plus attachantes, et les auteurs ont déployé dans cet ouvrage de très-grandes qualités d'observation et de style, en même temps qu'ils se sont montrés des thérapeutistes judicieux et des médecins consommés.

En résumé ce livre nous paraît être ce qu'il y a de plus complet en ce moment sur la syphilis et les maladies vénériennes; de plus, il est d'un format commode, d'une belle impression, ce qui n'étonnera personne quand on saura que l'éditeur est M. Georges Masson.

Ce livre, croyons-nous, est encore appelé à une grande vogue. Elève, praticien, savant, tout le monde voudra le lire au point de vue de la science pure, au point de vue doctrinal, au point de vue pratique, et nous sommes certains de ne point nous tromper en prédisant à cette deuxième édition plus de succès encore qu'à la première.

Dr A. CHARRIER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours pour la nomination à un emploi d'agrégé d'anatomie, un emploi d'agrégé de physique et de chimie et un emploi d'agrégé d'histoire naturelle, aura lieu à Paris, le 14 novembre 1875. Le jury est ainsi composé : MM. Wurtz, président; Cl. Bernard, Gavarret, Sappey, Robin, Baillon, Moitessier (professeur de physique médicale à la Faculté de Montpellier), Morel (professeur d'anatomie à la Faculté de Nancy), de Seyne.

Juges supplémentaires : MM. Bouchardat, Béclard, Grimaud, Périer.

Les concurrents, au nombre de dix-sept, sont :

Anatomie et physiologie : MM. Farabœuf, Coyne, Nepveu, Cadiat, Hemeguy.

Physique et chimie : MM. Garran de Balzan, Rihan, Lesueur, Byasson, Bourgoin, Hardy, Magnier de la Source, Prunier, Lenoir.

Histoire naturelle : MM. de Lanessan, Chatin, Gaillard.

— *Faculté de médecine.* — MM. les étudiants nouveaux qui, pour obtenir un sursis, ont besoin de prendre une première inscription, pourront se présenter au secrétariat tous les jours, de dix à onze heures du matin.

— *Assistance publique.* — Le jury des concours pour la médaille d'or et la médaille d'argent est ainsi composé. Médecins : MM. Archambauld, Besnier, Cadet-Gassicourt, Fernet. Chirurgiens : MM. Broca, Panas et Verneuil.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 127. — JEUDI 28 OCTOBRE 1875. 48e ANNÉE. JEUDI 28 OCTOBRE 1875. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Legouest est intervenu dans la discussion sur les troubles de la vision et les conseils de révision. Ce n'est pas avec un sabre que M. Legouest a attaqué M. Giraud-Teulon (les médecins militaires ne portent pas le sabre), mais avec une épée tranchante et fortement trempée, qu'il a froidement poussée devant lui et enfoncée jusqu'à la garde. Heureusement M. Giraud-Teulon était absent et n'a pu sentir le froid acier dirigé contre sa poitrine. M. Legouest a laissé de côté le point de vue scientifique, se bornant à constater, à cet égard, le désaccord qui existe au sein de l'Académie. En sa qualité de membre du conseil de santé des armées, il a pris la défense de ce conseil et celle des conseils de révision contre les critiques, les insinuations ou les propositions réformatrices de M. Giraud-Teulon, et il l'a fait en homme convaincu de l'excellence de ces institutions et de qui il n'y a rien à attendre, ni la moindre concession ni le plus petit compromis. Tout est bien comme il est, il n'y a donc pas lieu d'y toucher. Ainsi se résume ce discours essentiellement conservateur.

M. Legouest est assurément à même de savoir mieux que nous comment fonctionnent le conseil de santé et les conseils de révision, nous n'irons pas à l'encontre de son optimisme. Il a encore moins besoin que nous lui venions en aide. Cependant il est un point de son discours dont nous tenons à faire ressortir particulièrement la justesse, c'est celui où il repousse avec énergie le désir exprimé par M. Giraud-Teulon de voir remplacer par des médecins les fonctionnaires qui constituent les conseils de révision.

Ce n'est pas la première fois que nous nous sommes élevé nous-même contre une tendance à l'ingérence de la médecine dans des fonctions auxquelles elle doit rester étrangère.

Devant les conseils de guerre, comme devant les tribunaux et devant l'administration, le médecin est et doit rester un expert, un conseil, jamais un juge ou un fonctionnaire public. C'est son opinion sur un fait ou un cas déterminé ressortissant à sa compétence spéciale, ce sont ses lumières, ses avis, ses conseils sur des points de médecine ou d'hygiène qu'on lui demande, et non un vote, une décision ou une coopération à des actes d'autorité auxquels il doit rester étranger, sous peine de compromettre son caractère, et d'engager imprudemment sa responsabilité et son indépendance. Son rôle ainsi limité est assez important, et son influence sociale assez grande et assez étendue, si l'on veut la bien comprendre et en faire une judicieuse application, pour qu'il n'y ait pas lieu de désirer pour lui une immixtion plus directe et plus intime dans des fonctions pour lesquelles il n'a ni les qualités ni les titres requis. Que chacun reste dans son rôle et les choses n'en marcheront que mieux.

Ce que nous disons là d'une manière générale s'applique particulièrement à la question soulevée par l'une des propositions de M. Giraud-Teulon, et à ce point de vue nous partageons complétement l'avis très-énergiquement exprimé par M. Legouest.

— Parmi les présentations faites dans cette séance, il en est une qui a particulièrement fixé notre attention ; c'est celle que M. Gosselin a faite, au nom de son collègue M. Hardy, d'une brochure intitulée : *De quelques modifications à introduire dans l'enseignement médical officiel et particulièrement dans l'enseignement de la Faculté de médecine de Paris.*

On comprend tout l'intérêt que les circonstances actuelles et les applications prochaines de la nouvelle loi sur l'enseignement supérieur donnent à cette publication, émanée de la plume d'un médecin qui peut légitimement s'appuyer sur une longue expérience acquise et comme professeur libre et comme professeur officiel. Nous reviendrons sur ce document, qui ne peut manquer d'être pris en sérieuse considération dans le grand procès et la grande expérience qui vont se faire.

Dr BROCHIN.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

La folie du doute (avec délire du toucher) (1).

La crainte continuelle d'avoir touché des objets malpropres ou contenant des substances toxiques, de s'être trompé en comptant des pièces de monnaie, d'avoir emporté telles ou telles choses par mégarde, d'avoir fait du tort à autrui d'une façon quelconque, ou enfin la crainte de contaminer les autres par le toucher, conduisent les malades, ainsi que je l'ai déjà établi, à des pratiques exagérées et absurdes de propreté, à des lavages répétés et à des monologues sans fin sur la question de savoir si toute trace de malpropreté a disparu et si les lavages ont été suffisants. Jamais ils ne réussissent à se satisfaire

(1) Suite. — Voir les numéros des 28, 30 septembre, 7, 14 et 21 octobre.

et jamais ils n'arrivent à se convaincre, même en face de l'évidence. Bien que le doute ait diminué à ce moment de la manière la plus appréciable et bien que les interpellations personnelles sur les sujets théoriques, abstraits ou ridicules, aient presque disparu, le doute néanmoins se retrouve encore, mais il s'est transformé et mis au service des craintes délirantes du tact. La fusion des deux grands signes cliniques, des deux particularités pathologiques fondamentales de la névrose, est opérée. Cette constatation est très-significative et elle pourrait justifier à elle seule la nécessité et la justesse de l'appellation nominale que nous avons choisie : folie du doute (avec délire du toucher).

Arrivés, après un temps parfois extrêmement long, à la fin ou presque à la fin de cette deuxième période, les malades sont de plus en plus craintifs, inquiets et rabâcheurs, et tandis qu'on les voit multiplier leurs lavages, secouer leurs doigts ou les frotter les uns après les autres, passer des heures entières à leur toilette et afficher les pratiques les plus exagérées de propreté, on remarque, d'autre part, qu'ils ne changent point de linge, qu'ils mettent toujours les mêmes vêtements et qu'ils finissent par ne plus être couverts que de haillons crasseux. Faisant un jour une visite dans une famille aisée et d'une grande distinction, je crus pouvoir admonester sévèrement la malade en lui reprochant sa mise plus que négligée, alors que je la savais pourvue des effets les plus variés et les plus conformes à sa position, et je lui avouai que je ne pouvais pas comprendre comment elle avait pu, avec l'intelligence, l'éducation et la piété que je lui connaissais, tomber jusqu'à un état aussi sordide de dégradation extérieure. — « C'est cependant bien facile à comprendre, me répondit-elle : ma couturière a un chat. » Ainsi la malade, ayant peur des chats, et, par extension de tout ce qui, de près ou de loin, avait pu subir le contact d'un chat, en était arrivée à s'habiller avec de misérables loques portées depuis fort longtemps par elle, plutôt que de se vêtir de robes qu'aurait peut-être frôlées le chat de la couturière ! Je fis aussitôt acheter des étoffes, et l'on confectionna à domicile deux ou trois toilettes convenables. Le moyen réussit.

Non-seulement ces délirants vont d'excentricités en excentricités, marchent sur la pointe des pieds et choisissent en quelque sorte les lames du parquet ou les pavés sur lesquels ils vont se poser, prennent pour s'asseoir les précautions les plus puériles, ne passent que de côté à travers une porte, s'enveloppent la main pour toucher un objet métallique, ne poussent plus les portes qu'avec le pied, n'ouvrent ni ne ferment leurs fenêtres et imaginent invariablement les mêmes absurdités — puisqu'on les retrouve dans la plupart des observations cliniques — mais encore ils en ont conscience, ils les avouent et les déplorent. Leurs aveux sont pénibles à recevoir. Ces malheureux, pour implorer notre commisération et nos soins, mettent de côté tout amour-propre, se rapetissent et s'humilient. On croirait avoir devant soi un coupable repentant. Il faut immédiatement faire cesser par les plus encourageantes paroles une attitude aussi déplacée. Le malade doit se rasseoir dans sa dignité et se confier de plus en plus à l'homme qui a l'honneur d'être médecin et non pas juge d'instruction. Tenir toujours le malade en considération, ne point lui permettre de déchéance volontaire, soutenir avec conviction qu'une lésion mentale n'est point un délit, relever les courages défaillants, faire entendre à la douleur de rassurantes promesses et respecter la plus grande des infortunes, tel est le mandat du médecin aliéniste. Manquer à ces obligations, ce serait méconnaître le plus strict de ses devoirs.

Ces délirants présentent encore une particularité qui leur est spéciale : ils ont une répugnance très-marquée pour la lecture des journaux et ils ont principalement en exécration les *faits divers.* On ne saurait croire combien les récits dramatiques et lugubres frappent les esprits faibles ou les individus prédisposés à la folie. Cette clinique journalière du crime, de l'aliénation mentale, du suicide ou des exécutions judiciaires, qui malheureusement s'introduit de plus en plus dans les habitudes du journalisme parisien, a des conséquences vraiment fâcheuses pour le goût public, la morale, le repos et la santé des populations. Pourquoi la presse, en quête de situations émouvantes ou d'événements horribles, familiarise-t-elle de la sorte ses lecteurs avec les turpitudes sociales et les forfaits des brigands ? J'ignore absolument quel est le bien que peut répandre ce bilan quotidien de la boucherie humaine, mais ce que j'atteste, c'est que les névropathes en sont influencés et malades, et qu'ils rejettent instinctivement la partie du journal qui est consacrée à la vulgarisation des atrocités du jour. Ces malades se connaissent eux-mêmes, et comme ils se troublent à la moindre émotion, qu'ils ont une peur confuse de tout danger, qu'ils craignent de perdre la raison, de commettre de mauvaises actions ou de faire inconsciemment subir à autrui une malsaine contamination, ils suppriment de leur propre initiative une cause réelle de souffrance morale, et ils s'interdisent les journaux en totalité ou en partie.

VII. — Mme F..., âgée de vingt-neuf ans, fille et petite-fille de suicidés, douée de beaucoup d'esprit et très-recherchée dans le monde par ses qualités affables, mère d'une petite fille de sept ans, lit un jour dans une revue un article sur la colique de plomb et les accidents causés par le plomb. Elle n'attache d'abord aucune importance à sa lecture, puis elle s'y intéresse, la relit, pose de nombreuses questions, s'informe des mesures à prendre pour éviter l'intoxication saturnine, et demande à quels signes on peut reconnaître l'empoisonnement par le plomb. Six mois se passent sans aucun changement bien apparent, mais non sans quelques appréhensions assez singulières, lorsqu'un jour elle remarque que beaucoup d'ouvriers ont le teint pâle et jaune, et elle infère de là qu'ils ont touché du plomb, que les manufacturiers sont bien coupables d'empoisonner de la sorte leurs ouvriers, et que, sans y faire attention, on pourrait bien contracter soi-même la maladie. Son inquiétude croît chaque jour.

Après un traitement de trois semaines aux eaux de Plombières et un voyage d'un mois en Suisse, Mme F... rentre à Paris dans le meilleur état physique et en possession du calme et de la gaîté.

Au bout de deux ans, en 1867, vers le quatrième mois d'une grossesse, Mme F..., qui paraissait un peu préoccupée depuis quelque temps, commence à poser à son mari des questions étranges : « Pourquoi les prêtres ne peuvent-ils pas se marier ? pourquoi ne portent-ils pas des moustaches ? pourquoi leur est-il défendu d'aller à la chasse ? pourquoi tous les hommes ne sont-ils pas tonsurés ? comment peut-on se faire délier d'un serment ? en quoi consiste une parole d'honneur ? qu'est-ce que c'est qu'un vœu ? quelle définition peut-on donner de la conscience ? la raison est-elle supérieure à la conscience, peut-elle être considérée comme son égale ou lui est-elle inférieure ? pourquoi ne fait-il pas toujours beau temps ? comment peut-il exister des enfants jumeaux ? à quoi servent les animaux réputés nuisibles ? »

Depuis les premières semaines de sa grossesse, la malade éprouvait du ptyalisme. Ce phénomène ne tarda pas à l'inquiéter, et elle déclara un jour qu'elle avait un goût de cuivre dans la bouche, que sa salive devait en contenir, et qu'elle avait dû être exposée à des émanations malfaisantes ou à des contacts impurs. A partir de ce moment, le délire se multipliant par le délire, elle devient perplexe, prend une foule de précautions puériles, fait à sa domestique des défenses absurdes, n'ose plus toucher aux boutons de porte et à tous les objets qui ressemblent au cuivre ou qui pourraient en renfermer,

et elle commence des lavages. Elle analyse son état, reconnaît que ses craintes ne sont pas fondées, se parle à elle-même et cherche à se tranquilliser, mais elle a de plus en plus peur du cuivre, se brosse les dents deux ou trois fois par jour et se lave les mains plus de vingt-cinq fois, rien que dans la matinée.

La cessation du ptyalisme n'amène aucun changement, la grossesse s'achève sans embarras nouveau, l'accouchement a lieu d'une manière toute physiologique, les suites de couches sont naturelles, l'enfant est placé en nourrice dans les environs de Versailles; la nouvelle accouchée se remet complétement et sort, mais ses frayeurs persistent et ses lavages continuent. Son mari la rassure, répond à toutes les questions et paraît accepter avec la bonté la plus résignée la douloureuse situation qui lui est faite.

Retirée en province pendant les événements de 1870-1871, Mme F... s'améliore rapidement, se rassérène, prend part aux angoisses patriotiques, vit des émotions de tous, lit les journaux, s'occupe de ses enfants, reprend toutes ses habitudes d'autrefois et se rétablit.

En novembre 1873, sous l'influence supposée d'une perte d'argent et de la possibilité d'une faillite à bref délai, Mme F... s'intimide, se tourmente, s'émeut, perd l'appétit et le sommeil, s'interroge, questionne son mari et devient en quelques jours demi-turbulente et anxieuse. Elle a peur des souris et des rats, fait placer du verre pilé dans toutes les rainures du parquet de sa chambre, dans les crevasses des murs et sous sa descente de lit, puis elle évite de toucher tout ce qui a été en contact avec le sol. Sa robe est-elle tombée à terre pendant qu'elle se déshabillait, elle refuse de la remettre; son porte-monnaie, son mouchoir de poche ou ses gants se sont-ils échappés de ses doigts, elle feint de ne pas les voir et ne les ramasse pas. Si l'on cherche à la contraindre et si elle est obligée de poser en tremblant la main sur ces objets, elle pâlit et a une crise.

La crainte des poisons la poursuit et elle reprend ses lavages. On l'interrompt pour la prévenir que son dîner est servi, et elle se décide très-lentement à se mettre à table, puis elle redoute de porter les aliments à sa bouche, se livre à mille contorsions, soupire, sanglotte, se déclare la plus malheureuse des femmes, implore la pitié et finit par manger dès qu'on l'a tranquillisée et qu'on lui a affirmé à plusieurs reprises qu'elle est tout à fait en sûreté, qu'elle a faim et qu'elle doit faire honneur au repas de la famille.

Depuis deux ans, et malgré de nombreuses et courtes intermissions, la situation reste à peu près la même, Mme F... a maintenant trente-neuf ans. Sa santé physique est excellente et son niveau intellectuel n'a pas fléchi.

VIII. — Mlle Berthe de ***, âgée de quarante ans, n'a jamais quitté ses parents. Elle ne paraît pas aimer sa mère, mais elle affectionne son père jusqu'à l'idolâtrie; elle l'accapare constamment et ne lui laisse aucune liberté. Elle le questionne et se fait rassurer par lui. Le jour où je la vis, on m'affirma qu'elle s'était lavée les mains à peu près deux cents fois depuis le matin! Je fus extrêmement frappé de l'élévation intellectuelle, de l'attitude distinguée et de l'accent douloureux de cette malade, et, en prenant congé d'elle, après un entretien de plus de deux heures et demie, j'obtins la promesse qu'elle me résumerait le lendemain dans une lettre sa propre observation clinique. Je pensais ne recevoir qu'un document très-exact, digne d'être étiqueté, classé et consulté à l'occasion, mais on va voir que presque toute l'histoire de la folie du doute (avec délire du toucher) se trouve résumée avec sobriété et précision dans la note qui me parvint et que je transcris:

« Je veux vous avouer, écrit Mlle Berthe de ***, que j'ai hésité à vous écrire, car, s'il est pénible de dire toutes ses divagations avec la parole qui s'envole, il est plus pénible encore de les confier à la feuille qui reste.

« J'étais d'un caractère gai et très-égal, même doux; je ne comprenais ni l'impatience ni la colère, et, si je fais ainsi mon panégyrique, c'est que les souffrances endurées depuis quelques années ont bien changé tout cela!

« Je faisais mes devoirs en pension et mon travail à l'aiguille chez mes parents avec un scrupule exagéré, puis beaucoup plus tard ont commencé mes malheureuses manies qui me conduisent rapidement — je ne le comprends que trop — à la folie, mot terrible, qui me cause un affreux désespoir.

« Il y a sept ans, j'ai d'abord éprouvé la crainte excessive de souiller mes vêtements. J'ai redouté ensuite que mes vêtements ne souillassent mon âme, que l'on ne me permît pas d'entrer dans une église, et enfin que l'on s'approchât de moi. La peur des boutons de porte jouait un grand rôle dans mon imagination : je craignais qu'ils ne fussent souillés par le contact d'autres personnes. Je me lavai les mains, j'abandonnai mes bonnes habitudes de travail et d'occupation intérieure, et je devins chaque jour plus triste en me voyant poursuivie de la sorte par des craintes continuelles. Les choses les plus indifférentes pour les autres étaient pour moi l'occasion d'un affreux tourment. Ma mère, par exemple, avait un chat qui faisait mon désespoir. Pour ne pas avoir à ouvrir les portes, je les laissais généralement ouvertes et je trouvais toujours ce malheureux chat couché sur mes vêtements ou sur mon ouvrage, ce qui me causait un grand chagrin et me donnait, je crois, de véritables congestions au cerveau. Alors je pris à cette époque l'habitude de ne pas sortir du tout, excepté le dimanche, pour aller à la messe, et cela, afin de pouvoir plus facilement, en restant à la maison, surveiller le chat et l'empêcher d'aller dans ma chambre ou partout où j'avais quelques effets (on a eu le chat deux ans).

« L'idée me vint de consulter une personne de confiance, qui me dit bien franchement que tout cela n'était que des manies et des idées fausses. J'étais bien heureuse, car, ne croyant pas à un état de maladie, je me figurais qu'il suffisait d'un simple acte de ma volonté pour triompher de tout cela; mais je vis bientôt que toutes ces manies me dominaient complétement. Quinze jours après, une idée terrible me vint; je jetai un cri de désespoir, car je compris tout de suite qu'elle me dominerait comme les autres et que j'étais perdue. Cette idée était que je n'étais plus maîtresse de ma volonté et que je pouvais faire le mal comme le bien, absolument sans m'en apercevoir. Il y a de cela dix-huit mois à peu près. Vous dire ce que j'ai souffert depuis est chose tout à fait impossible! Les craintes et les terreurs ne m'ont plus quittée. N'ayant plus de forces pour soutenir cet affreux et perpétuel combat de la raison et de l'imagination, perdant chaque jour du terrain, je confiai tout à mes parents: mes chagrins et mes angoisses.

« J'oubliais de vous dire que, depuis longtemps déjà, dans la crainte excessive dans laquelle je vivais, j'avais pris une habitude qui a bien fatigué ma pauvre tête, c'était de me parler à moi-même pour être bien sûre que j'étais ici ou là, de m'en donner des preuves — qui bientôt ne me suffisaient plus, — d'en chercher d'autres, et cela, sans interruption; et maintenant, j'en suis arrivée à me faire accompagner dans chaque pièce où je vais, et c'est à peine si cette surveillance me suffit.

« J'oubliais encore de vous dire que souvent mes mains éloignent dans le vide des objets que je ne vois même pas, mais que je crains.

« Une pareille vie n'est pas tenable. Mes nuits sont généralement mauvaises, très-agitées, et la matinée surtout est très-difficile. »

Sur mon conseil, cette malade si franche, si intelligente et si malheureuse, est allée suivre un traitement hydrothérapique sévère et très-prolongé, à Neuilly, chez le docteur Dally, et j'ai appris, par des lettres ultérieures, empreintes des sentiments les plus élevés et les plus reconnaissants, qu'elle allait très-bien et était résolûment entrée dans une phase de rémission absolue.

(A suivre.)

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC

Rareté actuelle du chancre simple (1).

Leçon recueillie par M. HUGONNEAU, interne du service.

XVI

Ainsi, messieurs, nous voilà revenus à la prédominance numérique que presque tous les syphiliographes s'accordaient

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 23 septembre et 7 octobre.

à reconnaître au chancre simple sur le chancre infectant, jusqu'en 1860.

Cette prédominance diminua peu à peu et disparut pendant les années 1860, 1861, 1862, 1863.

Nous la retrouvons depuis cette époque jusqu'en 1869, avec un caractère plus accusé que dans certaines statistiques antérieures à l'époque dont nous nous occupons.

Il y a là des fluctuations curieuses et dont il est bien difficile de se rendre compte avec les documents fort incomplets que nous possédons.

Et puis, ces relevés où j'ai fait le triage des trois maladies vénériennes, sont-ils absolument l'expression de la réalité? Je vous disais tout à l'heure que ceux de 1861, 1862, 1863 ne m'inspiraient qu'une médiocre confiance. Au sujet de ces derniers, je ne puis que vous exprimer la même opinion.

D'après mon expérience personnelle, en effet, messieurs, j'ai la certitude qu'on n'a pas désigné sur les pancartes tous les chancres syphilitiques traités dans l'hôpital, et que la plupart d'entre eux ayant été suivis, pendant que les malades étaient encore en traitement, des accidents consécutifs de la syphilis, c'est sous cette dernière dénomination générale qu'ils ont été compris. Je ne puis pas admettre qu'en 1857, par exemple, il ne soit entré à l'hôpital du Midi que 190 chancres syphilitiques dans les trois divisions. Je puis d'autant moins l'admettre que dans mon service, composé de 96 lits, j'en ai reçu, pendant le premier semestre de l'année 1875, 112, et, pendant toute l'année 1874, 296. Je ne choisis pas les malades, je les prends tels qu'ils se présentent, indistinctement, quelle que soit l'espèce de leur maladie vénérienne. Eh bien, il en est probablement ainsi dans les deux autres divisions. De telle sorte qu'en me basant sur ces chiffres, qui s'appliquent à des diagnostics rigoureusement portés, et dont je vous garantis l'exactitude, la moyenne des chancres syphilitiques soignés à l'hôpital serait actuellement de 700 environ par année. Vous voyez que nous sommes loin des moyennes données par les statistiques antérieures à 1869.

XVII

Et tenez, messieurs, voici un fait qui est bien de nature à me confirmer dans le jugement que je porte sur ces statistiques. Le relevé des malades sortants donne, pour l'année 1869, les résultats suivants :

Affections blennorrhagiques. .	1,133
Chancres syphilitiques. . . .	290
Syphilis consécutives. . . .	782
Chancres mous.	740

Ici encore les chancres syphilitiques sont en minorité, et cela dans la proportion de 1 à 1,5.

Or c'est cette année-là que j'ai commencé mes statistiques à la consultation; vous vous rappelez les résultats qu'elle m'ont donnés. J'ai soigné 680 chancres syphilitiques, et seulement 367 chancres simples ou bubons chancreux. Ces derniers étaient donc en minorité, dans la proportion de 1 à 1,8.

En admettant, ce qui est fort probable, qu'il se soit présenté aux deux autres consultations de l'hôpital le même nombre respectif de chancres syphilitiques et de chancres simples, il y aurait eu en 1869, dans le personnel consultant, 2,040 chancres syphilitiques et 1,301 chancres mous et bubons suppurés.

Comment expliquera-t-on alors qu'il n'y ait eu que 290 chancres syphilitiques admis sur 2,040, tandis que, sur 1,101 chancres mous, on en aurait reçu 740?

Quoi qu'il en soit, messieurs, je crois que je ne trouverai aucun contradicteur en affirmant qu'à l'époque où nous sommes arrivés, c'est-à-dire en 1869, le chancre syphilitique avait repris, si toutefois il l'avait perdue, une prédominance numérique très-marquée sur le chancre simple.

Cette prédominance, il la conserva jusqu'au moment de la guerre, et, à l'époque où elle éclata, on ne comptait *qu'un chancre simple pour près de deux chancres syphilitiques.*

Mes statistiques, que je vous ai développées au commencement de cette leçon, en font foi. Je vous ai dit comment je les avais faites et tout le soin que j'y avais mis. Elles comprennent tous les individus, sans distinction, qui se présentaient pour réclamer des soins, c'est-à-dire un personnel beaucoup plus nombreux que celui des malades admis. C'est encore en leur faveur une garantie d'exactitude, et j'ai la conviction qu'elles exprimaient exactement l'état des choses à cette époque.

XVIII

Nous voici revenus, messieurs, à notre point de départ. Il nous reste à étudier maintenant les modifications que la guerre et les deux siéges de Paris entraînèrent dans la proportion des trois espèces de maladies vénériennes.

Ici, je ne fatiguerai pas votre attention avec des colonnes de chiffres. Malheureusement il me fut impossible de continuer mes statistiques de la consultation. La plupart de nos élèves partirent pour les ambulances de différents corps d'armée. Chacun de nous était chargé de plusieurs services. A peine avions-nous le temps d'y suffire. Comment aurais-je pu, dans de pareilles conditions, continuer un travail qui exigeait deux ou trois heures au moins par séance? Il fallut y renoncer.

Je le fis à regret. J'interrompis donc ces notes sur chaque malade, que je prenais depuis dix-huit mois.

Mais je ne perdis pas de vue le but que je poursuivais.

Je le perdis d'autant moins, messieurs, que ma curiosité fut tenue en éveil et piquée au vif par la brusque modification qui survint dans les rapports respectifs du chancre simple et du chancre syphilitique.

Tout pénétré de l'idée que le second l'emportait de beaucoup, comme nombre, sur le premier, quel ne fut pas mon étonnement quand je vis tout à coup ma consultation envahie par des individus atteints de chancres simples ou de bubons virulents!

Tout s'effaça bientôt devant ce débordement inattendu. C'étaient, à chaque séance, des séries de plus en plus nombreuses de cette espèce vénérienne, qui défilaient devant nous. On eût dit que toute la population civile et militaire en était infestée et que, comme un nouveau fléau ajouté à tant d'autres, cette sorte de peste génitale localisée avait fondu sur la ville de Paris.

Il y avait là réellement, dans cette multiplicité et cette propagation soudaine du mal, les caractères d'une épidémie. Tous ceux qui avaient des services de maladies vénériennes peuvent l'attester comme moi. Dans la clientèle de la ville, où le chancre mou est tout à fait exceptionnel, on le vit apparaître, croître et multiplier. Ce fut partout comme une pullulation effrénée. Et ceux d'entre vous, messieurs, qui n'étaient pas ici ne peuvent pas se figurer la monotonie dégoûtante (on peut le dire au propre et au figuré) d'une pareille affection.

Nous fûmes condamnés à la subir pendant plusieurs mois, je pourrais dire pendant plusieurs années; car, si l'invasion du chancre simple fut brusque et rapidement généralisée, comme celle des maladies épidémiques, la décroissance se fit peu à peu, lentement et sans secousse.

Après la Commune, nos salles, qui avaient été occupées

pendant le siége par des militaires convalescents de blessures ou de maladies communes, se remplirent de vénériens atteints surtout de chancres simples. (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 octobre 1875. — Présidence de M. GOSSELIN.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Vidal, qui se présente comme candidat pour la section de pathologie médicale.

2° Un pli cacheté, adressé par M. le docteur Henri Desplatz. (Accepté.)

3° Une lettre de M. le docteur Gairal, relative au pessaire-anneau présenté dans l'une des dernières séances par M. Dumontpallier, comme une modification du sien. L'auteur proteste contre cette assimilation.

4° Une note de M. A. Commaille sur la manière de séparer la cholestérine des matières grasses. (Comm.: MM. Gobley, Le Fort, Personne.)

5° Une note du même auteur sur le dosage de la caféine, la solubilité et le point de fusion de cette substance. (Même commission.)

6° Un rapport à M. le préfet de la Haute-Garonne sur les blessures subies par les inondés, par le docteur Ripoll (de Toulouse).

PRÉSENTATIONS

M. GOSSELIN offre en hommage, au nom de M. Hardy, une brochure intitulée : *De quelques modifications à introduire dans l'enseignement médical officiel.*

M. DEVILLIERS, au nom de M. Verrier, présente un volume intitulé : *Étude du médecin praticien et de la sage-femme pour le diagnostic et le traitement des maladies utérines.*

M. DEVERGIE dépose sur le bureau la statistique officielle des opérations pratiquées de 1863 à 1870 à l'hôpital de Fernambouc (Brésil), par M. Sarmento fils, chirurgien en chef.

« Les succès obtenus sont tels, dit M. Devergie, que tout en faisant une large part au talent chirurgical et médical de ce jeune chirurgien, il faut aussi invoquer les conditions hygiéniques favorables dans lesquelles il a placé ses opérés. Le climat de Fernambouc a permis de laisser complétement ouvertes, et le plus souvent jour et nuit, les salles des malades, de sorte que les opérés ont pour ainsi dire vécu en plein air. Aussi les cas de pourriture d'hôpital ont-ils été extrêmement rares. Sur 177 opérés, on ne compte que 14 décès, et cependant les plus grandes opérations chirurgicales ont été faites : ainsi on compte 28 amputations des membres, 13 ligatures des artères les plus importantes, 22 ablations des testicules dans les cas d'éléphantiasis, 16 opérations de la pierre par la taille, 24 opérations de cataractes ou autres maladies des yeux ; enfin 74 opérations diverses. Chaque malade, dans les dix tableaux de statistiques, a ses notes et ses observations générales accompagnant chacun des tableaux.

M. Sarmento fils étant candidat au titre de correspondant étranger de l'Académie, M. Devergie prie le bureau de vouloir bien transmettre cette statistique à la commission des correspondants étrangers. (Comm. des correspondants.)

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES TROUBLES DE LA VISION DANS LEURS RAPPORTS AVEC LE SERVICE MILITAIRE

M. LEGOUEST rappelle les différents points de la discussion qui s'est élevée entre MM. Jules Guérin et Giraud-Teulon, l'intervention, dans la discussion générale, de M. Maurice Perrin. Il n'a pas l'intention de discuter les théories de M. Giraud-Teulon au point de vue scientifique, il se borne à faire remarquer que, si pareil desaccord, existe entre des hommes aussi versés dans les connaissances ophthalmologiques, il n'est pas étonnant que, de son côté, le conseil de santé ait son opinion propre.

Quant au point de vue administratif, M. Legouest ne s'y arrête que pour faire observer à M. Giraud-Teulon que le conseil de santé n'a pas attendu que le conseil de révision autorisât le médecin qui l'assiste à rechercher l'opinion d'un autre médecin que l'un de ses confrères de l'armée, et que, dans sa pensée, ce dernier devait être le médecin en chef du corps d'armée. Le conseil de santé a eu beaucoup de peine à faire admettre un délai d'examen et une double garantie pour les intéressés. L'idée de recourir à des lumières spéciales, en dehors de ces conditions, ne lui est pas même venue, d'une part, parce qu'il ne le jugeait pas nécessaire, d'autre part, parce que toutes les instructions ministérielles relatives à la formation des contingents ont toujours recommandé de ne choisir pour assister les conseils de révision que des médecins militaires, ayant au moins le grade de major. En bonne conscience, ajoute M. Legouest, nous ne pouvions donc accepter une partie des remerciements qui nous sont si gracieusement offerts.

M. Legouest félicite M. Giraud-Teulon d'avoir atténué dans son dernier discours les conclusions relatives à la création de commissions spéciales et à l'adjonction d'experts en oculistique aux militaires appelés par les préfets aux conseils de révision. Il ressortait, en effet, de ces conclusions une impression défavorable à l'instruction du conseil de santé des armées et au corps tout entier des médecins militaires. L'intervention de M. Perrin et celle, aujourd'hui, de M. Legouest, ne doivent donc pas surprendre M. Giraud-Teulon.

Si j'ai bonne mémoire, M. Giraud-Teulon a jadis administré un de nos départements ; eh bien, c'est à l'ancien professeur que j'en appelle du savant oculiste.

Je suppose qu'une commission spéciale telle que celle qu'il demande aujourd'hui lui eût été accordée : comment l'aurait-il composée? Je pense qu'il eût fait l'honneur au conseil de santé de ne pas lui chercher des tuteurs autre part que dans cette enceinte. Or les orateurs qui jusqu'ici ont pris part à la discussion scientifique pendante me paraissent tellement différer d'opinions, qu'avant d'attendre qu'ils soient d'accord, je crois que M. le ministre de la guerre fera sagement de s'en tenir aux avis de son conseil médical ordinaire.

Mais ce ne sont plus des commissions spéciales, c'est l'adoption des résolutions du congrès de Bruxelles que M. Giraud-Teulon propose de substituer à l'instruction du conseil de santé. Ces résolutions sont-elles donc très-différentes de l'instruction critiquée ? Vous avez pu en juger comme moi, et comme moi vous penserez qu'il est permis de douter qu'elles soient pratiquement préférables à cette dernière, mise entre les mains d'experts d'une habileté incontestable.

..... Quoi qu'il en soit, déjà l'opinion publique s'est émue de ce débat, et j'ai la conviction d'exprimer un sentiment généralement partagé, en disant que jeter le doute sur la valeur d'un document administratif qui doit servir de guide dans l'application de la loi la plus lourde qui pèse sur la population, c'est une grave imprudence.

Quant à la deuxième proposition de M. Giraud-Teulon, l'adjonction d'experts spéciaux aux médecins militaires assistant les conseils de révision, notre collègue l'a expliquée en stipulant que l'expertise spéciale serait confiée à un médecin militaire.

Je me permettrai de douter que M. Giraud-Teulon soit ici resté dans l'esprit de la proposition qui devait être présentée aux éminents ophthalmologistes assemblés au congrès de Bruxelles. Je ne le félicite pas moins de la forme nouvelle qu'il a donnée à sa proposition.

Je ne veux pas examiner avec M. Giraud-Teulon si les exigences du service de santé de l'armée permettraient de donner suite aujourd'hui à sa proposition, et je passe à l'un des *desiderata* de notre collègue que je ne saurais assez énergiquement repousser, je veux parler de son espoir de voir un jour le conseil de révision lui-même composé de trois médecins, au lieu et place des fonctionnaires incompétents, suivant lui, qui le constituent.

Ici M. Legouest, rappelant le rôle que toutes les lois sur le recrutement ont départi aux médecins, montre le peu de fondement que peut avoir l'espérance de voir un jour entrer trois médecins dans le conseil de révision avec voix délibérative.

N'est-il pas admis en droit administratif que la qualité d'expert ne peut être confondue dans la même personne avec la qualité de juge? Quoi de plus sage et garantissant mieux l'honorabilité des

médecins? Du jour, en effet, où les médecins experts entreraient aux conseils avec voix délibérative, leur honorabilité serait soupçonnée, sans qu'il en résultât grand avantage pour les jeunes gens appelés.

Enfin une question me reste à faire. L'Académie est-elle en droit d'examiner et de voter des propositions touchant les lois ou règlements établis, sans avoir été consultée par le gouvernement? Je pense que cette question doit être résolue négativement.

M. PERRIN aurait eu quelques considérations à présenter sur le dernier discours de M. Giraud-Teulon; mais, M. Giraud-Teulon étant absent, il croit devoir réserver ce qu'il aurait à dire pour la prochaine séance.

M. J. GUÉRIN avait aussi l'intention de reprendre le point incident de la discussion qu'il a soulevée. Si l'Académie pense que le point de vue administratif de la question doive primer le côté scientifique, il attendra que la discussion actuelle soit épuisée. Dans le cas contraire, il désirerait être inscrit pour prendre la parole dans la séance prochaine.

La parole est réservée à MM. Perrin et J. Guérin pour la séance prochaine.

Le vote sur les propositions de M. Giraud-Teulon est ajourné également.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de M. Hirtz sur les candidats aux places vacantes de correspondants.

CONGRÈS DES SCIENCES MÉDICALES DE BRUXELLES

SÉANCE GÉNÉRALE DU 25 SEPTEMBRE 1875 (1).

M. DELSTANCHE lit le rapport sur les travaux de la 7e section : *Des défectuosités de l'organe auditif au point de vue du service militaire.* Rapporteur : M. le docteur Ch. Delstanche.

Les conclusions de la section sont formulées ainsi qu'il suit :

1° Les instructions officielles des différents États sur les défectuosités de l'organe auditif qui rendent impropre au service militaire, laissent toutes plus ou moins à désirer, tant sous le rapport des dispositions relatives à l'examen de l'oreille qu'au point de vue de la manière dont ils établissent les droits résultant de ce chef, à l'exemption temporaire ou définitive.

2° Il importe que le médecin appelé à se prononcer au sujet d'une maladie ou d'une infirmité de l'oreille soit mis à même de pratiquer l'examen de l'organe dans un local convenable et avec le secours de tous les instruments nécessaires à cet effet.

3° L'examen des cas difficiles ne pouvant se faire d'une manière satisfaisante dans le temps nécessairement restreint qui peut y être consacré devant les conseils de milice et de révision, il nous paraît opportun, en ce qui les concerne, d'étendre le système des enquêtes et de renvoyer les intéressés devant un spécialiste compétent, ou bien, ce qui serait préférable, devant une commission de spécialistes; celle-ci pourrait faire l'office de conseil de révision et serait munie de tous les moyens dont dispose la science pour assurer le diagnostic et déjouer les tentatives de simulation et de dissimulation.

5° En vue d'obvier à l'incorporation de sujets impropres au service, tous les miliciens, réclamants ou non, devraient subir un examen sommaire de l'oreille externe et du tympan devant le conseil de milice.

5° Il est à souhaiter que la loi fixe, à l'instar de ce qui existe déjà pour la vue, la limite minime de la portée de l'ouïe compatible avec le service actif ou sédentaire. L'adoption de cette limite fournirait tout au moins une base d'appréciation certaine pour l'admission des volontaires.

6° Il est utile de distinguer entre une aptitude absolue et partielle, entre le service actif et sédentaire, entre une exemption temporaire et définitive, et de formuler nettement les conditions qui caractérisent les différentes catégories. Comme base de ces distinctions, la section adopte le tableau dressé par le rapporteur et qui, conjointement avec le rapport, a servi de base à la discussion.

M. MAHAUX lit le compte rendu des travaux de la 1re section, sur le rapport de M. Crocq : *De l'inoculabilité du tubercule.*

M. LEFEVRE lit un discours sur l'action de la chaleur comme agent désinfectant et sur l'emploi qu'il y aurait lieu d'en faire pour combattre les maladies contagieuses.

M. VLEMINCKX se rallie aux idées de M. Lefevre et donne un aperçu historique sur les différentes applications qui ont déjà été faites dans ce sens.

M. FRAPPAZ demande que, lors du prochain congrès, les travaux des rapporteurs soient livrés à la publicité deux mois avant l'ouverture de la session.

M. WARLOMONT rappelle que les conclusions des différents rapports ont été publiées depuis longtemps déjà, et insiste sur les difficultés pratiques qu'offre la proposition de M. Frappaz.

M. SAPPOLINI propose de mettre à l'ordre du jour du prochain congrès la question des sourds-muets.

M. LEFEBVRE propose de rattacher à cette question celle des unions consanguines.

M. BORLÉE propose la question du baraquement.

M. CROCQ combat la tendance à fixer le programme du futur congrès.

Après une discussion prolongée, l'assemblée décide que la prochaine et cinquième session de congrès international des sciences médicales se tiendra en Suisse, en 1877.

L'ordre du jour étant épuisé, M. le président se lève et prononce le discours suivant :

« Messieurs, l'ordre du jour est épuisé. Vos travaux sont terminés. J'ai la ferme espérance qu'ils ne seront pas frappés de stérilité. De vives lumières ont été jetées sur les questions de l'ordre scientifique, et peuples et gouvernements puiseront d'utiles enseignements dans vos résolutions relatives à l'hygiène publique. Votre autorité est si grande qu'il me paraît impossible qu'ils n'y aient pas les plus grands égards.

« Je constate ici qu'aucune résolution n'a été prise en matière d'hygiène publique qui n'ait été précédée d'une discussion approfondie au sein des sections, et je saisis avec bonheur cette occasion pour adresser mes remercîments les plus vifs à MM. les présidents, secrétaires et rapporteurs des sections pour le zèle et le dévouement qu'ils ont apportés dans l'exercice de leurs importantes fonctions.

« A vous tous, messieurs, nos remercîments les plus chaleureux pour le concours bienveillant que vous avez bien voulu nous prêter.

« Et maintenant, messieurs, arrive le pénible moment de la séparation, après huit jours de bonnes et d'aimables relations. J'espère que cette séparation ne sera pas éternelle et que l'occasion nous sera fournie de nous revoir et de nous serrer de nouveau la main. Je ne puis donc me résoudre à vous dire adieu! Je vous dis au revoir, et au revoir dans un bref délai! »

ÉTAT SANITAIRE.

Paris : Population (recensement de 1872), 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 22 octobre 1875, on a constaté 843 décès, savoir :

Variole, 2; rougeole, 3; scarlatine, 2; fièvre typhoïde, 14; érysipèle, 3; bronchite aiguë, 14; pneumonie, 38; dysenterie, »; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 16; choléra nostras, »; angine couenneuse, 11; croup, 16; affections puerpérales, 5; autres affections aiguës, 222; affections chroniques, 414, dont 171 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 35; causes accidentelles, 21.

Londres : Population, 3,445,160 habitants. — Décès du 10 au 16 octobre 1875, 1,442. — Variole, 1; rougeole, 23; scarlatine, 122; fièvre typhoïde, 22; érysipèle, 11; bronchite, 101; pneumonie, 64; dysenterie, 4; diarrhée, 78; choléra nostras, 1; diphthérie, 9; croup, 9; coqueluche, 37.

New-York : Population, 1,060,000 habitants. — Décès du 19 au 25 septembre 1875, 568. — Variole, 0; rougeole, 2; fièvre typhoïde,

(1) Fin. — Voir le numéro du 23 octobre.

15; scarlatine, 3; bronchite, 21; pneumonie, 31; dysenterie, »; diarrhée, 204; croup, 10.

Rome : Population, 256,153 habitants. — Décès du 27 septembre au 3 octobre 1875, 156. — Variole, »; rougeole, »; scarlatine, »; fièvre typhoïde, 4; érysipèle, 1; bronchite, 5; pneumonie, 10; diarrhée, »; diphthérie et croup, 1.

Buda Pesth : Population, 300,000 habitants. — Décès du 3 au 9 octobre 1875, 202. — Variole, 6; rougeole, »; fièvre typhoïde, 9; érysipèle, »; pneumonie, 15; bronchite, »; diarrhée, 20; diphthérie, 7; croup, 3.

Bruxelles : Population, 188,264 habitants. — Décès du 3 au 9 octobre 1875, 72. — Variole, »; rougeole, »; scarlatine, »; fièvre typhoïde, 2; érysipèle, »; bronchite et pneunomie, 8; croup, 1; entérite et diarrhée, 11.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons la douleur d'annoncer la perte aussi imprévue que profondément regrettable que le corps médical vient de faire dans la personne de M. le professeur Lorain, mort subitement au chevet d'un enfant malade.

Les obsèques de M. Lorain ont eu lieu hier mardi, à Saint-Sulpice, au milieu d'une affluence énorme de médecins et d'amis. Les professeurs de la Faculté et un grand nombre d'agrégés assistaient en robe à la cérémonie. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Wurtz, doyen de la Faculté de médecine, Bouchardat, représentant la Faculté, J. Bergeron, représentant les médecins des hôpitaux, et Fioupe, l'interne de M. Lorain, représentant le corps de l'internat et les élèves en médecine, qui y étaient d'ailleurs en très-grand nombre.

Une députation d'élèves stagiaires du Val-de-Grâce suivait également le cortége.

M. Wallon, ministre de l'instruction publique, assistait à la cérémonie.

Deux discours ont été prononcés sur la tombe, l'un par M. Vulpian, au nom de la Faculté, l'autre par M. Besnier, au nom de la Société médicale des hôpitaux.

On n'a pas oublié avec quel éclat M. Lorain est entré dans la carrière médicale, par la publication d'une thèse restée célèbre, et sur laquelle la *Gazette des Hôpitaux* a la première appelé l'attention du public médical (*De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né*, 1855).

Tous les travaux qu'a publiés depuis M. Lorain ont eu le même cachet d'originalité, qu'il a su donner également à son trop court enseignement. Ce n'est pas le moment d'en faire l'énumération. Il nous suffira de rappeler, parmi les plus saillants, sa thèse de concours d'agrégation sur l'albuminurie, ses recherches et ses idées sur la médecine thermométrique exposés d'abord dans un volume sur le choléra et ensuite dans un deuxième ouvrage sur le pouls. Nous ne pouvons pas omettre de rappeler ici la part si active et si utile qu'il a prise aux discussions et aux réformes proposées relativement au régime des maternités.

M. Lorain avait recueilli des matériaux considérables pour la publication d'un nouvel ouvrage sur la température du corps dans les maladies. Espérons qu'il ne restera pas inachevé.

C'est au milieu de cette brillante et si laborieuse carrière que M. Lorain a été brusquement enlevé à l'âge de quarante-sept ans, en accomplissant un acte d'humanité. D. B.....

— Par suite des obsèques de M. le professeur Lorain, la Faculté est restée fermée hier, 26 octobre. Les examens qui devaient avoir lieu dans la journée sont remis au jeudi, 4 novembre.

— Nous apprenons, au moment de mettre sous presse, que les membres du jury de concours pour l'internat, qui devaient tenir séance mardi, au retour des obsèques de M. Lorain, ont levé la séance en témoignage de respectueuse sympathie pour le regretté professeur. Tous les candidats se sont associés à ce témoignage de respect.

— Le conseil de l'instruction publique s'est réuni mardi 26 octobre, pour l'ouverture de sa session, sous la présidence de M. Wallon, ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts.

Le ministre a prononcé un discours dans lequel il a d'abord remercié les membres du conseil de leur ponctualité à se rendre à une convocation un peu hâtive, mais provoquée par la nécessité de délibérer le plus tôt possible sur les règlements que demande l'application de la loi récente sur l'enseignement supérieur, et les mesures que réclame l'enseignement de l'État pour tenir dignement son rang dans la situation nouvelle où l'a placé cette loi.

Le ministre s'est félicité de l'empressement des municipalités à concourir au complément et à l'amélioration des groupes universitaires. Le conseil municipal de Lyon vient de s'engager à faire tous les frais d'installation du personnel et du matériel d'une faculté de droit. Le décret qui institue cette faculté est prêt. La ville de Lille, dont l'école de médecine est supprimée, prend également à son compte tous les frais de l'établissement de la faculté de médecine qu'elle sollicite. Le conseil aura à compléter ainsi le groupe universitaire du Nord, partagé entre Douai et Lille.

L'État, de son côté, a dit le ministre, ne négligera rien pour maintenir l'enseignement public à sa hauteur et l'élever plus haut encore.

Mais, en attendant les projets de lois nécessaires aux améliorations que réclame cet enseignement, il semble opportun de faire revivre certaines dispositions utiles de la législation antérieure. Telle est l'institution de l'agrégation des Facultés des sciences et des lettres, dont le ministre soumet aux conseils une réglementation nouvelle.

Le ministre a terminé en exprimant le vœu que les deux enseignements, l'enseignement libre et l'enseignement public, se développent en paix l'un auprès de l'autre.

« Donnons, a-t-il dit en terminant, à l'enseignement libre toutes les facilités légitimes qu'il réclame pour s'établir; donnons à l'enseignement public tous les secours qui lui sont nécessaires pour s'étendre et s'élever davantage. Nous aurons satisfait à la double obligation que la loi nous impose, et nous pourrons attendre avec sécurité, mais avec vigilance, les résultats que le législateur s'en est promis. »

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Une nouvelle exception à la loi d'antagonisme entre les maladies du cœur et la tuberculisation pulmonaire.

Dans une des leçons cliniques faites à l'hôpital Saint-Antoine pendant le cours du semestre d'été, leçon que nous avons reproduite dans le mois d'août dernier, M. Peter appelait l'attention de ses confrères sur plusieurs faits tendant à démontrer cette proposition qui faisait le texte et le titre de cette leçon : « L'antagonisme entre les maladies du cœur et la tuberculisation pulmonaire n'a rien d'absolu. » Il étayait cette proposition sur des considérations physiologiques et sur des faits cliniques. Si la physiologie l'aidait, d'une part, à comprendre comment, au cas de maladies du cœur, la tuberculisation du poumon est moins facilement réalisable, c'est encore à la physiologie qu'il demandait l'explication de l'exception en vertu de laquelle la clinique montrait parfois la coïncidence des deux affections.

Nous ne reviendrons pas sur cet ordre très-intéressant de considérations que nos lecteurs ont encore présent, d'ailleurs, à la mémoire; mais nous rappellerons en quelques mots le fait qui en faisait le sujet.

Il s'agissait, on s'en souvient, d'un homme chez qui une tuberculisation pulmonaire tardive (il avait plus de soixante ans), coïncidait avec une affection cardiaque qui paraissait due à la double influence de l'alcoolisme et de la sénilité, et qui consistait en une insuffisance de l'orifice mitral et une lésion de l'orifice aortique avec dilatation de l'aorte. Mais, faisait remarquer M. Peter, tout en ayant une affection cardiaque complexe, une double lésion de l'endocarde et de l'endartère aortique, ce malade ne présentait pas ces larges insuffisances mitrale et aortique des rhumatisants. Telle était, à ses yeux, la raison pour laquelle il n'avait pas bénéficié de l'immunité pour la tuberculisation pulmonaire que créent habituellement les grands obstacles à la circulation produits par les lésions cardiaques rhumatismales.

Un fait tout à fait semblable nous a été signalé dans les salles du service de clinique de M. le professeur Sée, à la Charité, par M. Duguet, chargé temporairement du service.

Il s'agit ici d'un homme un peu moins âgé, mais d'un âge avancé, toutefois (cinquante-quatre ans), qui présente avec une énorme caverne du sommet du poumon droit, une double lésion cardiaque et aortique du même genre que celle du malade de M. Peter. On entend au premier temps, à la pointe du cœur, un bruit de souffle doux, mais très-intense, révélant l'existence d'une insuffisance mitrale; à la base, un souffle rude d'une extrême intensité, qui se prolonge dans l'aorte, laquelle est le siége d'une ectasie considérable et dont on entend les battements accompagnés de ce bruit de souffle d'une extrême intensité, dans toute l'étendue de la caverne.

On entend, en outre, des râles humides dans une grande étendue du poumon droit; rien dans le poumon gauche.

Quels sont les antécédents de ce malade? Quelle a été la lésion initiale et dans quel ordre de succession les phénomènes actuels se sont-ils développés?

De l'examen et de l'interrogatoire rapide auxquels nous nous sommes livré, il résulte que le point de départ de l'affection tuberculeuse du poumon serait relativement récent; les premières manifestations ne remontent pas au delà de huit à neuf mois environ. Quant à l'affection cardiaque, il serait plus difficile de lui assigner son début, le malade ne l'ayant jamais soupçonnée et n'en ayant été averti que par l'examen qui a été fait lors de son entrée à l'hôpital de la Charité, il y a un peu plus de deux mois.

Nous avons affaire ici à un cas de tuberculisation tardive comme dans le fait de M. Peter, et à une lésion cardiaque dont l'origine paraît être également étrangère au rhumatisme. La similitude, comme on le voit, entre ces deux faits est presque complète.

Un cas de diathèse névromatique.

Dans le même service, notre attention et notre intérêt ont été vivement sollicités sur un malade qui présente un exemple fort rare et très-curieux de ce que l'on pourrait appeler une véritable diathèse névromatique, si les mots diathèse et névrome n'impliquaient jusqu'à un certain point contradiction.

Un homme d'environ une quarantaine d'années, couché au n° 18 de la salle Saint-Charles, porte sur son corps une douzaine de petites tumeurs, toutes placées sur le trajet de nerfs plus ou moins superficiels et variant de volume, depuis

celui d'une petite lentille ou même d'un grain de chenevis usqu'à celui d'une petite pomme d'api.

La première qui attire l'attention est une petite tumeur située sur l'arcade sourcillière droite, que l'on sent à peine au toucher, mais qui provoque une assez vive douleur à la pression. On en voit ensuite de volumes divers sur la région postérieure du cou, au-dessous des épaules et dans la région dorsale inférieure. Cette dernière, un peu plus volumineuse, de la grosseur environ d'une petite amande, permet mieux que les autres de faire une expérience qui montre bien que ce n'est pas dans la tumeur elle-même que réside la vive sensibilité qu'éveille la pression, mais dans le nerf aux dépens duquel elle est formée et qu'elle côtoie ou recouvre. Ainsi, quand on la prend transversalement entre les doigts, en l'isolant en quelque sorte de son assise, on peut la comprimer impunément sans provoquer de douleur, tandis que, lorsque l'on appuie directement sur elle de manière à presser immédiatement sur le nerf d'où elle procède, on provoque une très-vive douleur.

La contre-épreuve est aisée à faire dans la région poplitée externe de la jambe droite, où existe la tumeur la plus volumineuse, celle que l'on peut comparer à une petite pomme d'api. Cette tumeur étant développée latéralement, sur le côté de la branche externe du nerf poplité, et en quelque sorte en dehors de sa sphère, bien qu'elle émerge de sa gaîne, on peut non-seulement la comprimer transversalement dans tous les sens impunément, mais encore presser verticalement sur elle, sans éveiller de douleur, tandis que lorsqu'on presse dans le même sens sur une toute petite tumeur située à côté d'elle, mais reposant directement sur le même nerf, on donne lieu à une vive douleur.

Le membre abdominal gauche, sur lequel on constate la présence de cinq ou six tumeurs de moyen volume, est, en même temps, le siége d'une névralgie sciatique très-douloureuse et qui provoque l'insomnie.

Enfin l'un de ces nombreux névromes, le plus petit peut-être de tous, mais le plus douloureux, est situé à la région plantaire de l'avant-pied gauche. Le malade l'appelle son *épine*. On ne peut y toucher et il ne peut poser le pied par terre, sans qu'il en ressente aussitôt une douleur extrêmement vive.

Mais ce n'est pas là ce qui constitue l'unique intérêt de ce fait. Jusque-là, ce serait un cas rare, sans doute, mais pas absolument sans exemple, de névromes multiples, puisqu'on peut en trouver jusqu'à une vingtaine environ plus ou moins authentiques dans les annales de la science. Ce qui est l'intérêt principal de ce fait, c'est que, selon toutes les apparences, l'expression diathésique névromatique, chez cet homme, ne se borne pas à ces névromes externes, plus ou moins superficiels, et que des tumeurs de même nature existent aussi dans les parties profondes et probablement jusque dans les centres nerveux.

Ce diagnostic peut se déduire et de l'évolution même des tumeurs apparentes que nous venons d'énumérer et surtout de certains phénomènes morbides qui se sont manifestés dans ces derniers temps; tels, entre autres, que la névralgie sciatique qui ne date guère de plus de deux ans, tandis que le développement des premiers névromes remonte à l'enfance; une emblyopie de l'œil droit, de la surdité dans l'oreille droite, un amaigrissement sensible des deux membres droits, et surtout du membre inférieur, dans lequel on constate notamment une grande flaccidité des chairs avec une diminution notable de la contractilité et une sorte de trémulation continue, dans les muscles de la cuisse notamment.

Telle est, du moins, l'opinion de M. Duguet, à laquelle nous sommes, pour notre part, tout disposé à nous rallier. Ce qui vient surtout à l'appui de cette manière d'interpréter ces phénomènes, c'est le souvenir du fait extrêmement curieux qui a été communiqué en 1867 à la Société anatomique par M. Masse et qui a fourni à M. Ed. Cruveilhier l'occasion d'un remarquable rapport.

Voici le résumé de ce fait, qui a été publié sous le titre de *Tumeur intra-rachidienne*, mais qui est bien en réalité un cas de névrome et qui est de nature, comme on en pourra juger, à jeter une vive lumière sur les obscurités du cas qui est en ce moment soumis à notre observation.

Tumeur intra-rachidienne (névrome) *ayant déterminé successivement une paralysie des membres supérieur et inférieur gauches, puis une paralysie complète de tous les membres.*

Le malade qui fait le sujet de l'observation de M. Masse, sans aucun antécédent fâcheux d'aucune espèce, notamment indemne de syphilis (le malade de M. Duguet est dans le même cas), a éprouvé successivement pendant une période de treize années une série de symptômes d'abord douloureux, puis paralytiques, qui ont été toujours en progressant. Sa maladie a débuté par des douleurs à l'épaule gauche, puis à la partie postérieure du cou, qui furent prises tout d'abord pour des douleurs rhumatismales; puis survinrent des fourmillements dans les bras, l'avant-bras et la main, ainsi qu'une anesthésie incomplète; enfin la paralysie, d'abord limitée pendant plusieurs années au membre supérieur gauche, puis envahissant successivement le membre inférieur du même côté, et enfin, pendant le cours d'une période de trois années, gagnant progressivement les membres du côté opposé. Le malade succomba à l'épuisement causé par une vaste escarre au sacrum.

L'autopsie fit constater l'existence d'une tumeur située sur le trajet de la quatrième paire nerveuse cervicale du côté gauche dans le canal vertébral, entre l'arachnoïde et la dure-mère. Cette tumeur, de nature fibro-plastique, d'une forme ovoïde, de 4 centimètres dans son diamètre vertical, 2 centimètres transversalement et 1 centimètre et demi de saillie, avait comprimé le segment latéral droit de la moelle plus étroitement que le segment gauche. Elle n'avait agi que mécaniquement en quelque sorte, en interrompant la continuité des fibres nerveuses médullaires, sans que celles-ci fussent altérées d'ailleurs dans leur texture intime.

— En présence de ce fait n'est-on pas fondé, en effet, à se demander si, dans le cas présent, les symptômes de paralysie et d'atrophie commençante auxquels nous assistons ne sont pas le résultat d'une compression médullaire par une tumeur de même nature que celle du malade dont nous venons de rappeler l'histoire? ce qui serait rendu d'autant plus vraisemblable ici par la consistance des nombreuses tumeurs névromatiques externes que nous avons signalées.

Le malade de la clinique, qui n'avait éprouvé aucun soulagement de l'emploi du chloral et des injections morphinées, paraît se trouver mieux, sous le rapport des douleurs, depuis qu'il a été mis à l'usage de l'opium. Il a été aussi mis à l'usage de l'iodure de potassium. C'est un sujet à suivre.

Traitement de la chorée par l'hyoscyamine.

Nous signalions, il y a quelques années, les résultats que M. Oulmont avait obtenus dans son service de Lariboisière, où il était alors, de l'emploi de l'hyoscyamine dans le traitement de certaines névroses spasmodiques et convulsives. Il n'avait

pas eu encore l'occasion, à cette époque, d'en faire l'essai dans la chorée. Cette occasion s'est offerte depuis dans son service actuel de l'Hôtel-Dieu; voici les résultats qu'il a obtenus dans cinq cas de chorée, tous observés chez des adultes, et qu'il rapporte dans un petit opuscule que nous avons sous les yeux (1).

Dans trois cas, la maladie était survenue au début ou dans le cours d'une grossesse. Chaque fois, dit M. Oulmont, une notable amélioration a suivi l'administration du médicament.

La première de ces malades était une femme de vingt-huit ans, enceinte de deux mois, entrée à l'Hôtel-Dieu pour des mouvements choréiques assez intenses dont elle était atteinte depuis une dizaine de jours. Elle avait été prise, sans cause connue, de mouvements involontaires, particulièrement localisés dans le côté droit et envahissant la main, le bras, puis les extrémités inférieures. D'abord modérés, ces mouvements étaient bientôt devenus plus marqués et s'exaspéraient plusieurs fois dans la journée. La marche était bientôt devenue difficile, tout travail impossible. La malade était, en outre, hystérique. Ces exacerbations violentes, qui paraissaient tenir leur caractère de l'hystérie, furent aux yeux de M. Oulmont une indication pour l'emploi de l'hyoscyamine.

La valériane avait d'abord été administrée sans aucun résultat; puis M. Oulmont avait prescrit le bromure de potassium à doses graduellement croissantes, et comme les grandes attaques devenaient plus fréquentes, ce médicament fut successivement porté de 4 grammes jusqu'à la dose de 12 grammes par jour. Ce médicament n'ayant non plus produit aucun effet et l'usage des médications perturbatrices étant interdit ici, à cause de l'état de grossesse, M. Oulmont se décida alors à administrer l'hyoscyamine.

Ce médicament fut prescrit seulement vingt-deux jours après l'entrée de la malade à l'hôpital. Il fut donné d'abord pendant quelques jours à la dose de 2 à 4 milligrammes par jour, sans résultat autre qu'une grande sécheresse à la gorge, qui obligea à en suspendre l'usage. Repris le trente-sixième jour, il fut donné cette fois à la dose de 8 milligrammes, et continué cette fois sans interruption. Dès les premiers jours les exacerbations diminuèrent de fréquence et d'intensité, puis cessèrent complétement. Les mouvements habituels de la chorée perdirent graduellement de leur force et de leur étendue. La malade arriva progressivement à boire, à manger seule, ce qu'elle n'avait pu faire pendant cette période d'exacerbation, à se tenir debout, à marcher, et après 18 jours de l'administration, sans augmentation de doses, tous les mouvements anormaux avaient complétement cessé.

Chez une seconde malade, âgée de trente-six ans, atteinte d'une chorée chronique générale remontant à plus de dix huit mois, et qui avait traversé une grossesse sans en être influencée ni en bien ni en mal, l'action curative de l'hyoscyamine a paru beaucoup plus marquée encore. La malade fut mise, après quelques jours de repos, lors de son entrée à l'hôpital, à l'usage de ce médicament, à la dose de 1 milligramme matin et soir, augmentant la dose de 1 milligramme tous les jours, jusqu'à 8 milligrammes. Dès le quatrième jour, les mouvements choréiques étaient moins saccadés et plus coordonnés. Dès le moment où la dose fut portée à 8 milligrammes l'amélioration se prononça plus sensiblement. Une circonstance particulière ayant obligé à suspendre la médication pendant une douzaine de jours, les accidents choréiques ne tardèrent pas à reparaître. Mais, dès qu'on put reprendre la médication, qui fut donnée cette fois d'emblée à la dose de 4 milligrammes, l'amélioration revint rapidement, augmentant successivement, au point que la malade put bientôt marcher, se servir de ses mains comme à l'état normal et, en définitive, sortir de l'hôpital presque guérie.

Les trois autres malades traitées par le même moyen étaient, l'une une jeune fille de dix huit ans, déjà choréique dans son enfance et qui l'était redevenue à la suite d'une frayeur; les deux autres, l'une de vingt-deux ans et l'autre de vingt-cinq, hémichoréiques, ne présentant d'ailleurs dans leur état rien de remarquable à noter. Chez toutes trois les résultats de l'administration de l'hyoscyamine paraissent avoir été également heureux.

Dr Brochin

(1) *Du traitement de la chorée par l'hyoscyamine*, par M. le docteur Oulmont. Broch. in-8°. — Paris, 1875.

DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

DE L'ÉLECTRICITÉ (1)

par le docteur Althaus (de Londres)
(traduction du docteur Darin).

C. Le mode suivant lequel agit la *faradisation* n'est pas à beaucoup près aussi compliqué et par conséquent se comprend bien mieux. Le courant faradique est capable de troubler l'équilibre moléculaire des nerfs moteurs et des muscles, de manière à produire l'état dans lequel ils sont physiologiquement actifs. Ce trouble, lorsqu'on le provoque judicieusement, tend à rétablir ou à améliorer la fonction perdue ou affaiblie des nerfs moteurs et des muscles. Le courant faradique détermine également la contraction et l'expansion alternatives et nécessaires des muscles, sans lesquelles leur nutrition ne tarde pas à être sérieusement entravée, augmente l'oxydation du tissu contractile et y fait affluer une quantité plus abondante de sang artériel, ce qui est mis en évidence par un accroissement de chaleur et de volume dans les parties soumises à la faradisation. Dans l'anesthésie, l'hyperesthésie et le spasme, la faradisation agit de la même manière que l'électricité statique, c'est-à-dire en modifiant l'état des nerfs sensitifs des parties soumises à son influence.

Jetons maintenant un coup d'œil rapide sur les maladies pour lesquelles on peut employer le galvanisme ou le faradisme avec de grandes chances de succès.

Dans certains *désordres de l'esprit*, les deux espèces de courants peuvent faire beaucoup de bien. Le faradisme est utile dans les cas où l'anesthésie, l'atonie et le défaut d'activité cérébrale constituent les symptômes prédominants. Sous son influence, on voit l'absence de volonté (abulie) et la dépression mentale se relever, l'énergie nerveuse s'exalter et la circulation s'améliorer. Son action sur la peau est dans bien des cas avantageuse, parce que chez les aliénés les fonctions de cette partie sont généralement affaiblies et souvent à peu près perdues. La faradisation paraît surtout applicable aux cas de stupidité, de mélancolie avec stupeur, etc., mais peut aussi s'employer pour vaincre la résistance et la défiance, et elle peut remplacer la camisole de force et la douche. Il faut se garder d'y recourir chez les personnes présentant de l'excitation cérébrale ou un haut degré de faiblesse irritable; ses meilleures indications se rencontrent dans l'atonie du cerveau, la dépression et les paralysies fonctionnelles. La stimulation des centres nerveux malades, produite par la faradisation, n'a pas lieu, bien entendu, d'une manière directe, mais s'exerce par l'intermédiaire des nerfs sensitifs de la peau et des muscles

(1) Suite. — Voir les numéros des 16, 23, 27 mars, 3 avril, 5 juin, 17 juillet, 5, 14, 28, 31 août, 2, 11, 18, 25, 28, 30 septembre et 23 octobre.

qui transmettent l'influence faradique au cerveau et à la moelle épinière. Le faradisme semble donc être analogue dans son action aux bains froids, à la douche et autres applications stimulantes de l'eau froide; dans tous les cas où celles-ci donnent de bons résultats, le faradisme sera également salutaire et *vice versa.* Il a cependant l'avantage sur les moyens précédents d'être plus maniable et plus facile à contrôler dans son action, tout en étant dépourvu de conséquences fâcheuses, puisque les malades ne prennent pas froid à la suite. Le docteur Arndt, de Greifswald, qui s'est livré sur ce sujet à des études plus approfondies qu'aucun de ses devanciers, croit que le faradisme ne le cède, dans le traitement de la folie, ni au fer, ni à la quinine, ni aux bains, et le considère comme beaucoup plus important que les narcotiques. Si ce genre de médication n'a pas donné jusqu'ici tout ce que l'on est en droit d'en attendre, c'est, selon lui, que les applications en ont été peu méthodiques et que les aliénistes n'ont pas apporté le jugement nécessaire dans le choix des cas appropriés à un semblable traitement.

Le courant constant finira probablement, avec le temps, par trouver de très-nombreuses applications dans le traitement de certaines formes de folie. Il a l'avantage sur le faradisme d'avoir un effet immédiat sur les centres nerveux, et l'on peut l'utiliser aussi bien dans les états de dépression que dans ceux d'excitabilité, le catelectrotonus convenant aux premiers et l'anelectrotonus aux seconds. Si les cas anciens et les maladies organiques résistent à son influence, les cas récents et les désordres fonctionnels en bénéficient souvent.

L'*épuisement cérébral,* sans affection mentale positive, est fréquent de nos jours, et provient généralement plutôt d'une altération fonctionnelle et d'un trouble du processus de la nutrition élémentaire, que de lésions organiques. L'état d'anémie paraît prédominer dans ces cas plus que l'hyperémie, et leur cause presque invariable consiste, non dans des excès de travail, mais dans les soucis, l'anxiété et le chagrin chez les personnes d'âge moyen et chez les vieillards. Le traitement médical de cette affection ne donne souvent que des résultats illusoires, tandis qu'un succès rapide suit souvent la production du catelectrotonus des centres nerveux souffrants. Lors même que les symptômes d'agitation et d'irritabilité prédominent, comme ils dépendent en général plutôt d'une insuffisance nutritive de la substance cérébrale que de l'irritation vasculaire, on les voit céder plus facilement au catelectrotonus qu'à l'anelectrotonus. Toutefois l'on devra se guider d'après le résultat des premières applications; cet essai sera décisif et toutes les vues théoriques que l'on aurait pu se faire sur la nature des cas tomberont devant lui. Le catelectrotonus est-il sans effet, ou empire-t-il l'état du sujet, il faudra lui substituer l'anelectrotonus; et si le malade ne s'améliorait pas *rapidement* sous l'influence de l'un ou l'autre de ces modes d'électrisation, mieux vaudrait renoncer à l'emploi du courant.

Mais c'est surtout dans les diverses formes de *paralysie* que la faradisation aussi bien que la galvanisation trouve une sphère d'action très-utile et des mieux justifiées. Le courant constant peut s'employer peu de temps après le début d'une attaque de paralysie, qu'elle soit due à une hémorrhagie cérébrale, à un ramollissement ou à l'embolisme d'une artère importante du cerveau. Quelques auteurs récents ont recommandé de galvaniser le cerveau et le nerf sympathique dès le septième ou huitième jour après l'attaque; mais, à notre avis, il est nécessaire de différer le traitement galvanique jusqu'à ce que le danger de la fièvre cérébrale, qui survient souvent à la suite d'une apoplexie, se soit dissipé; et comme cette complication apparaît généralement dans le cours de la deuxième semaine ou au commencement de la troisième, on peut considérer l'application du courant comme dépourvue de danger quand il s'est écoulé de quatorze à dix-huit jours depuis le moment de l'attaque. Attendre plus longtemps diminuerait beaucoup les chances de guérison définitive. On devra recourir à un courant doux et faire de courtes séances; ce procédé suffit, à cette période, pour produire l'anelectrotonus de l'hémisphère lésé et du nerf sympathique cervical. Dans les cas où l'attaque date de plusieurs mois, il faudra combiner la galvanisation ou la faradisation périphérique avec l'application centrale.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

De la médication arsenicale dans le traitement des fièvres paludéennes de Bône. — M. le docteur Sistach, ayant séjourné quatorze ans en Algérie, et ayant été chargé d'un service de fiévreux à Bône, a pu expérimenter sur une grande échelle les diverses médications, et en particulier la médication arsenicale dans le traitement des fièvres paludéennes si fréquentes en cette ville. Il résulte de ses observations que si l'acide arsénieux ne peut prétendre à égaler le sulfate de quinine pour la rapidité de son action thérapeutique, il l'emporte de beaucoup sur le sulfate de cinchonine et le quinium. L'action fébrifuge de l'acide arsénieux est plus prompte dans les fièvres tierces que dans les fièvres quotidiennes. Cette action fébrifuge ne dépend pas de l'association de l'arsenic avec l'ipéca stibié qui est donné au début dans la plupart des cas; celui-ci combat la complication de l'embarras gastrique, et l'acide arsénieux fait disparaître l'élément fébrile. Il n'est pas démontré que l'arsenic, pas plus d'ailleurs que le sulfate de quinine, ait une action manifeste sur la diminution de l'engorgement splénique. M. Sistach n'a jamais observé d'accidents sérieux qu'il dût rattacher à la médication arsenicale : une légère conjonctivite, quelques coliques, un peu de diarrhée, très-rarement des nausées et des vomissements, tels sont les seuls accidents qu'il a observés.

La méthode suivie par M. Sistach dans l'administration de la médication arsenicale est celle de Boudin : un vomitif au début, chaque fois que la fièvre s'accompagne d'embarras gastrique; de même après la cessation des accès fébriles, nouveau vomitif pour peu que le retour de l'appétit se fasse attendre; donner l'acide arsénieux par doses fractionnées, proportionner la dose au génie spécial des fièvres; profiter de la tolérance au début du traitement pour élever la dose; la diminuer graduellement à mesure que la tolérance baisse et insister sur le fractionnement; donner le médicament pendant les jours d'apyrexie aussi bien que pendant les jours de fièvre; le continuer pendant un temps proportionné à l'ancienneté de la maladie; dans les fièvres de première invasion, le continuer au moins pendant huit jours après l'entière cessation des accès; telles sont les règles posées par Boudin et scrupuleusement suivies par M. Sistach, dans l'administration de l'acide arsénieux. M. Isnard, qui recommande les mêmes préceptes, insiste en outre sur la nécessité d'employer une solution arsenicale suffisamment étendue d'eau.

M. Sistach, de même que Boudin, a toujours subordonné l'alimentation au désir des malades et leur donne le vin *larga manu.*

L'économie tolère dès le début, et tant que la fièvre dure, de 3 à 5 centigrammes d'acide arsénieux. Mais la tolérance diminue quand survient l'apyrexie. C'est pourquoi, à mesure que les accès diminuent, M. Sistach diminue chaque jour la dose de 1 ou de 2 centigrammes et continue pendant plusieurs jours la dose terminale de 1 centigramme. En résumé, dit-il, il faut : 1° donner l'acide arsénieux à doses fractionnées et en solution; 2° étendre chaque fraction de la dose quotidienne dans une grande quantité de liquide, de 100 à 200 grammes environ; 3° proportionner la dose quotidienne du médicament à l'intensité et à l'ancienneté de la fièvre, à l'insalubrité palustre de la localité et à la tolérance des malades; 4° débuter par des doses variant de 3 à 5 centigrammes, qui seront données chaque

jour tant que les accès persisteront; 5° insister d'autant plus sur le fractionnement et la dilution de la solution arsenicale, que la dose quotidienne d'acide arsénieux est plus élevée; 6° après la cessation des accès, diminuer chaque jour de 1 ou 2 centigrammes la dose d'acide arsénieux et le donner finalement à la dose de 1 centigramme pendant une dizaine de jours, en insistant toujours sur le fractionnement et sur une large dilution.

M. Sistach ajoute, en insistant beaucoup sur ce point : le médecin doit présider lui-même chaque fois à l'administration de l'arsenic. On peut donner simultanément la solution arsenicale par la bouche et en lavements.

Au point de vue des récidives, M. Sistach déclare qu'aucun des médicaments qui ont été préconisés tour à tour n'empêche les récidives des fièvres intermittentes. L'hydrothérapie seule semble posséder cet heureux privilége.

La médication arsenicale constitue une très-grande économie : le sulfate de quinine coûte 280 et 300 francs le kilogramme. L'acide arsénieux ne coûte que 50 centimes.

Étudiant ensuite l'action de l'acide arsénieux dans le traitement des diverses espèces de fièvres, M. Sistach publie un assez grand nombre d'observations qu'il fait suivre de réflexions qui peuvent ainsi se résumer.

Dans les fièvres intermittentes légères, l'acide arsénieux pourrait à la rigueur être employé; mais ces fièvres exigent pendant plusieurs jours des doses trop élevées d'arsenic (de 5 à 6 centigrammes par jour) et une surveillance médicale trop minutieuse pour qu'il soit prudent de faire courir aux malades les dangers résultant de la non-administration ou de l'intolérance de ce médicament. Dans les fièvres rémittentes et pseudo-continues graves, compliquées de phénomènes gastriques ou bilieux, la médication arsenicale, associée ou non aux antispasmodiques et aux opiacés, est essentiellement nuisible et inefficace : d'une part l'arsenic exaspère les phénomènes gastriques et favorise la fréquence des vomissements, dont un accès algide peut être la conséquence ultime et rapide; et d'autre part, l'intolérance du malade ne permettant point d'adapter la dose d'acide arsénieux à la gravité de la fièvre, les accès se continuent, s'exaspèrent tous les jours et peuvent se terminer brusquement par un accès pernicieux mortel.

Dans les fièvres paludéennes pernicieuses, l'acide arsénieux peut guérir une fièvre pernicieuse printanière, mais il est impuissant à combattre avec succès les fièvres pernicieuses estivales. Comme l'action de l'arsenic est moins prompte et moins sûre que celle du sulfate de quinine et que son mode d'administration est plus compliqué et moins expéditif, mieux vaut, à tous ces points de vue, en présence d'un accès pernicieux, recourir immédiatement à la médication quinique administrée par la bouche, et mieux encore en injections hypodermiques, plutôt que de faire courir au malade les graves dangers résultant de l'impuissance fébrifuge de l'acide arsénieux.

Quant aux cachexies paludéennes, aucune médication, ni le fer, ni le quinquina, ni les amers, ni même l'arsenic, associés ou administrés isolément, ne peuvent prétendre à guérir les lésions si graves qu'on observe chez ces malheureux cachectiques; l'hydrothérapie seule et le changement de climat permet, dans ces cas, de donner quelques bons résultats. (*Archives de médecine*, septembre et octobre 1875.)

Traitement des convulsions de l'enfance par les anesthésiques. — Après avoir séparé les convulsions bénignes de celles qui peuvent amener la mort par l'intensité de la crise, par asphyxie, et étudié avec soin le mode de production de ces dernières, M. le docteur Ortille (de Lille), arrive à conclure que c'est la congestion sanguine, qui est le phénomène déterminant la première attaque. Ce qui le prouve, dit-il, c'est que les indications les plus énergiques contre les crises convulsives sont précisément celles qui amènent soit par une révulsion énergique, soit par une action spéciale (les anesthésiques), l'anémie cérébrale.... Les anesthésiques portés par la circulation dans le cerveau doivent agir sur la substance cérébrale de façon à endormir le travail cellulaire et, en diminuant la force de l'appel sanguin fait par l'organe, à amener pour ainsi dire le décongestionnement, l'expression, presque la compression des vaisseaux de l'encéphale, et par suite une anémie momentanée et le sommeil.

M. Ortille rappelle ici les observations et les expériences qui ont été publiées à l'appui de cette manière de voir, et en conclut que ce sont les anesthésiques les médicaments les plus puissants à employer contre les crises convulsives, d'autant plus que le sommeil qu'ils procurent est souvent suivi d'une sueur abondante qui juge l'éclampsie.

Dans les cas graves, il faut mettre tout en œuvre pour amener le plus tôt possible cette anémie cérébrale. Les principaux moyens à employer, avant les révulsifs, sont: 1° la compression des carotides; 2° les anesthésiques : hydrate de chloral, quand on peut faire boire l'enfant, ou chloroformisation tant préconisée par M. Liégard (de Caen). M. Ortille cite des observations à l'appui de ce qui précède et qui lui permettent de conclure qu'en face d'une attaque d'éclampsie il ne faut jamais désespérer; que si un moyen manque, il faut immédiatement recourir à un autre, et que, de tous ceux employés jusqu'à ce jour contre une affection si aiguë et si rapide, la compression des carotides, les anesthésiques doivent être mis en première ligne; que c'est à combattre la congestion des centres nerveux et à amener l'anémie cérébrale que doit tendre le praticien, sans se laisser arrêter dans l'administration des moyens propres à obtenir ce résultat par la cyanose plus ou moins avancée. Par cela même, M. Ortille se trouve fondé à admettre que la cause première de l'accès, la cause déterminante est la congestion cérébro-médullaire. (*Bulletin de thérapeutique*.)

Des effets comparés de la cautérisation pratiquée sur les tissus normaux et sur les tissus anémiés d'après la méthode d'Esmarch. — M. le docteur Laroyenne (de Lyon) a observé les résultats de la cautérisation actuelle sur les tissus privés de sang par l'application de la méthode d'Esmarch. Il a constaté que la cautérisation, soit objective, soit subjective, dans ces conditions était plus active, que ses effets étaient incomparablement plus marqués. Ces résultats ne peuvent être appréciés au moment même où s'effectue la cautérisation; ils peuvent même en imposer par leur apparente simplicité. Le champ opératoire ne présente ni liquide ni fumée, rien qui puisse masquer les points que l'on veut atteindre et ceux qu'il est essentiel de ménager. Les téguments ne rougissent pas; ils blanchissent légèrement; l'étendue et la profondeur des brûlures n'apparaissent que lorsque la bande élastique a été enlevée et la circulation rétablie. Il peut se former par le soulèvement de l'épiderme des bulles gazeuses qui éclatent au moment même de leur apparition. Les fongosités, le tissu osseux, sont détruits profondément par la cautérisation inhérente, comme en témoigne, les jours suivants, l'étendue des parties escharifiées.

L'activité de ce mode de cautérisation s'explique aisément par l'absence du liquide et par ce fait que les tissus exsanguifiés sont meilleurs conducteurs du calorique.

Grâce à cette anémie temporaire, on obtient donc rapidement une destruction des fongosités et une mortification profonde des parois osseuses, qui, à la suite d'un évidement ou d'une extraction de séquestre, réclament ce complément opératoire. (*Gazette hebdomadaire*.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 octobre 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

La Société a reçu, en outre : deux mémoires pour le prix Gerdy (les travaux destinés à ce prix doivent être remis au plus tard le 31 octobre); des lettres de MM. Delens et T. Anger, demandant à être portés sur la liste des candidats au titre de membres honoraires; une lettre de M. Blot, demandant à être nommé membre titulaire; une lettre de M. Gayral (de Carignan), qui devait prendre la parole à la dernière séance, mais qui n'a pu le faire à cause de l'heure

avancée, lettre par laquelle il réclame contre une modification apportée par M. Dumontpallier à l'anneau-pessaire qu'il a lui-même présenté il y a quelques mois à la Société.

PRÉSENTATIONS

M. GIRALDÈS offre une petite note sur la communication qu'il a faite au congrès de Lille, en 1874, sur la périostite phlegmoneuse diffuse.

M. VERNEUIL dépose, de la part de M. A. Fournier, un mémoire inédit sur la dégénérescence syphilitique des glandes sublinguales; de la part de M. Laurence, une observation de blennorrhagie chez un enfant pendant la période de la dentition, et une observation de ligature de l'artère sous-clavière pour un anévrysme diffus de l'artère axillaire; de la part de M. Bouquet, professeur de l'Université de Gand, un mémoire sur le traitement des fistules uro-génitales de la femme par la réunion secondaire; enfin une thèse intitulée: *Nouveaux faits pour servir à l'histoire de la rectotomie par un procédé linéaire.* (Comm.: MM. Duplay, Magitot, Verneuil.)

M. LARREY dépose une lettre signée de dix-huit membres de la Société, demandant que M. le professeur Hermann, ancien doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, membre correspondant de la Société de chirurgie, soit nommé membre honoraire. (Comm.: MM. Verneuil, Larrey, Guyon.)

M. LE FORT présente, de la part de M. Surmay (de Ham), candidat au titre de membre correspondant, un mémoire accompagnant une pièce anatomique recueillie sur un malade âgé de l'hôpital de Ham. Sur ce sujet, les apophyses acromiales étaient articulées et non soudées à l'épine de l'omoplate, et une de ces articulations s'était enflammée et était en pleine suppuration.

RAPPORT

M. TILLAUX donne lecture d'un rapport sur diverses communications de M. Gillette, candidat au titre de membre titulaire. La première en date et la plus importante est un mémoire sur l'ostéosarcome articulaire et péri-articulaire des os longs. Après en avoir rapporté un exemple, l'auteur conclut que le seul traitement rationnel est l'amputation faite le plus haut et le plus tôt possible.

Dans la seconde, M. Gillette décrit une anomalie du muscle jumeau interne droit qu'il avait rencontré bifurqué à son insertion fémorale. Cette bifurcation donnait des rapports anormaux au tronc vasculaire qui passait entre les deux faisceaux du muscle.

La troisième est relative à un cas de luxation phalango-phalangettienne causée par la chute sur le pied d'une barre de fer, chez un homme de quarante-huit ans.

L'auteur insiste sur le pli cutané que cette luxation fait naître en arrière de l'articulation. Dans le cas actuel, elle a été facilement réduite.

Dans sa dernière communication, faite il y a huit jours, M. Gillette a donné l'observation d'un cas de rupture de la vessie par suite d'une chute sur le ventre, du haut d'une voiture, survenue chez un homme qui avait bu copieusement et qui s'était ensuite endormi. Le sommeil et peut-être l'ivresse l'ont rendu insensible au besoin d'uriner, et la vessie très-distendue a éclaté par pression de dedans en dehors. Péritonite mortelle.

DISCUSSION

M. TRÉLAT a observé deux faits d'ostéo-sarcome péri-articulaire. Chez une femme qui lui avait été adressée par M. Périer (de Bourbon-l'Archambault) pour une affection de l'articulation tibio-tarsienne gauche, M. Trélat diagnostiqua rapidement une tumeur fibro-plastique prenant son origine sur le péroné. Les signes étaient les suivants: intégrité de la région articulaire et des mouvements dans toute leur étendue, sans aucun bruit ni sensation anormale; écartement des os, qui se produit toujours quand cette tumeur se développe à l'avant-bras ou à la jambe, d'où déformation spéciale, pseudo-luxation.

Chez un homme vigoureux, qui se présenta dans son service, à la Charité, pour une gêne légère des mouvements du coude, M. Trélat reconnut, à la liberté de l'articulation et à l'écartement du radius et du cubitus, un sarcome des os, et proposa l'amputation. Le malade s'enfuit naturellement, pour aller un peu plus tard dans le service de M. Cruveilhier, qui essaya un traitement antisyphilitique avant de parler d'amputation. Lorsqu'à son tour il en fit la proposition, le malade refusa encore. Mais il lui fallut bien en reconnaître la nécessité; il a été amputé par M. Panas à l'hôpital Lariboisière. Ce cas a été mentionné dans le mémoire de M. Gillette, qui n'en connaissait pas tous les détails.

L'écartement des deux os est un signe diagnostique important, si l'on considère que cette affection a une sorte de prédilection pour les membres où deux os sont voisins.

M. DUPLAY rappelle un cas dans lequel, après avoir fait l'amputation, il vit la tumeur se reproduire dans le moignon.

M. GUYON a fait la désarticulation coxo-fémorale pour un ostéosarcome de l'extrémité inférieure du fémur. Il trouva deux noyaux, dont un de la grosseur d'une noisette, dans la tête de l'os. Le malade guérit de la désarticulation, mais il succomba à une récidive dans le poumon et dans le moignon.

M. TRÉLAT. La récidive n'est pas fatale. Le pronostic après l'opération reste ce qu'il était relativement à la nature de la tumeur, qui peut être variable.

M. LE RAPPORTEUR conclut au renvoi au comité de publication de l'extrait qui a été fait par M. Gillette, de ses observations, et au dépôt aux archives des observations *in extenso*.

COMMUNICATION

M. ABADIE donne lecture d'une observation d'atrophie des nerfs optiques provoquée par le mal de Pott.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. DESPRÈS présente une tumeur adénoïde du testicule, et discute les opinions émises antérieurement sur la maladie kystique du testicule, décrite pour la première fois en 1804 par Astley Cooper, puis par M. Trélat à la Société anatomique, et dans un mémoire de Conches, qui conclut à la nature cancéreuse de cette tumeur, opinion qui a prévalu. M. Desprès croit que ces tumeurs sont tantôt des enchondromes, tantôt des tumeurs adénoïdes analogues à celles du sein. Chez le malade qu'il a opéré et qui était âgé de cinquante-quatre ans, l'évolution a été lente, comme pour les autres tumeurs adénoïdes, et n'a pas altéré la santé du malade. Ce n'est que depuis trois ans que cette tumeur a pris un accroissement rapide, comme cela arrive ordinairement.

L'examen microscopique y fait reconnaître, comme dans les plus grosses tumeurs adénoïdes, des cloisons et des franges semblables à celles qu'on observe dans les kystes multiloculaires de l'ovaire, que M. Desprès appelle tumeurs adénoïdes. Ces cloisons et ces franges se compriment, se confondent en un magma renfermant de la fibrine, reste d'épanchements sanguins. On y trouve aussi des fongosités, des éléments fibro-plastiques figurés, de grosses cellules à noyaux et de la graisse. C'est une maladie kystique bénigne. Ce n'est ni un sarcome pur, ni une tumeur encéphaloïde, ni un cancer mélanique. Y aura-t-il récidive? M. Desprès ne le pense pas, cette tumeur ayant mis trente-cinq ans à atteindre le poids de 3 kilog. 400 grammes, dont 400 grammes de liquide. C'est la plus volumineuse qu'on ait observée jusqu'ici.

M. Desprès a lié séparément les vaisseaux du cordon, qui avaient pris un volume considérable par suite de celui de la tumeur.

DISCUSSION

M. TERRIER. L'examen de ces tumeurs kystiques a été fait par M. Malassez. Elles sont exactement identiques à celles de l'ovaire. On y trouve de plus des cellules spéciales et des cils vibratiles.

Les tumeurs bénignes du testicule ont été étudiées dans une thèse de M. Périquet. M. Trélat en a présenté à la Société. — On y rencontre quelquefois un noyau d'enchondrome.

M. TRÉLAT. Velpeau avait donné le nom d'adénome à l'hypertrophie bénigne du testicule. Mais la tumeur que présente M. Desprès n'a pas du tout la structure d'un testicule normal. La nature mixte du nouveau produit est fréquente. M. Trélat préfère à la ligature des vaisseaux séparément la section en masse du cordon à l'aide du galvanocautère.

M. LARREY rappelle que son père a attribué à la ligature en masse le tétanos qu'il a vu se montrer quelquefois après cette opération.

M. LE FORT fait toujours la ligature en masse. On n'a jamais d'accident, à la condition de serrer fortement le fil.

M. GUYON suit la même pratique.

M. DESPRÈS a vu deux morts survenir dans le service de Velpeau sur trois ligatures en masse du cordon.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. GUYON présente un malade atteint d'une tumeur de l'orbite depuis trois ans, et sur lequel il désire avoir, avant de l'opérer, l'avis de ses collègues. Cette tumeur, très-petite la première année, a considérablement grossi depuis deux ans.

M. PERRIN constate que la tumeur, de forme sphérique et nettement mamelonnée, présente la résistance d'une tumeur fibreuse et la sensation d'une tumeur enchondromateuse.

Cependant, à cause de son siége, il pense plutôt que c'est un sarcome avec prédominance fibreuse. Il conseille de l'enlever, quoique le pronostic soit grave. Il en a observé deux cas cette année, ayant le même siége, qu'il a vu récidiver. Chez un des malades, il a dû enlever l'arcade orbitaire tout entière, les méninges, et même entamer la substance cérébrale. La guérison cependant a été rapide, mais l'affection a récidivé sur place.

M. DESPRÈS croit que c'est une exostose.

M. GUYON pense que c'est un enchondrome. Ce n'est pas, dans tous les cas, une exostose pure; elle ne serait pas bosselée et inégale. M. Panas, qui a vu le malade, lui a conseillé d'essayer l'acupuncture, qu'il a vu réussir dans un cas où son aiguille pénétrait jusque dans le cerveau.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le professeur Gosselin reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité, le mardi 2 novembre, à huit heures du matin.

— Les professeurs de la Faculté de médecine se sont réunis hier afin de choisir le candidat qui sera présenté à la nomination du ministre de l'instruction publique pour le décanat de la Faculté.

Les deux personnalités mises en présence à cette occasion étaient MM. Gavarret et Vulpian.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Guittard, professeur de pathologie interne, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année 1875-76, par M. Caubet, suppléant à ladite école.

— *Maladies régnantes à Lyon.* — La constitution catarrhale, favorisée dans son développement par les oscillations très-marquées du baromètre, du thermomètre et un temps pluvieux, s'accentue davantage; aussi c'est du côté de la poitrine que se font les principales localisations.

Les bronchites augmentent de fréquence et se capillarisent surtout chez les enfants. Les pneumonies s'observent également en plus grand nombre et, à titre de complication, viennent aggraver l'état des malades atteints d'affections chroniques. Les fièvres catarrhales méritent une mention spéciale.

Signalons comme un élément important de l'état médical régnant des raptus congestifs vers la tête et la poitrine, d'où la fréquence des congestions, des hémorrhagies cérébrales, et des hémoptysies chez les phthisiques et les cardiopathes.

Les maladies contagieuses et infectieuses continuent à être rares; aussi ne figurent-elles que pour une proportion très-minime dans la mortalité de la semaine.

Il y a eu, du 8 au 14 octobre, 141 décès (mort-nés exclus) leur nombre s'était élevé à 158 pour la semaine correspondante de 1874. (*Lyon médical.*)

— Les obsèques de M. le docteur Ségalas, dont nous avons annoncé la mort, auront lieu demain samedi 30 octobre, à onze heures très-précises, à l'église de Sainte-Élisabeth, rue du Temple.

— *Hôpital de la Charité.* — M. le professeur Trélat reprendra ses leçons cliniques chirurgicales, le mercredi 3 novembre, à huit heures et demie et les continuera le mercredi de chaque semaine. Après la leçon, opérations. — Lundis, maladies des femmes, examen au spéculum. — Vendredis, maladies des yeux, examen ophthalmoscopique.

— M. le docteur Martin-Damourette recommencera ses cours de sciences physico-chimiques et naturelles et de thérapeutique le mardi 2 novembre.

Le cours préparatoire au quatrième examen du doctorat aura lieu à une heure, et le cours pour le troisième examen du doctorat et le premier de fin d'année à deux heures et demie.

— M. le docteur Migon, professeur libre de gynécologie, commencera le samedi 30 octobre, à quatre heures du soir, dans son amphithéâtre particulier, 13, rue du Jardinet, un cours d'accouchement héorique et pratique, spécialement destiné aux étudiants et aux élèves sages-femmes.

Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— *Policlinique de gynécologie chirurgicale du docteur Berrut.* — Jeudis, à neuf heures du matin, consultations libres sur les maladies chirurgicales de la femme. — A onze heures, leçon clinique libre. — Vendredis et samedis, à neuf heures, leçons particulières.

Lois et mystères des fonctions de reproduction, considérée dans tous les êtres animés, spécialement chez l'homme et chez la femme, avec deux planches coloriées représentant les organes génitaux des deux sexes et la circulation du fœtus, par le docteur ANTONIN BOSSU. (Classification des êtres vivants. — Fécondité. — Fécondation dans toute la série végétale et animale. — Fécondation dans l'espèce humaine. — Impuissance. — Stérilité. — Célibat. — Onanisme. — Mariage. — Divorce. — Cas de nullité de mariage. — Après la fécondation. — Fructification. — Incubation. — Grossesse. — Accouchement. — Délivrance, etc. — Physiologie. — Hygiène. — Médecine.) — Prix : 5 francs. — Paris, 1875. — Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Vins de quinquina titrés-diastasés d'OSSIAN HENRY, membre de l'Académie impériale de médecine.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ SIMPLE. — Titrant un gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extratif par 1,000 grammes. — *Tonique.* — *Fébrifuge.*

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose.* — *Anémie.* — *Longues convalescences*, etc.

VIN DE QUINQUINA IODÉ. — Contient 0,05 d'iode *pur* à l'état latent par 30 grammes de vin titré. — — *Scrofule.* — *Lymphatisme.* — *Phthisie*, etc.

Ces Vins, qui contiennent en outre de la *diastase*, sont facilement assimilables, ne constipent jamais, inaltérables, très-agréables au goût, d'une richesse inconnue jusqu'ici ; ils offrent les avantages qui s'attachent à l'emploi des préparations chimiquement définies.

Dépôt général : E. FOURNIER et Cᵉ, 56, rue d'Anjou-St-Honoré, et dans toutes les pharmacies.

Coton iodé du Dʳ Méhu préparé par **J. THOMAS,** *pharmacien de 1ʳᵉ classe, lauréat (médaille d'or), des hôpitaux, lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.*

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé du Dʳ Méhu.* C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Prix du flacon : 3 fr. 50. — 48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharmacies.

Granules de digitaline **d'HOMOLLE et QUÉVENNE** (auteurs de la découverte). — *Approbation de l'Académie de médecine.* — *Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris,etc.* — « C'est à tort que le nom de *digitaline* a été donné au produit cristallisé extrait de la digitale, puisqu'il ne possède pas l'action physiologique spéciale à cette plante.— Les médecins feront bien de continuer à prescrire la *digitaline de MM. Homolle et Quevenne* aux malades ne pouvant pas supporter la digitale. » (*Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, 1874, t. VIII, p. 397.)

N. B. — Pour éviter les imitations *inefficaces* ou *dangereuses* de la *véritable digitaline*, exiger les noms *Homolle* et *Quevenne* sur les étiquettes rondes qui scellent les bouts du flacon, et le nom *C. Collas*, dépositaire général, 8, *rue Dauphine*, Paris. — Le flacon : 3 francs.

CHLOROSE, ANÉMIE

PILULES ET SIROP

FAVROT

AU PYROPHOSPHATE DE FER

ET DE MANGANÈSE CITRO-AMMONIACAL

CE SEL NE CONSTIPE PAS

Il fournit les éléments principaux du sang et des os. Son action est héroïque chez les enfants débiles, les convalescents, dans le traitement de l'anémie, de la chlorose, de l'aménorrhée et de la leucorrhée. Solubilité complète. Assimilation facile, saveur agréable.

Prix : 3 fr. Pharmacie FAVROT, 102, rue de Richelieu, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

VIN MARIANI

à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques.
5 francs la bouteille.
MARIANI, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO. PHTHISIES, *Anémie*, **Rachitisme**, DIABÈTE, *Diarrhée*, **Cachexies**, *Albuminurie, la* **Convalescence**, *l'épuisement.* (Gros), 8, r. Neuve-Saint-Augustin, Paris.

Élixir et Vin de Coca, de Joseph BAIN, pharmacien de 1ʳᵉ classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alibiles, là où le quinquina est impuissant. — **Pastilles digestives de coca.** — E. FOURNIER ET Cⁱᵉ, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

Avis. — MM. les Médecins et Chirurgiens qui désirent étudier l'**Acide salicylique Dusaule** (produit français) (1) et l'employer à titre d'essai, soit dans les hôpitaux, soit dans leur clinique particulière ou leur clientèle, sont priés de vouloir bien s'adresser à M. Bruley, 93, rue de Rennes, Paris, qui leur fournira gratuitement l'*acide salicylique en nature, solutions, vin, sirop, pilules, dragées, glycérine, charpie, ouate*, etc., et toutes les autres préparations médicales dont ils pourront avoir besoin.

Usine à Saint-Denis. — Fabrique à Asnières (près Paris.

(1) L'acide salicylique possède toutes les vertus de l'acide phénique, moins ses inconvénients et ses dangers.

Pilules Duroy à l'extrait de sang, — ou Hématiques — RECONSTITUANT GÉNÉRAL renfermant tous les principes extractifs azotés, les sels et minéraux du sang de bœuf, *sans exception*, c'est-à-dire *tous les matériaux de l'organisme.* Ce nouveau médicament, approuvé et ordonné par un grand nombre de médecins distingués, remplace et complète les ferrugineux, les phosphates, le quinquina, la pepsine, etc. — Dose moyenne : 4 pilules par jour ; — 4 francs le flacon de 100 Pilules dragéifiées inaltérables. — J. P. L. DUROY, PHARMACIEN LAURÉAT DE L'INSTITUT, 10, RUE DU FAUB.-MONTMARTRE, A PARIS, et toutes les pharm.

Vin de Bugeaud toni-nutritif **au quinquina et au cacao.**

Les propriétés du **Vin de Bugeaud**, *préparé au vin d'Espagne*, étant celles des toniques radicaux et analeptiques réunis, ce médicament est indiqué dans *l'appauvrissement du sang*, dans *les névroses, les flueurs blanches, la diarrhée chronique, les pertes séminales involontaires, les hémorrhagies passives, les affections scorbutiques, la période de convalescence de toutes les fièvres.*

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

La vogue exceptionnelle acquise par le **Vin de Bugeaud** a éveillé la cupidité de certains industriels. *Les médecins et les malades* devront donc se tenir en garde contre les contrefaçons et les imitations offertes par quelques intermédiaires peu scrupuleux.

Dépôt général : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur, Paris.

Le **Vin de Bugeaud** se trouve dans toutes les principales pharmacies en France et à l'étranger.

Pilules de Pepsine de Hogg.

La forme pilulaire est à la fois le mode le plus facile et le plus sûr d'administrer la pepsine ; ce précieux médicament est, sous cette forme spéciale, mis à l'abri du contact de l'air et ne peut s'altérer ni perdre de ses propriétés, son efficacité est alors certaine.

Ces pilules sont de trois préparations différentes :
1° *Pilules de Hogg* à la pepsine pure ;
2° *Pilules de Hogg* à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène ;
3° *Pilules de Hogg* à la pepsine unie à l'iodure de fer inaltérable.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

Alcaloïdes, poisons, et tous médicaments dosés SOUS FORME DE **GRANULES** ET **DRAGÉES** PRÉPARÉS PAR

GARNIER-LAMOUREUX ET Cⁱᴱ

Plus de 15 ans d'existence ont établi la supériorité de nos produits. *Exiger notre cachet.*
Ph. **VIÉ-GARNIER,** 213, r. St-Honoré, Paris.

VIN ET SIROP IODO-PHOSPHATÉS
DE **QUINQUINA FERRUGINEUX**
de **VIÉ-GARNIER.**

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Sirop reconstituant

D'Arséniate de fer soluble **de A. CLERMONT**

Licencié ès sciences, ex-interne des hôpitaux de Paris, Pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'Arséniate de fer **soluble** est reconnu d'une absorption, partant d'une efficacité plus régulière et plus sûre que celle de l'arséniate de fer **insoluble.**

Son emploi est naturellement indiqué dans la *chlorose, l'anémie*, la *cachexie paludéenne*, la *phthisie pulmonaire*, les *maladies de la peau*, les *névralgies*, le *diabète*, etc.

Chaque cuillerée à café représente exactement 1 milligramme d'Arséniate de fer **soluble.**

Ph. E. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris ET DANS TOUTES LES PHARMACIES. — Fl. 2 fr. 50.
Vente en gros : E. GRILLON, 27, r. Rambuteau, Paris.

Appareils vaporifères *portatifs* du docteur LEFEBVRE (du Nord).

Approbation de l'Académie de médecine de Paris, pour bains de vapeur, fumigations, douches et inhalations, — 19, boulevard Montmartre.

Dynamomètre de poche DE PRÉCISION du docteur V. BURQ, expédié *franco* dans un écrin, contre mandat-poste de 30 fr. Dépôt à Paris, 57, rue des Saints-Pères.

Épilepsie. Élixir sédatif à base de PICROTOXINE du Dʳ **PÉNILLEAU,** de la Faculté de Paris.

La Picrotoxine est extraite de la Coque du Levant. C'est un principe éminemment énergique, dont l'efficacité vient d'être constatée par des expériences dont les résultats n'ont laissé aucun doute. Notre Élixir, entièrement soluble, est bien supérieur aux dragées, pilules, etc., qui traversent les voies digestives sans se dissoudre, et aux préparations actuelles que les médecins abandonnent avec les malades, après un long traitement *sans résultats définitifs.*

Prix du flacon : **6** francs, avec l'instruction.

Dépôt général : Pharmacie LEPINTE, 148, rue Saint-Dominique, Paris.

Élixir Chantrel, préparé au **Phosphate acide de chaux.**

Le seul approuvé par le docteur H. FREMINEAU, docteur ès sciences.

Cet élixir est spécialement recommandé dans le traitement de toutes les affections des voies respiratoires, telles que : *Toux, catharrhes, bronchites aiguës* ou *chroniques, laryngites*, et surtout les différentes formes de *phthisie.* Son action, très-favorable aux fonctions de l'estomac, vient aider aux effets de toute médication rationnelle, sans jamais la contrarier. DOSE : Deux fois par jour dans le premier verre d'eau rougie aux repas. ADULTES : Une cuillère à bouche. ENFANTS : Deux cuillerées à café. — Dépôt général : chez DESNOIX et Cᵉ, 22, rue du Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies pour le détail. — Prix : 3 fr. 50 le flacon.

Sirop de Malate de fer de **CHAUMELLE.** — Employé dans tous les cas d'appauvrissement du sang ; il est le seul ferrugineux qui soit d'un goût agréable. 2 fr. 50 le flac. **Elixir : 3 fr.; Pilules : 2 fr. le flac.** Ph., 25, r. Réaumur.

Podophyllin Delpech **contre la constipation habituelle.**

Les PILULES de PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

N° 129. — MARDI 2 ET JEUDI 4 NOVEMBRE 1875. — 48e ANNÉE. — MARDI 2 ET JEUDI 4 NOVEMBRE 1875. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. H. Roger a terminé dans cette séance la lecture de son rapport sur la ponction du péricarde. A l'occasion de l'intéressante observation de M. Chairou, dont il a été donné une analyse dans notre compte-rendu de l'avant-dernière séance, M. H. Roger a fait une étude approfondie de la question, qui peut passer à juste titre pour une monographie et un jugement. De l'examen critique de tous les faits de paracentèse péricardiaque consignés dans les annales de la science, de l'appréciation des résultats connus et de l'étude de ses indications et contre-indications, M. H. Roger déduit ces conclusions, qui n'ont rencontré aucune contradiction au sein de l'Académie, et auxquelles on peut promettre une adhésion à peu près unanime :

« L'opération n'a point, sauf exceptions, de vertu curative; mais elle est formellement indiquée comme moyen palliatif et elle constitue parfois une ressource suprême.

« Elle restera toujours une opération audacieuse; mais il est des circonstances critiques où le praticien a le devoir d'oser l'opération. »

Après ce rapport, l'Académie a repris la suite de la discussion sur les altérations de la vision dans leurs rapports avec le service militaire. M. Giraud-Teulon a eu la parole pour répondre à l'argumentation de M. Legouest. M. Giraud-Teulon, qui n'avait eu qu'une concession facile à faire à M. M. Perrin pour effacer tout ce qu'il semblait y avoir au premier abord de dissentiment profond, l'accord étant d'ailleurs à peu près complet entre eux au point de vue scientifique, s'est roidi contre l'argumentation vigoureuse et autoritaire, comme il l'a appelée, de son second contradicteur, M. Legouest, à qui il n'a paru disposé à rien céder. C'est avec une émotion difficilement contenue, et avec un accent de profonde conviction scientifique, il faut le dire, qu'il a combattu pied à pied et un à un tous ces arguments, au nom des progrès récents de l'oculistique, méconnus, dans sa pensée, quoiqu'en aient dit ses contradicteurs, dans les instructions du conseil de santé et entravés par les impédiments administratifs.

L'Académie, dans cette séance, a élu, au nombre de ses membres correspondants, M. Béranger-Féraud, dont tout le monde connait les importants travaux.

Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU. — M. LE DENTU.

Rétrécissements du rectum.

Leçon recueillie par M. DUSSAUSSAY.

Une malade, couchée au n° 8 de la salle Saint-Charles, me fournit aujourd'hui l'occasion de vous présenter un certain nombre de considérations sur les rétrécissements du rectum. C'est là, je dois vous le dire tout de suite, une des questions sur lesquelles les opinions des chirurgiens sont le plus partagées au point de vue opératoire. La raison en est simple. Chez des individus porteurs de rétrécissements du rectum, on a vu se produire des accidents inattendus et parfois formidables, non seulement à la suite de l'opération, mais même à la suite de l'exploration la plus réservée. Je pourrais vous citer des cas où un simple toucher rectal a suffi pour déterminer une péritonite rapidement mortelle. En présence de ces résultats fâcheux l'hésitation des chirurgiens est naturelle, et l'on comprend facilement que l'on trouve, comme je viens de vous le dire, les opinions les plus partagées sur cette question.

C'est du reste là un point sur lequel je reviendrai. Occupons-nous de notre malade. Cette femme est âgée de vingt-neuf ans, elle est bien réglée, a eu un enfant il y a dix ans, a fait une fausse-couche quatre années après. Depuis cette époque, sa santé a toujours été bonne. Il y a un an environ, elle a commencé à ressentir des douleurs du côté de l'anus, douleurs intermittentes, revenant surtout au moment des garde-robes et ne se prolongeant pas beaucoup après celles-ci.

Cet état a persisté, sans grandes modifications jusqu'à ces derniers temps, et la malade est entrée dans nos salles le 6 septembre.

La première fois que je l'examinai, je constatai l'existence, à l'anus, de deux fissures larges, longues et assez profondes, aboutissant en bas à de petites saillies hémorrhoïdales, et placées l'une en avant, l'autre en arrière. Ces fissures se prolongent à plusieurs millimètres du côté de la peau et remontent assez haut du côté du rectum. Je dois vous dire que je n'ai pu, dans le premier examen, arriver jusqu'à leurs limites supérieures, et comme depuis deux jours la malade a ses règles, il m'a été impossible de pratiquer un examen plus approfondi. Quoi qu'il en soit, par le toucher on sent, au-dessus des limites probables des fissures, une surface légèrement grenue, et, au-dessus de cette surface, un rétrécissement situé à 4 centimètres environ de l'anus.

Ce rétrécissement est formé par une valvule à concavité dirigée en avant dont les deux extrémités viennent se confondre avec la paroi antérieure du rectum, tandis que sa base

répond à la paroi postérieure. Cette base est épaisse : elle mesure environ 1 centimètre. Le bord libre est, au contraire, très-mince. Le rétrécissement n'est pas très-serré. En exerçant avec l'index une pression continue, quoique très-modérée, j'ai pu faire pénétrer dans l'orifice une bonne partie de la première phalange. Il est probable qu'en forçant un peu j'aurais pénétré plus profondément ; je n'ai pas voulu le faire dans la crainte des accidents dont je vous ai parlé.

J'ajoute qu'il n'existe autour du rétrécissement ni fistules, ni foyers purulents ayant envahi le tissu cellulaire du petit bassin. La lésion est simple et localisée à la muqueuse du rectum.

Après avoir reconnu tous ces détails, il restait à établir de quelle nature était ce rétrécissement, et quels rapports pouvaient exister entre celui-ci et les deux fissures.

Vous savez, messieurs, qu'il existe plusieurs variétés de rétrécissements du rectum.

En première ligne se placent les rétrécissements congénitaux. Ils sont constitués par une valvule purement muqueuse, qui se présente soit sous la forme d'un diaphragme, soit sous la forme d'un croissant. Dans tous les cas, cette variété ne donne lieu à des accidents que chez les très-jeunes enfants. En effet, quand ces rétrécissements sont larges, ce qui arrive assez souvent, ils ne gênent nullement l'expulsion des matières fécales et passent fréquemment inaperçus. Je me rappelle avoir observé, il y a une dizaine d'années, dans le service de M. Richet, un cas de ce genre ; il s'agissait d'un adulte, entré dans les salles pour une autre affection, et chez lequel on constata, tout à fait par hasard, l'existence d'une valvule muqueuse qui devait être congénitale.

En second lieu, on a décrit un rétrécissement spasmodique.

M. Verneuil a observé plusieurs malades chez lesquels l'affection a été au début un spasme simple. Cette contracture, après avoir persisté un certain temps, entraîne dans la structure des parois rectales des modifications permanentes, entre autres la dégénérescence des fibres musculaires, et le rétrécissement se trouve ainsi établi.

J'arrive aux rétrécissements d'origine inflammatoire.

Je laisse de côté tous ceux qui reconnaissent pour cause des tumeurs malignes, par exemple l'épithélioma, bien que ces affections aboutissent au même résultat que les autres rétrécissements. Mais, dans ces cas, l'oblitération plus ou moins complète du rectum n'est qu'un fait accessoire ; ce qui domine la situation, c'est la maladie générale dont le rétrécissement n'est qu'une conséquence.

Quant aux rétrécissements inflammatoires, ils reconnaissent pour cause des affections multiples : ce sont des hémorrhoïdes, des fissures, des chancres, des rectites purulentes dont quelques-unes se rattachent à la pédérastie. En dehors de la cause, on peut les diviser en deux groupes : dans le premier, se rangent les rétrécissements inflammatoires proprement dits : sous l'influence d'une des causes énumérées plus haut, la muqueuse du rectum s'enflamme chroniquement, elle s'épaissit, s'infiltre de produits plastiques et finit par s'indurer. Le second groupe comprend les rétrécissements cicatriciels. Dans ce cas, il existe une perte de substances plus ou moins considérable des parois du rectum, et c'est la cicatrice qui résulte de cette lésion qui amène la diminution de calibre du rectum. On voit que la mécanisme est sensiblement différent, bien que le résultat soit le même.

Les rétrécissements syphilitiques doivent nous occuper d'une façon spéciale. Autrefois l'on n'hésitait pas à les regarder comme une manifestation syphilitique pure, ayant sa place à côté des autres accidents de la diathèse. M. Gosselin le premier démontra que ces rétrécissements se rattachaient à la cicatrisation du rectum, à la suite de lésions syphilitiques ulcéreuses. De telle sorte que, pour M. Gosselin, les prétendus rétrécissements syphilitiques rentrent tous dans la classe des rétrécissements cicatriciels. Cette opinion a été généralement admise. Toutefois, dans ces derniers temps, on est un peu revenu à l'idée ancienne. Ainsi, M. Verneuil et M. Trélat croient que, dans quelques cas, la syphilis est capable de produire des rétrécissements du rectum sans qu'on puisse trouver de lésions ulcéreuses. Seulement, ces rétrécissements spéciaux se produiraient très-tard, plus tard que les gommes. Si la syphilis avait quatre périodes, M. Verneuil les rangerait dans la période quaternaire.

Messieurs, on a encore décrit un rétrécissement fibreux pur. C'est là une forme rare ; mais, bien que je n'en aie pas observé d'exemple, je n'ai aucune raison d'en nier l'existence.

Maintenant que nous avons passé en revue les diverses variétés du rétrécissement du rectum, il nous reste à chercher à laquelle de ces variétés nous devons rattacher celui que nous présente notre malade. J'élimine immédiatement le rétrécissement congénital, par cette raison qu'au lieu d'une valvule muqueuse, molle, flottante, à base à peine marquée, nous trouvons un repli résistant à bord mince, à base épaisse et indurée.

Quant à la syphilis, il m'a été impossible d'en démontrer l'existence. J'ai interrogé la malade à plusieurs reprises, de plusieurs façons différentes, et le résultat a toujours été négatif. Cette femme n'a eu ni éruptions cutanées, ni adénopathies, ni chute des cheveux, ni ces céphalées si caractéristiques. Les fissures elles-mêmes n'ont rien de spécifique ; elles ne ressemblent nullement à ces rhagades qui coexistent si souvent avec des condylomes.

Laissant de côté l'idée de syphilis, peut-on dire que les fissures soient la conséquence du rétrécissement. Mais, d'abord, on sait que c'est généralement au-dessus du rétrécissement que l'on trouve les lésions les plus prononcées. Et, en outre, il est bien difficile d'admettre qu'un rétrécissement qui ne s'accompagne d'aucune fistule, d'aucun écoulement purulent, ait pu devenir la cause de fissures aussi profondes. Il me paraît plus rationnel de renverser les termes et de regarder les fissures comme le point de départ du rétrécissement.

C'est qu'en effet il y a fissure et fissure. Si l'on voit souvent une fissure très-petite, si petite même qu'elle peut passer inaperçue, causer des douleurs et une contracture considérables, en revanche, il n'est pas rare d'observer de larges fissures qui sont à peine douloureuses et ne s'accompagnent pas de contracture. Rien d'étonnant que de semblables lésions, qui peuvent persister longtemps et remonter très-haut, amènent à la longue une irritation, une inflammation chronique du rectum, inflammation capable à son tour de produire un rétrecissement.

En résumé, je crois que, chez notre malade, le rétrécissement reconnaît pour cause en partie la cicatrisation de la portion supérieure des fissures, en partie l'inflammation chronique du rectum entretenue par la présence de ces fissures.

Au reste, l'état de la malade n'a rien d'inquiétant. Il n'y a eu, du côté du petit bassin, ni abcès, ni poussées de péritonite. En outre, la largeur relative du point rétréci permettra de recourir à n'importe quel procédé opératoire. Toutefois, malgré ces conditions favorables, nous ne devons pas oublier que,

d'une manière générale, le pronostic des rétrécissements du rectum est toujours grave : 1° à cause des accidents qui peuvent compliquer l'opération ; 2° à cause des récidives.

(*A suivre.*)

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. E. GUIBOUT.

De l'eczéma (3e CONFÉRENCE) (1).

(Leçon recueillie par M. MUZELIER, interne du service.)

Nature. — Nous touchons maintenant à une question délicate et pleine de difficultés, celle de la nature de l'eczéma. Les divergences de doctrines qui séparent à ce sujet les dermatologistes ne sont pas faites pour rassurer beaucoup ceux qui tiennent à avoir sur ce point des données précises. Un certain nombre d'auteurs, à la tête desquels se place M. Hardy, considèrent l'eczéma comme étant toujours et dans tous les cas l'expression de la diathèse *herpétique*. Les causes dites locales ou occasionnelles exercent bien une influence vis-à-vis du développement de cette affection, mais une influence purement accidentelle. Elles servent, si l'on veut, de prétexte au développement de l'eczéma, mais elles ne sauraient à elles seules, et sans l'intervention du principe dartreux, en déterminer l'apparition. Toute autre est l'opinion de M. Bazin et de ses élèves au sujet de l'étiologie de l'eczéma. Cette affection peut se développer dans des conditions multiples et très-différentes qui peuvent se ramener à deux chefs principaux : 1° état *idiopathique*, 2° état *symptomatique*.

L'eczéma *idiopathique* est celui qui se rattache à une cause locale, directe, dont l'action est naturellement limitée. Cette cause réside le plus ordinairement dans le contact plus ou moins prolongé de substances irritantes. Tel est l'eczéma des professions manuelles, et particulièrement celui que l'on a désigné sous le nom assez impropre de *gale des épiciers*.

L'eczéma symptomatique peut être *parasitaire* ou *diathésique*. L'origine parasitaire ne saurait être contestée en présence des faits que nous apporte chaque jour l'observation clinique. L'eczéma se montre comme une des complications habituelles des différentes affections qui reconnaissent pour cause la présence d'un élément parasite, soit de parasites animaux, gale, maladie pédiculaire, soit de parasites végétaux, favus, tricophytie, sycosis, mentagre. Quant à ce qui concerne l'influence des diathèses sur le développement de l'eczéma, il faut convenir que M. Bazin et ses élèves en ont élargi le champ dans la plus large proportion. Bien loin de monopoliser l'influence diathésique au profit de l'herpétisme, les auteurs s'accordent à considérer les autres vices constitutionnels, la *scrofule*, l'*arthritis*, comme susceptibles d'engendrer des manifestations eczémateuses.

Nous acceptons, pour notre part, les idées de M. Bazin, parce qu'elles nous semblent conformes à la réalité et à la variété des faits. Mais nous ne saurions faire cette concession sans stipuler en même temps d'expresses réserves, notamment en ce qui concerne l'arthritis, état constitutionnel dont les caractères ne sont point assez tranchés et dont la place n'est pas assez nettement marquée en pathologie pour qu'il soit possible de le faire intervenir définitivement dans l'étiologie de l'eczéma. Nous ferons également des réserves vis-à-vis de la scrofule, envisagée comme vice constitutionnel susceptible de se traduire au dehors par une affection eczémateuse. Nous n'irons pas certes jusqu'à nier absolument l'influence de ces deux diathèses : *arthrite* et *scrofule*, mais nous ne l'accepterons dans tous les cas qu'avec une grande réserve. C'est à l'herpétisme que revient, en tant que principe diathésique, la première place dans l'étiologie de l'eczéma. Et sur ce point nous nous rangeons complétement à l'opinion professée par M. Hardy.

Diagnostic. — Avant d'aborder la question du diagnostic, nous rappellerons en principe que, pour arriver à la connaissance d'une affection cutanée, il est nécessaire de déterminer sa nature et le genre auquel elle appartient. Pour arriver à acquérir cette double notion, fondement indispensable d'un diagnostic rationnel, il faut s'appuyer sur les caractères que présentent les lésions cutanées, sur leur évolution, sur leur marche, sur leur étendue, sur leur durée. Et lorsqu'on a passé en revue l'ensemble de ces caractères, nécessaire pour la *détermination* du genre, il faut chercher encore à éviter les causes d'erreur qui peuvent résulter de la ressemblance que présente l'affection que l'on a sous les yeux avec d'autres affections cutanées.

Or, les caractères qui peuvent servir à distinguer l'eczéma, soit dans sa première période, soit dans les périodes ultérieures, se retrouvent, assez incomplétement il est vrai, dans quelques autres affections, parmi lesquelles nous citerons la *miliaire*, l'*herpès*, l'*impétigo*. La *miliaire* est une affection assez rare, qui survient à la suite d'états morbides divers, mais caractérisés tous par le fait d'une transpiration abondante, et qui débute par des vésicules petites, confluentes, arrondies, transparentes, d'une durée assez éphémère, se flétrissant et se desséchant sans laisser après elle aucune sécrétion ni aucune ulcération.

L'*herpès* est une affection aiguë presque toujours consécutive à un état fébrile, et dans laquelle on trouve des vésicules larges, aplaties, réunies en groupes, élevées sur un fond rouge, transparentes, plus volumineuses que celles de l'eczéma et d'une durée beaucoup plus longue, ne laissant après elle qu'une croûte jaunâtre ou noirâtre, au-dessous de laquelle ne se produit aucune sécrétion. On distinguera également l'eczéma de l'impétigo par les caractères différents qui distinguent les lésions primitives de ces deux affections.

Le diagnostic pourra néanmoins éprouver quelques difficultés lorsqu'on se trouvera en présence d'une de ces formes mixtes qui présentent associés et confondus les caractères de l'eczéma et de l'impétigo, et que l'on a désignées pour cette raison sous le nom d'*eczéma impétigineux*. Une certaine ressemblance entre les lésions de la troisième période de l'eczéma, période d'ulcération et de croûtes, et celles de la période correspondante de l'impétigo, deviendra également, dans certains cas, une cause d'erreur et de difficulté pour le diagnostic. Mais la présence d'une sécrétion jaunâtre, luisante, phlegmoneuse à la surface du derme, s'il s'agit d'un impétigo, et, d'autre part, l'épaisseur, la forme anguleuse, la couleur qui caractérise les croûtes, suffiront pour distinguer cette affection de l'eczéma. Il ressort donc de cette étude comparative que, dans la détermination du genre de la maladie, on devra s'appuyer principalement sur les caractères des lésions cutanées, la connaissance exacte de ces caractères étant seule en mesure de fournir les éléments du diagnostic certain.

Diagnostic de la nature. — Après avoir établi le diagnostic du *genre*, si l'on cherche à établir à son tour le diagnostic de la *nature* d'une affection cutanée, on voit qu'ici encore il est nécessaire de s'appuyer sur l'étude minutieuse des caractères propres à cette affection. Il faut tenir compte de son étendue, de sa configuration, de sa forme, de son siége, de ses symptômes, de sa durée. L'eczéma est-il *idiopathique*, simple, pro-

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 octobre.

duit de l'action directe et limitée d'une cause toute locale, telle que le contact plus ou moins prolongé d'une substance irritante, alors les lésions seront si bien délimitées, elles représenteront si bien, par leur étendue et leur configuration, le champ d'action de la cause qui leur a donné naissance, qu'il sera impossible de reconnaître leur origine et de leur assigner une paternité autre que celle qui leur appartient. Il en sera ainsi dans la plupart des eczémas professionnels, et en particulier dans cette variété que l'on a désignée sous le nom de *gale des épiciers*. Localisation, défaut de symétrie, absence de généralisation, curabilité facile, tels sont, en effet, les caractères de l'eczéma *idiopathique*.

L'eczéma *symptomatique* se distinguera du précédent par la variété et la complexité des caractères qui lui sont propres, variété et complexité dont la raison d'être réside dans la diversité des causes qui peuvent amener son développement. L'eczéma *parasitaire*, par exemple, se distinguera facilement de l'eczéma de nature *herpétique*, et ce dernier offrira lui-même des allures bien différentes de celles de l'eczéma de nature *scrofuleuse* ou de nature *arthritique*. L'origine parasitaire se reconnaîtra au siége de la maladie, à son mode de distribution, à sa coexistence avec d'autres lésions cutanées. Ainsi, dans l'eczéma symptomatique de la présence des *acares*, les vésicules, loin d'être distribuées au hasard, seront réparties au contraire en certains lieux d'élection, dans les espaces interdigitaux, au pli du poignet, à la paroi antérieure de l'abdomen ou sur les organes génitaux. De plus, elles sont mélangées à des lésions appartenant à des genres différents, à des papules de prurigo, à des pustules d'ecthyma.

L'eczéma *pédiculaire* se montrera dans les régions qui sont le siége préféré du parasite, c'est-à-dire dans les parties pourvues d'appendices pileux, sur le cuir chevelu, sur le triangle sus-pubien. S'agit-il de parasites végétaux, favus, tricophytie, mentagre, on verra également survenir l'eczéma comme manifestation directe de l'influence irritante exercée par ces parasites, ou comme complication fâcheuse d'affections développées antérieurement sous cette même influence. L'origine *diathésique* s'affirmera par l'ensemble des caractères qui relèvent de tel ou tel principe diathésique. Ainsi on reconnaîtra l'eczéma d'origine dartreuse à son étendue, à sa généralisation, à la symétrie souvent parfaite, à la longueur de sa durée, à la fréquence de ses récidives, à la vivacité et à la persistance des démangeaisons dont il s'accompagne, à la résistance qu'il présente vis-à-vis de l'action des moyens thérapeutiques.

L'eczéma *scrofuleux* se distinguera par sa prédilection marquée pour le jeune âge, par son siége habituel à la face et au cuir chevelu, par son indolence, par l'abondance de la sécrétion dont il s'accompagne, par l'engorgement des ganglions correspondants et par la coexistence d'autres manifestations scrofuleuses.

Enfin, l'eczéma *arthritique* se reconnaîtra à sa localisation, à sa prédilection pour la forme *nummulaire*, à sa coloration foncée, à l'absence de démangeaisons, à la fréquence de ses récidives.

Nous n'insisterons pas sur l'eczéma scrofuleux et sur l'eczéma arthritique, dont les caractères ne sont pas assez tranchés à nos yeux pour déterminer notre conviction, Mais nous insisterons particulièrement sur l'eczéma herpétique, qui est, de toutes les formes de l'eczéma, celles dont les caractères sont les plus décisifs et les mieux tranchés.

(*A suivre.*)

DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'ÉLECTRICITÉ (1)

par le docteur ALTHAUS (de Londres)
(traduction du docteur Darin).

Toutes les variétés de paralysie peuvent être améliorées par l'usage judicieux du courant constant, même quand elles proviennent de la présence dans l'économie d'un agent délétère tel que le plomb, ou d'un principe virulent comme celui de la syphilis ou de la diphthérie, ou qu'elles sont symptomatiques d'une altération des centres nerveux et des nerfs moteurs. Cependant le pronostic est toujours plus favorable dans les cas récents, chez les jeunes gens, et quand la lésion organique a peu d'importance que dans les conditions opposées.

Dans les *maladies spasmodiques*, l'électricité est loin d'avoir la même valeur que dans la paralysie, à la seule exception de la chorée et de la crampe des écrivains, où rien ne vaut le courant constant; mais ces cas réclament une longue persévérance dans le traitement. Dans le tétanos, ce moyen a donné quelques succès incontestables; cependant c'est une affection pour laquelle l'expérience est encore très-limitée. La production de l'anélectrotonus de la moelle paraissant très-rationnelle dans le tétanos, on peut toutefois y recourir sans hésitation.

Dire que les diverses formes de l'électricité sont utiles dans deux conditions en apparence aussi opposées que le sont l'*anesthésie* et l'*hyperesthésie*, c'est émettre une proposition à première vue singulière; mais ce paradoxe s'explique en partie par cette circonstance que l'on peut diminuer aussi bien qu'augmenter l'excitabilité nerveuse, *ad libitum*, selon que l'on détermine l'anélectrotonus ou le catélectrotonus et en partie, par ce fait thérapeutique que beaucoup de variétés d'hyperesthésie exigent un traitement stimulant plutôt qu'un déprimant. Les recherches du docteur Anstie sur la pathogénie de la névralgie ont jeté une grande lumière sur cette question, et amènent à conclure que le catelectrotonus peut être plus efficace dans le traitement de certaines formes de tic et de sciatique que l'anelectrotonus.

Dans l'*asphyxie* et la *syncope* produites par les inhalations chloroformiques, les vapeurs de charbon, l'opium, la submersion, etc., la faradisation des nerfs phréniques constitue une mesure prompte et excellente. Quand elle ne suffit pas, on peut recourir à la farado-puncture du cœur. Il faut alors avoir soin de faire pénétrer l'aiguille dans la pointe de l'organe, qui supporte parfaitement une blessure de ce genre. Le moyen d'atteindre cette partie consiste à enfoncer l'aiguille au milieu du cinquième espace intercostal gauche, à environ 4 centimètres du côté gauche du sternum. On évitera ainsi la plèvre gauche, les artères coronaires et la mammaire interne. La ponction doit se faire perpendiculairement et avoir 4 centimètres de profondeur, un peu plus chez les personnes grasses. On se gardera avec soin d'imprimer à l'aiguille des mouvements inutiles, surtout lorsqu'on la saisit au moment où l'action du cœur recommence. Cette aiguille se relie avec le pôle positif de l'appareil d'induction et l'on place une éponge mouillée, communiquant avec le pôle négatif, au creux de l'estomac ou sur le septième espace intercostal du côté gauche. Le courant doit être faible et ne passer que durant une seconde à la fois; après cette première application on l'interrompt pour recommencer d'une manière semblable. La faradisation des nerfs phréniques se pratique au cou, région où ces nerfs sont accessibles aux électrodes sur la face antérieure

(1) Fin. — Voir les numéros des 16, 23, 27 mars, 3 avril, 5 juin, 17 juillet, 5, 14, 28, 31 août, 2, 11, 18, 25, 28, 30 septembre, 23 et 30 octobre.

des muscles scalènes antérieurs. On presse fortement les éponges bien humides sur les points en question, pendant une ou deux secondes; le passage du courant provoque une respiration artificielle; le thorax se dilate et l'air se précipite avec force dans les poumons. Quant à l'expiration, on la facilite en comprimant le thorax ou les parois abdominales de bas en haut. On renouvelle alors l'application du faradisme aux nerfs phréniques pendant une seconde ou deux, que l'on fait suivre de nouveau d'une expiration mécanique. Il est encore utile de faradiser les nerfs moteurs des muscles qui agissent concurremment avec le diaphragme, c'est-à-dire les branches qui émanent des plexus cervical et brachial pour se rendre au trapèze, à l'élévateur de l'omoplate et au grand dentelé.

Dans la *maladie de Basedow* ou de *Graves*, dont les palpitations du cœur, l'hypertrophie du corps thyroïde et l'exophthalmie constituent les symptômes principaux, on a utilisé avec succès le procédé connu sous le nom de galvanisation du nerf sympathique cervical.

Dans l'*atrophie musculaire progressive*, l'*ataxie locomotrice* et la *paralysie labio-glosso-pharyngée*, la galvanisation des tissus malades paraît être le traitement le plus rationnel. Ces maladies sont rarement guéries, si tant est qu'elles le soient jamais, par l'électricité; mais on réussit généralement à en entraver la marche et à rendre l'existence des sujets beaucoup plus tolérable, surtout si l'on a recours au traitement au début de l'affection.

Dans le *rhumatisme* et la *goutte rhumatismale*, ainsi que dans certaines maladies des organes digestifs dues à l'atonie, la faradisation et la galvanisation peuvent être employées avec grande chance de succès. Dans la paralysie de la vessie, l'impuissance et la spermatorrhée, dans la métrite chronique et l'arrêt de la sécrétion lactée, on a souvent obtenu des résultats satisfaisants de l'emploi des deux genres de courant.

En *chirurgie*, le courant galvanique voit sans cesse s'agrandir son champ d'action. Les idées anciennes, relativement à la dissolution de la pierre dans la vessie au moyen de l'électricité, auxquelles un observateur même aussi pénétrant que le docteur Bence Jones attachait une certaine importance, sont depuis longtemps tombées dans l'obscurité d'où elles n'auraient jamais dû sortir; toutefois le cautère galvanique et l'électrolyse ont ouvert, pour certaines affections chirurgicales, des perspectives d'un traitement plus commode et plus efficace que celui que l'on pourrait obtenir par d'autres moyens. L'*écraseur* galvanique s'emploie principalement pour l'extirpation de la langue; et l'on se sert d'autres formes de cautère pour le nævus, l'épithélioma et autres productions semblables. L'électrolyse est évidemment le seul remède auquel on puisse recourir avec quelque chance de succès dans l'anévrysme intrathoracique; tandis que pour certaines variétés de tumeurs, telles que le nævus, les hydatides du foie, le lipome et le goître de forme kystique, elle paraît être supérieure à la plupart des autres plans de traitement. Elle constitue de beaucoup la médication la plus efficace contre les douleurs qui accompagnent les affections cancéreuses; elle est utile dans l'épithélioma et elle deviendra peut-être, avec le temps et grâce à des méthodes perfectionnées d'application, un remède important pour le traitement de quelques autres formes de cancer externe, surtout dans les cas de repullulation après excision.

En *obstétrique*, la faradisation rend service dans certains cas d'hémorrhagie *post partum* difficile à arrêter. Elle est incapable de provoquer par elle-même l'action de l'utérus, tandis qu'elle peut l'augmenter considérablement une fois que cette action a commencé.

Il y aurait beaucoup à dire sur le *charlatanisme en matière d'électricité*, qui est si prédominant aujourd'hui. Cependant une parole suffira, et c'est par elle que nous terminerons ces articles : « Méfiez-vous des annonces et de ceux qui pratiquent la galvanisation sans diplôme. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 novembre 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

1° M. le docteur Gellé adresse à l'Académie un pli cacheté (accepté).

2° M. Mégnin, vétérinaire de l'armée, adresse une lettre accompagnant l'envoi d'une note et d'une pièce anatomique relatives à l'existence d'une affection dartreuse sur la vache, exerçant une certaine influence sur la nutrition des os. (Commiss. : MM. Devergie, Bouley et Goubaux).

3° M. le docteur Calvy (de Toulon) adresse un mémoire sur trois cas de rage humaine (Commiss. : MM. Raynal, Devilliers et Bouley).

PRÉSENTATION

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Rinaldi, ex-chirurgien militaire, une brochure intitulée : *Essai d'une nouvelle classification des conjonctivites.*

ÉLECTIONS

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre correspondant national. La commission classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Bérenger-Feraud, médecin en chef de la marine.

En deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Berchon (de Paulhac), Dechaux (de Montluçon), Mignot (de Chantelle), Raimbert (de Châteaudun), Villemin (de Vichy).

Le nombre des votants est de 52, majorité 27.

M. Bérenger-Feraud obtient 32 suffrages; M. Raimbert, 6; M. Dechaux, 5; M. Berchon, 4; M. Villemin, 3; M. Mignot, 2.

En conséquence, M. Bérenger-Feraud ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé élu.

M. le Président rappelle qu'une place a été déclarée vacante dans la section de pathologie médicale et il déclare également une vacance dans la classe des académiciens libres, en remplacement de M. Husson. M. le président donne ensuite la parole à M. Roger pour la continuation de la lecture de son rapport sur la paracentèse cardiaque.

RAPPORT

M. Henri Roger termine la lecture de son rapport sur une observation de *ponction du péricarde*, par M. le docteur Chairou.

Après avoir rappelé quelques erreurs dans le diagnostic des grands épanchements du péricarde, commises par des médecins ou chirurgiens éminents, et avoir cité de nouveau des faits de paracentèse malheureux, après avoir examiné les indications de l'opération tirées de la quantité de l'épanchement péricardique, le rapporteur analyse celles qui ressortent de la nature du liquide, et il place à côté les contre-indications.

La ponction lui semble contre-indiquée dans les hydropisies actives du péricarde, dans les épanchements sanguins (qui sont d'ailleurs tout à fait exceptionnels), et enfin dans les collections purulentes quand elles sont liées à une infection générale. C'est surtout dans les vastes épanchements de la péricardite que l'intervention chirurgicale peut être opportune et salutaire (avec toutes les réserves que commande la gravité, même de la péricardite, en raison de ses nombreuses complications, soit aiguës (endocardite, myocardite, pleurésies, etc.), soit chroniques (affections organiques du cœur, surtout des poumons, fréquemment tuberculeux). C'est très-souvent

la tuberculose qui donne lieu aux vastes épanchements de la péricardite chronique et elle aggrave singulièrement la prognose ultérieure des épanchements, une fois la paracentèse pratiquée.

M. Roger se demande ensuite quel est le meilleur procédé opératoire pour assurer le succès de la paracentèse du péricarde. Il détermine d'abord le lieu d'élection, qui doit être le cinquième espace intercostal, dans un point intermédiaire entre le sternum et le mamelon, un peu plus près de ce dernier, en ayant soin d'ailleurs de se guider toujours d'après la pointe du cœur, lequel pourrait être déplacé et principalement abaissé par des adhérences; il montre combien, en dehors de ce point indiqué, il serait facile de léser avec le trocart les organes environnants; il prouve par des faits la fréquence des blessures du cœur, même avec des instruments capillaires, et du reste, ces faits eux-mêmes démontrent, ainsi que les expériences d'acupuncture, l'innocuité parfaite des piqûres cardiaques : dans aucun cas elles n'ont donné lieu à des accidents constatés.

Il va sans dire que la blessure des organes voisins du point où pénètre l'instrument sera d'autant moins fréquente et moins grave que cet instrument sera plus petit, et, sous ce rapport, les trocarts capillaires des récents appareils d'aspiration sont infiniment préférables aux anciens instruments, lesquels doivent être abandonnés.

Après avoir dit quelques mots des autres méthodes de paracentèse, trépanation préalable du sternum, incision des parties molles de l'espace intercostal, etc.; après avoir signalé la difficulté de l'évacuation du liquide après l'opération, la presque impossibilité des ponctions renouvelées aussi souvent que ce liquide se reproduit; les mêmes difficultés pour établir un système régulier de lavages et d'injections ayant pour but de modifier la séreuse du péricarde et de provoquer des adhérences qui, fermant la cavité du péricarde, font un mode de guérison provisoire, M. Roger recherche quelle est, en définitive, *la valeur thérapeutique de la paracentèse* dans les épanchements péricardiques.

L'opération trouve rarement son application par suite des complications concomitantes ou ultérieures de ces épanchements; elle est et sera toujours difficile, bien que ses difficultés soient notablement diminuées par l'emploi des instruments capillaires; elle est incomplète, c'est-à-dire qu'elle ne peut guère être répétée plusieurs fois, ni soutenue, comme dans la thoracocentèse, par des moyens accessoires; mais elle n'en est pas moins commandée dans certaines circonstances, et, par exemple, dans les grands épanchements aigus ou chroniques du rhumatisme, et aussi dans les épanchements chroniques dont la nature tuberculeuse n'est pas démontrée.

Une statistique de quatorze faits publiés donne beaucoup de morts et très-peu de guérisons (une seule complète), mais c'est que la maladie est elle-même excessivement grave, et l'on peut dire toujours mortelle quand elle se présente dans les conditions qui nécessitent la paracentèse.

Les cas ne sont pas rares où la péricardite guérit par le fait de l'évacuation du liquide, mais elle guérit avec adhérences généralisées, et cette symphyse cardiaque amènera plus tard une affection organique du cœur. Même terminaison fatale après un délai de quelque mois, quand la ponction aura été faite, avec un succès relatif, chez un tuberculeux qui succombe ensuite aux progrès de la diathèse.

L'opération, dit M. Roger, n'a point, sauf exceptions, de vertu curative; mais elle est formellement indiquée comme moyen palliatif et elle constitue parfois une ressource suprême.

Elle restera toujours une opération audacieuse (*audax facinus*, a dit Van Swieten); mais il est des circonstances critiques où le praticien a le devoir d'oser l'opération.

Le rapporteur propose à l'Académie de voter des remerciements à l'auteur de l'observation, M. le docteur Chairou, et de déposer honorablement son travail aux archives.

M. DEVERGIE propose de renvoyer le travail de M. Chairou au comité de publication.

Cette proposition, mise aux voix, n'est pas adoptée.

M. JULES GUÉRIN rappelle que lorsqu'il a fait connaître la méthode sous-cutanée, il a imaginé divers instruments qui ont été présentés depuis sous le nom d'inspirateurs. L'aiguille capillaire, entre autres, a été construite par Charrière, sur les indications de M. Jules Guérin, pour la ponction de l'œil.

M. ROGER est tout disposé à tenir compte de la large part qui revient à M. Jules Guérin dans cette question.

Les conclusions du rapport de M. H. Roger sont mises aux voix et adoptées.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les altérations de la vision et le service militaire. La parole est à M. Giraud-Teulon.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES TROUBLES DE LA VISION DANS LEURS RAPPORTS AVEC LE SERVICE MILITAIRE

M. GIRAUD-TEULON. L'argumentation de M. Legouest porte, sur mon initiative en cette affaire, un jugement qu'il me serait difficile de ne pas considérer comme tout au moins sévère. Notre collègue me reproche d'avoir jeté le doute, sans motifs sérieux, sur la valeur d'un document administratif qui doit servir de guide dans l'application de la loi sur le recrutement. C'est, dit-il, une grave imprudence.

En articulant ce jugement M. Legouest n'a pas songé qu'il est la reproduction stéréotypée de toutes les fins de non recevoir opposées depuis le commencement du siècle à toute critique d'un abus existant.

La mercuriale que vous avez entendue ne peut avoir de valeur réelle, ne peut trouver de base acceptable que dans une appréciation exacte des motifs de la critique reprochée. Quel ordre de motifs invoquer pour appuyer une critique et d'autre part par quels arguments les combattre, si ce n'est par des considérations scientifiques.

Mes motifs je les ai développés à satiété dans une communication précédente. Je ne les reproduirai donc pas. Cependant en passant en revue les arguments de notre collègue, il me sera permis de donner aux miens une forme plus intelligible.

Partant de mes propositions de réforme ou d'amendement dans les dispositions de l'instruction ministérielle relatives au degré de la myopie limite, au mode de sa détermination devant les conseils de santé, M. Legouest s'est exprimé en ces termes : (Ici M. Giraud-Teulon rapporte un passage de M. Legouest). Je ne m'appesantirai pas sur le jugement sommaire plus ou moins détestable porté par notre collègue en matière de philosophie scientifique générale et qui sert de liaison entre les deux parties extrêmes de cette déclaration.

L'exorde de cette déclaration nous dit que mes propositions ont été combattues et par M. Jules Guérin et par M. Perrin. Cette énonciation est absolument erronée. M. Jules Guérin ne s'est adressé qu'à mes théories relatives à la pathogénie de la myopie, ce qui est fort loin de l'objet qui préoccupe M. Legouest.

Et quant à M. Perrin, son opposition n'a point porté sur autre chose que sur le soupçon, qui le poursuivait, d'une velléité de ma part d'introduire l'élément soit civil, soit spécialiste de profession dans les conseils de révision. Mais aucune question doctrinale non plus que d'application, dans l'espèce, ne s'est ne s'est élevée entre nous.

De là, notre confrère, arguant des prétendus conflits qui divisent, suivant lui, les spécialistes, réclame pour le conseil de santé des armées pareil droit à soulever également son petit conflit à lui, à professer son opinion propre sur ces matières.

Quelle peut être cette opinion que M. Legouest a négligé de nous faire connaître.

Serait-elle l'ensemble de conceptions vagues et nébuleuses qui constituaient le bagage incohérent de la science en France, il y a quarante années? On pourrait le croire en s'arrêtant aux premières lignes du paragraphe que je viens de rappeler.

Cette opinion ne peut être non plus l'ensemble des doctrines professées au Val-de-Grâce. Ces doctrines, exposées tout au long dans le traité pratique, très-bien fait, de M. Perrin, sont comme les miennes, elles sont le contre-pied des vues de M. Jules Guérin. Citer M. Perrin ou moi-même, c'est chose identique. L'enseignement de M. Perrin, comme le mien, est l'expression fidèle des lois modernes de la vision, dérivées des mêmes sources de l'école d'Utrecht et de l'école d'Allemagne, et professées aujourd'hui partout.

(Ici M. Giraud-Teulon entre dans de longs détails pour montrer,

d'une part, les progrès importants qu'a faits l'oculistique dans ces derniers temps, et de l'autre, l'accord qui existe à cet égard entre M. Perrin et lui).

En demandant, ajoute-t-il, que cette question fut mise à l'étude, risquais-je donc de provoquer une agitation regrettable? Et la méthode surannée inscrite encore dans l'instruction pour la détermination du degré de myopie, est-ce là une des opinions propres du conseil de santé en matière d'accomodation? Est-ce aussi un objet sacré qu'il soit interdit de toucher sans grave imprudence?

L'argumentation de M. Legouest trop autoritaire pour avoir dû demeurer scientifique, se termine par une fin de non recevoir pure et simple. M. Legouest ne considère pas les règlements et les précédents de l'Académie comme autorisant la compagnie à prendre aucune initiative auprès du gouvernement.

Si cette manière de voir était combattue par quelque membre plus ancien que moi dans l'Académie, j'appuierais ce collègue de mon vote. Tout le monde sait, en effet, que l'Académie a été instituée pour donner des conseils au gouvernement; soixante années d'expérience, de modération constante, la haute influence que ses délibérations lui ont depuis longtemps acquise, la distinction qu'elle jette sur ses membres, enfin les lumières que seule elle réunit en tant de branches de la science, me paraissent lui avoir acquis le droit de vœu que la loi ne refuse pas au moindre conseil général.

Jusqu'à ce que la compagnie ait pris une décision à ce sujet, il convient donc que j'ajourne une demande de vote sur les conclusions de mon travail.

M. MAURICE PERRIN ne veut pas rentrer de nouveau dans la discussion; mais il croit nécessaire de reconstituer le rôle de chacun; or il désirerait que M. Giraud-Teulon voulût bien reconnaître que toutes les propositions qu'il a émises dans son travail ont été posées, résolues et enseignées, par lui, M. Perrin, depuis dix ans, sont toutes consignées dans son livre et ont été sanctionnées récemment par le Congrès de Bruxelles, sauf pour deux points de détails qui sont les suivants : M. Perrin avait proposé comme limite minimum de la myopie, la myopie 6; le Congrès de Bruxelles s'est arrêté à la myopie 7. Au lieu de un quart, comme minimum d'acuité visuelle, qu'avait proposé M. Perrin, le Congrès de Bruxelles a divisé l'amblyopie en deux espèces distinctes: celle qui est due à une opacité de la cornée, par exemple, et pour laquelle le Congrès a admis le minimum un quart et celle qui est due aux affections intra-oculaires et pour laquelle le Congrès a admis entre deux cinquièmes et un quart.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 2 novembre 1875, sont nommés élèves à l'école normale supérieure (section des sciences).

MM. Parmentier, Chauveau, Wallon, Martinet, Lefrançois, Hilaire, Kintzmann, Rebuffel, Barbarin et Defait.

— Nous avons annoncé qu'une réunion des professeurs de la Faculté de médecine avait eu lieu le 28 octobre, à l'effet de savoir lequel de MM. Gavarret ou Vulpian serait présenté comme doyen de l'École, à la ratification du ministre. Pendant la délibération, une lettre du ministre de l'instruction publique est parvenue à M. Wurtz, avec prière de la communiquer à ses collègues.

Cette lettre demandait la nomination d'une commission chargée d'examiner un projet d'après lequel l'École de médecine serait régie par un doyen et deux vice-doyens. Le premier vice-doyen serait chargé de la direction des études, le second de l'administration générale. Cette nouvelle organisation, proposée par le ministre, n'a pas laissé que de troubler les professeurs.

La Faculté a nommé deux commissions : l'une composée de MM. Béclard, Lasègue, Gosselin et Broca, doit déterminer la répartition des attributions du doyen et de ses deux assesseurs; l'autre composée de MM. Broca, Charcot, Dolbeau, Gavarret, Sappey et Chauffard, s'occupera des cours libres de l'École pratique, dont l'autorisation émanera désormais de la Faculté et non plus du ministre.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires. — 1. MM. Badolle, Petit, Soller, Leprêtre, Hyvernat, Bouzol, Redon, Édouard, Rochat, Bernay.

11. Faizant, Bernard, Lavis, Baillet, Charvet, Blanc, Mathieu, Chapuis, Coulomb, Cassin.

21. Loup, Semideï, Quantin, Rouvier et Arnal.

Externes suppléants : MM. Auboyer, Brottet, Dauzat, Dufour, Lefèvre, Loison, Moulin, Beraud, Métral et Levêque.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Nicolas, médecin de l'hôpital de Vichy. M. Nicolas était âgé de soixante-deux ans.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2,095	2.218	2.145	2,050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.268	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0 024	0 010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux........................		
Chlorure de sodium..................		
Matières organiques.................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Silphium cyrenaïcum

Expérimenté par le docteur **LAVAL**, avec le plus grand succès, dans le traitement de la **phthisie** pulmonaire à tous les degrés, de la phthisie laryngée et dans toutes les affections de la poitrine et de la gorge.

Importé et préparé par DERODE et DEFFÈS, pharmaciens de 1re classe.

PRIX DES PRÉPARATIONS :

Granules jaunes à 5 cent., le flac. de 60. 5 fr. »
Granules roses à 25 millig., 4 »
Teinture, en flacons de 2 fr. 50, 4 fr. et 6 »
Poudre de silphium, la boîte........... 3 »
MAISON DE VENTE : 2, RUE DROUOT, PARIS.

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste au Havre

LE FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide et par conséquent se présentant dans les meilleures conditions d'absorption; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux, qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac, et qu'il ne noircit pas les dents. — Le flacon : 5 francs. — *Dépôt à Paris :* Pharmacie Vial, 20, rue de Châteaudun, où se trouvent aussi le **Sirop de Fer dialysé Bravais** et les **Pilules de Fer dialysé Bravais**. — *Vente en gros, exportation :* J. P. LAROZE et Cie, 2, r. des Lions-St-Paul, Paris.

TRAITEMENT

DES MALADIES CONSOMPTIVES

par la **Musculine Guichon** et les **Potions alcooliques** graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser *au F. Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars* (*Ain*), et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

Liqueur de Carrié au tartrate

ferrico-potassico-ammoniaque.

La LIQUEUR DE CARRIÉ est la meilleure des préparations ferrugineuses pour combattre la **chlorose**, les migraines, les gastralgies. Toutes les fois que le sang a besoin de fer, cette liqueur doit avoir la préférence sur les autres ferrugineux, elle réussit mieux, l'estomac la supporte plus facilement et elle ne provoque **jamais de constipation.** — Le flacon, 3 francs, 38, rue de Bondy, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

A la même pharmacie, le **carton anti-asthmatique** de *Carrié*, la meilleure préparation connue jusqu'à ce jour. La preuve la plus frappante de son efficacité, c'est qu'elle a été admise à la page 653 du Codex de 1866, publié par ordre du gouvernement. — La boîte : 5 francs.

Eau anti-hémorrhagique de

TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur Bouchardat, par MM. Frémy, Monod Ricord, médecins des hôpitaux; MM. Pourtalès, Riégé, etc.), pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris : pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. Faivre, place des Terreaux, 9. — Bruxelles, pharmacie Dupuy, montagne de la Cour.

VIN MARIANI

à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques.
5 francs la bouteille.
Mariani, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

SOLUTION COIRRE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX

24, r. du Regard, Paris, et pharmacies

SIROP et VIN

Pour les personnes qui ne doivent pas en faire un long usage.

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

AU QUINQUINA, PYROPHOSPHATE DE FER

Oranges amères et malaga

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.
Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Pilules de Blancard, approuvées

par l'Académie de médecine de Paris.

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Blancard

Se trouvent dans toutes les pharmacies. *Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

Sirop Lagnoux

Au valérianate de caféine,

expérimenté dans les hôpitaux; spécial contre la coqueluche et l'asthme nerveux.

Pharmacie **LAGNOUX** 57, rue du Cherche-Midi, Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies.

PRIX : 5 FRANCS LE FLACON.

Thérapeutique des affections rhumatismales.

Baume à l'huile concrète de

LAURIER D'ARABIE contre la goutte, les rhumatismes, les douleurs, les névralgies, etc. (AL-GHAR DU Dr ALI.) — Lorsqu'on frotte avec ce baume la partie malade, il s'y développe bientôt une très-vive chaleur, mais qui ne produit aucune irritation de la peau, contrairement aux autres produits qui enflamment généralement les parties sur lesquelles on les applique et ne soulagent momentanément qu'en substituant une douleur à une autre.

Ph. Mariani, 41, bd Haussmann, et princ. pharm.

TAMAR INDIEN

GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant

contre **CONSTIPATION**, **Hémorrhoïdes**, la **Migraine**, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.
Ph. GRILLON, 25, r. Grammont. Paris. Bte 2 fr. 50.

VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE

de Ad. CARPENTIER, pharmacien, à Paris

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. Le flacon, 3 fr. 61, Boulevard Malesherbes et toutes les pharmacies.

DIGITALINE CRISTALLISÉE

PRINCIPE PUR, DÉFINI DE LA DIGITALE.

Découvert par A. NATIVELLE Pharmacien

Prix Orfila de 6,000 francs

Décerné par l'ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 19 mars 1872

Se prescrit en **Granules** et en **Sirop**. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — dans toutes les pharmacies. — Détail : rue Coquillière, 25. — Gros : rue de la Perle, 11.

KOUMYS-EDWARD

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

14, rue de Provence, à Paris.
Expéditions en province.

N° 130. — SAMEDI 6 NOVEMBRE 1875. 48e ANNÉE. SAMEDI 6 NOVEMBRE 1875. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Reprise des cours de clinique.

Cette semaine a vu commencer les cours de clinique du quartier d'hiver. Toujours le premier arrivé au devoir et le dernier sorti, M. Gosselin a commencé hier jeudi son cours de clinique chirurgicale de la Charité où, en même temps qu'il rappelle le souvenir de sage modération de ses illustres devanciers, ainsi que le rappelait récemment un de ses collègues de l'Académie, il en maintient aussi les traditions de zèle et d'exactitude. Sans discours ni précaution oratoire, M. Gosselin est entré *de plano* dans le vif de son sujet, passant en revue les cas intéressants ou instructifs que renferme en ce moment son service.

Parmi les cas dont il a entretenu son auditoire, deux ont particulièrement fixé notre attention par leur intérêt propre d'abord, et puis par l'intérêt qui ressort de leur parallèle, lequel a donné l'occasion au professeur de montrer, en même temps que les ressemblances qui semblent les rapprocher au premier abord, les différences essentielles qui les séparent. Il s'agit, dans le premier, d'une encéphalocèle, et, dans le second, d'un anévrysme cirsoïde du cuir chevelu. Un mot seulement en passant sur ces deux faits :

Encéphalocèle

Un homme entré ces jours derniers à l'hôpital pour une affection légère, étrangère au fait principal qui va nous occuper, une procidence hémorrhoïdale, frappe tout d'abord l'attention de l'observateur par l'aspect bizarre que donne à sa physionomie un vice congénital de conformation du crâne et de la face. Son front est déformé et il présente une petite tumeur ou saillie irrégulière dans le grand angle de l'œil gauche. Cette tumeur est constituée partie par une hyperostose de la lèvre antérieure de la gouttière lacrymale, partie par une portion molle, fluctuante, dépressible, en partie réductible, et qui, par une pression légère, permet de percevoir des battements faibles, mais réguliers et isochrones aux battements artériels, et dans laquelle, enfin, l'auscultation fait entendre un bruit de souffle avec renforcement. A ces signes il serait difficile, au premier abord, de se prononcer sur la nature de cette tumeur, l'esprit hésitant entre deux hypothèses à peu près également probables, celle d'une tumeur sanguine, anévrysme cirsoïde, par exemple, ou d'une encéphalocèle.

Disons tout de suite que le diagnostic a été fait déjà, et d'une manière certaine, il y a longtemps, par M. Gosselin lui-même. Voici dans quelle circonstance :

Cet homme, qui a aujourd'hui vingt-trois ans, a été déjà vu par M. Gosselin, il y a de cela quatorze ans. Il avait alors neuf ans.

L'hésitation que l'on pourrait avoir encore aujourd'hui à se prononcer à première vue sur la nature de cette tumeur, M. Gosselin l'avait eue aussi à cette époque. En balançant les signes d'une encéphalocèle et ceux d'une tumeur artérielle, la double considération de l'absence d'accidents cérébraux par la réduction et surtout le bruit de souffle, analogue à celui que l'on entendait dans la carotide, il inclinait plutôt pour la tumeur artérielle. Pensant qu'en tout état de cause une ponction exploratrice avec le petit trocart d'une seringue Pravaz ne pourrait avoir d'inconvénient sérieux, M. Gosselin se détermina à la tenter, sous la réserve de faire immédiatement une injection de perchlorure de fer si l'exploration venait à démontrer que l'on eût affaire à une tumeur sanguine et de s'abstenir, dans le cas contraire.

La ponction ayant donné issue à quelques gouttes d'un liquide aqueux, transparent, limpide, dans lequel l'analyse fit reconnaître plus tard la présence d'albumine et de chlorure de sodium, la question de diagnostic était résolue. On avait affaire à une encéphalocèle. On dût, en conséquence, se borner à recouvrir la petite piqûre et à exercer une légère compression. La ponction n'eut aucun résultat fâcheux. Oncques n'a-t-on touché depuis à cette tumeur ; et, comme on l'a vu plus haut, c'est pour une toute autre lésion que le malade est entré à l'hôpital. Nous avons cru néanmoins qu'il serait intéressant de reproduire cette partie épisodique de l'histoire de ce malade, qui nous présente un exemple assez rare, sous le double point de vue du siége de la tumeur, dans la région orbitaire, et de la survivance du sujet à une encéphalocèle congénitale.

Un dernier point important, au point de vue du diagnostic, sur lequel M. Gosselin a appelé l'attention, est celui qui est relatif à la perception du bruit de souffle dans la tumeur. Nous avons dit que c'était précisément ce bruit de souffle isochrone aux battements, qui, il y a quatorze ans, avait fait pencher M. Gosselin vers le diagnostic d'une tumeur artérielle. On ne connaissait pas encore, à cette époque, le fait d'auscultation

signalé depuis par M. H. Roger, c'est-à-dire l'existence du bruit de souffle isochrone aux battements de la masse encéphalique perçu à travers les fontanelles, chez les jeunes enfants. La connaissance de ce fait peut empêcher à l'avenir le diagnostic de s'égarer dans des circonstances analogues.

— Un deuxième malade sur lequel M. Gosselin a présenté quelques considérations cliniques également intéressantes, est atteint d'un anévrysme cirsoïde de la région temporale. Le rapprochement avec le malade précédent lui donnait un intérêt de plus. Mais l'espace nous manque aujourd'hui pour en entretenir nos lecteurs. Nous y reviendrons.

Ectopie rénale, lithiase et abcès hépatiques.

Lorsque nous avons entretenu récemment nos lecteurs (voir *Revue clinique* du 2 octobre), et d'une manière très-succincte d'un fait d'ectopie rénale chez une femme récemment accouchée, sur lequel M. Liouville avait bien voulu appeler notre attention, nous avions pris la précaution de faire tout à la fois nos réserves sur les points de l'origine et de la nature réelle des phénomènes hépatiques déjà sérieux que présentait à cette époque la malade, ainsi que sur le pronostic de l'affection complexe dont elle était atteinte, nous engageant d'ailleurs à en faire connaître l'issue, quelle qu'elle put être.

Cette issue a été fatale ainsi que l'avait prévu M. Liouville, d'après la marche même des phénomènes, la persistance d'un état fébrile rémittent, et le dépérissement rapidement croissant de la malade, dont les fonctions digestives et d'assimilation étaient depuis quelque temps profondément troublées. Elle a permis de se rendre un compte exact, par l'examen nécroscopique, de ce qui s'est passé chez cette femme et de la part relativement très-secondaire qui revenait en réalité à l'ectopie rénale dans la succession des accidents qui ont amené la mort.

Mais avant d'exposer les résultats de l'autopsie et d'en tirer les quelques enseignements utiles qu'elle renferme, nous allons reprendre et compléter l'histoire de cette malade, d'après la relation très-complète que MM. Liouville et Straus, viennent de publier dans le dernier fascicule des *Archives générales de médecine.*

A l'époque où nous avons parlé de cette malade, les accidents péritonitiques étaient déjà très-amoindris, mais l'ictère s'accusait de plus en plus, et après la face, il envahissait le tronc et les membres et se montrait partout très-intense. La malade était en proie à des accès fébriles quotidiens s'annonçant par des frissons, et à des accidents gastriques assez graves, sensation douloureuse au niveau de l'appendice xiphoïde, encore un peu de ballonnement du ventre, vomissements, nausées, selles diarrhéiques, mais complétement décolorées, soif vive, sécheresse à la gorge, langue rouge, dépouillée, etc.

Vers le 15 ou 16 du mois de septembre, l'ictère était devenu extrêmement foncé, la faiblesse était extrême, la diarrhée persistante, toujours décolorée, les urines fortement pigmentées; les vomissements avaient cessé; commencement d'eschare au sacrum.

Le 18, l'ictère diminuait, les selles étaient redevenues colorées.

Les jours suivants l'ictère tendait à se dissiper lentement, les selles toujours diarrhéiques étaient colorées normalement. L'urine ne contenait plus que des traces de matière colorante; mais la faiblesse était extrême, la voix cassée, l'amaigrissement arrivé à son extrême limite, le pouls faible, misérable, fréquent. (Ce sont ces dernières circonstances réunies qui firent abandonner par MM. Liouville et Straus leur premier diagnostic). Bref, ce dernier état s'aggravant de jour en jour, la malade succomba le 10 octobre.

Voici maintenant ce que l'autopsie a révélé. Nous ne nous arrêterons que sur les deux points essentiels, l'ectopie rénale et l'état du foie et de ses annexes, négligeant ou nous bornant à résumer les autres points qui n'ont qu'un intérêt secondaire, tels que les traces d'une péritonite partielle dont l'existence n'avait pas été douteuse pendant la vie.

On n'a trouvé à sa place normale ni le rein droit, — ce qui était prévu, — ni le rein gauche, — ce qui l'était moins. Mais, au niveau de la deuxième et de la troisième vertèbre lombaire, sur la ligne médiane, on a trouvé un rein unique (les deux n'en faisant qu'un) disposé en fer à cheval à concavité supérieure. La fusion des deux reins était complète, aucune ligne de démarcation ne les faisait distinguer l'un de l'autre.

L'extrémité supérieure droite montante du fer à cheval se trouvait en rapport avec le hile du foie, adhérant au tissu conjonctif épaissi et enflammé qui l'englobait à ce niveau avec le paquet des vaisseaux et des conduits biliaires. Cette portion du rein conservait toutefois, une certaine mobilité n'étant maintenue que par des brides fibreuses lâches. C'était là la portion de la tumeur que l'on sentait pendant la vie de la malade et qui avait été prise pour le rein droit mobilisé. L'erreur n'était pas grande, comme on le voit.

Nous passons sur quelques détails des dispositions anatomiques de ce rein double et de ses annexes, qui n'ont au point de vue clinique, qui nous occupe principalement, qu'un intérêt secondaire.

C'est sur le foie que devait se porter surtout l'attention. Le foie dont la capsule adhérait de tous côtés au diaphragme et aux viscères voisins était un peu diminué de volume; il présentait à l'extérieur un aspect jaune rougeâtre très-prononcé; sa consistance était molle, pâteuse; les espaces des acini étaient pâles, jaunâtres, d'apparence stéateuse. Çà et là à la surface de l'organe, on constatait des saillies molles autour desquelles le tissu hépatique était hypérémié et la capsule épaissie. A la coupe, la surface légèrement tomenteuse, présente un grand nombre de points jaune verdâtre. Dans les uns le tissu hépatique a conservé encore sa fermeté, tandis que les autres contiennent un liquide puriforme dans lequel nagent de nombreux petits calculs biliaires formant sable.

Enfin, outre une énorme quantité de gouttelettes graisseuses un examen plus minutieux révèle une lésion avancée des cellules hépatiques déformées, remplies de graisse et de pigment biliaire.

La vésicule biliaire était notablement distendue, ainsi que les canaux cystique et cholédoque, qui, examinés en place, paraissaient déjà notablement distendus. Le canal cholédoque, notamment, offrait un calibre plus grand que le petit doigt. La muqueuse qui tapisse ces conduits était le siége d'une inflammation manifeste, très-hypérémiée et ecchymosée.

La muqueuse de revêtement de la vésicule biliaire présentait les mêmes altérations; on y trouva logé dans une de ses anfractuosités et comme enchatonné un calcul biliaire, noirâtre, à la surface rugeuse,

Les voies biliaires intra-hépatiques, dilatées et enflammées, se continuaient en certains points avec les petits abcès biliaires disséminés dans l'organe.

Cette autopsie donne une explication complète de tout ce qui s'est passé chez cette malade, elle explique les erreurs que l'on a pu commettre et rectifie l'interprétation des phénomènes constatés pendant la vie.

Rien de plus naturel qu'on ait pu croire tout d'abord à

l'existence d'un déplacement du rein droit par la présence d'une part, dans l'hypocondre droit, de la tumeur formée par une portion du rein unique constatée à l'autopsie et, d'autre part, à raison de l'accouchement récent de cette femme, l'une des causes communes de cette sorte de migration.

D'un autre côté, la situation de la tumeur rénale immédiatement au-dessous du hile du foie était bien faite pour faire admettre que c'était probablement là la cause de l'ictère et des quelques phénomènes morbides observés du côté de cet organe. Cette pensée avait été confirmée dans notre esprit par les quelques exemples analogues que nos recherches bibliographiques nous avaient fait trouver.

C'était aussi l'idée à laquelle avaient paru s'arrêter MM. Liouville et Straus, jusqu'au moment où un changement survenu, dans l'état de la malade et dont nous n'avons pas été témoin, est venu les obliger à modifier cette manière de voir. Ce changement, c'est le retour spontané des matières colorantes de la bile dans les déjections, qui ne pouvait plus s'arranger de cette première explication.

Il fallut dès lors en chercher une autre explication et ce fut alors que MM. Liouville et Straus songèrent à l'ictère grave ou atrophie jaune aiguë du foie, malgré l'absence de quelques uns des symptômes de cette affection. Et en résumé, c'est à cette dernière hypothèse que l'autopsie est venue donner raison, en démontrant :

1° Que la tumeur constatée dans l'hypochondre droit, due à une ectopie congénitale du rein et non comme on l'avait présumé à un déplacement récent, était étrangère ici à l'ictère et aux autres phénomènes morbides du foie.

2° Que les lésions constatées dans le foie, les abcès biliaires, la dilatation et l'érosion des voies biliaires, la présence de sable dans les petits abcès et celle d'un calcul dans la vésicule, étaient le fait d'une lithiase biliaire; et que les nombreux abcès disséminés dans le parenchyme hépatique expliquent les phénomènes fébriles constatés dans l'observation; enfin que ceux de ces abcès qui étaient placés superficiellement ont probablement été l'occasion de la péritonite circonscrite, signalée à une certaine phase de la maladie, en propageant l'inflammation à la séreuse d'enveloppe.

Ce fait soulève, enfin, une question qu'il nous reste à examiner, celle du caractère des accès fébriles symptomatiques de l'angiocholite suppurative calculeuse et de leur diagnostic différentiel.

De l'état fébrile intermittent dans la lithiase biliaire et de l'angiocholite suppurative celluleuse.

La lithiase biliaire donne assez souvent lieu à des accès de fièvre analogues à ceux de la fièvre intermittente. Voici sur les caractères de cet état fébrile le résumé des observations très-importantes qui ont été recueillies par M. le docteur Jules Magnin dans divers services des hôpitaux, notamment dans l'hospice des ménages et publié dans sa dissertation inaugurale de 1869.

Dans quelques cas, on observe un frisson très-intense allant jusqu'au tremblement de tout le corps et s'accompagnant d'une élévation de la température centrale, qui peut aller jusqu'à 42°,5. En même temps, tout le corps du malade est froid, ses lèvres sont cyanosées, son teint livide, et le pouls s'élève jusqu'à 120 pulsations.

Tantôt des frissons intenses suivis de chaleur, rarement de sueurs, accompagnent les autres accidents de la colique hépatique. Ces frissons se répètent à chaque accès et sont précédés d'une vive douleur dans l'hypochondre droit, vomissements, urines colorées par la bile, selles argileuses, ictère, en un mot de tous les symptômes de l'obstruction des voies biliaires.

Tantôt ce frisson se répète d'une manière plus ou moins régulière et simule tout à fait une fièvre intermittente, d'autant plus que, dans les cas de ce genre, l'ictère et la plupart des symptômes d'affection du foie font souvent défaut.

D'autres fois, enfin, la colique hépatique avorte presque complétement, et le seul symptôme qu'on observe se borne à un frisson. Dans ces cas, toutes les manifestations de la lithiase biliaire font défaut, la douleur elle-même n'existe pas, et on comprend alors toute l'importance que peuvent avoir ces frissons, seuls indices de la présence des calculs dans les voies biliaires.

Dans un cas, un frisson intense se manifeste, suivi bientôt d'une sensation de chaleur extrême avec élévation de la température centrale, bien que le corps soit algide, puis tout cesse, sans qu'on puisse observer la moindre douleur dans la région du foie.

D'autres fois, un frisson se déclare, puis les autres accidents avortent; quelques jours après, une douleur vive à l'hypochondre droit survient seule, sans frisson.

Dans d'autres cas, la douleur accompagne le frisson et alterne avec lui; enfin un accès de colique hépatique bien caractérisée dans toutes ses phases se déclare, et alors il n'est plus permis de douter.

Ces diverses modifications morbides peuvent se présenter chez le même individu. Ainsi on peut observer un jour un frisson, une autre fois une simple douleur dans l'hypochondre droit, d'autres fois, enfin, un véritable accès de colique hépatique; et dans tous ces cas, ce sont les calculs dans les conduits biliaires qui sont le point de départ de ces accidents variés.

— L'angiocholite suppurative calculeuse, dont la malade qui a fait le sujet du précédent article nous a présenté un remarquable exemple, se caractérise également par des accidents de fièvre intermittente, à accès rapprochés ou éloignés (Ils étaient rapprochés chez cette malade).

L'accès de fièvre est, en général, marqué par les trois stades habituels. Ils commencent, en général, le soir ou dans la nuit. D'ordinaire, ces accès sont à longue période et se reproduisent à cinq, sept, huit jours d'intervalle, ce qui les distingue des accès de fièvre intermittente commune.

Au début de l'angiocholite, les accès de fièvre sont séparés par une apyrexie complète, et les phénomènes d'obstruction des voies biliaires, tels que la douleur à l'hypochondre droit, l'ictère, la décoloration des selles, peuvent présenter de grandes variations dans leur intensité. La maladie peut rester stationnaire un certain temps, mais bientôt la fièvre, d'intermittente qu'elle était, devient continue. — C'est ce qui a eu lieu chez notre malade.

Sans vouloir entrer ici, avec M. Magnin, dans l'interprétation physiologique de ces phénomènes, et en particulier de la fièvre pseudo-intermittente, nous nous bornerons à constater qu'il accepte comme la plus probable l'hypothèse de l'intoxication par les produits de métamorphoses constitués par le mélange du pus et de la bile circulant dans les ramifications des canaux biliaires. On sait que c'est à cette opinion que s'est rangé son maître, M. Charcot, dans les leçons qu'il a faites il y quelques années sur ce sujet à la Salpêtrière. Le point essentiel, comme le dit sagement notre confrère, est de constater et de reconnaître la relation qui existe entre ces deux ordres de faits, et de s'en servir au point de vue du diagnostic. Dr Brochin.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DE L'AUGMENTATION DE LA PRESSION ATMOSPHÉRIQUE.

Par le docteur J. C. T. PRAVAZ (1).

Placé par les circonstances dans des conditions favorables pour étudier cette intéressante question, M. J. C. T. Pravaz a cherché dans ce travail à élucider, autant qu'il était en son pouvoir, ce qui a trait aux effets physiologiques de l'air comprimé en ce qui concerne surtout son action sur le mouvement nutritif.

« L'extrême complexité du sujet, dit l'auteur, la difficulté inhérente à toutes les recherches physiologiques de se placer toujours dans des conditions rigoureusement comparables, exigeraient, pour arriver à la solution complète de tous les problèmes physiologiques que renferme une question aussi vaste, des expériences plus longues et plus multipliées que celles auxquelles j'ai pu me livrer. Mais, tels qu'ils sont, les résultats que j'ai obtenus m'ont paru offrir quelque intérêt et pouvoir servir de jalon à des travaux plus étendus. »

Voici le résumé et les conclusions de ces recherches :

En considérant l'ensemble des modifications imprimées à la nutrition par l'augmentation de la pression atmosphérique, on voit, comme le démontrent les faits exposés dans ce travail, l'activité des combustions organiques croître d'abord parallèlement d'une manière absolue, pour diminuer relativement, puis absolument, à mesure que le séjour dans l'air comprimé augmente de durée, ou que la pression dépasse une certaine limite, tout en se maintenant en général au-dessus de ce qu'elle est à l'air libre, si l'augmentation de la pression est inférieure à une atmosphère.

On peut s'expliquer l'augmentation absolue de la production de l'urée et de l'acide carbonique d'une part et de la température de l'autre, par ce fait que, chez les sujets plongés dans une atmosphère plus riche en oxygène sous le même volume, l'organisme se trouve dans un état d'hyperoxhémie, la quantité de ce gaz dissous dans le sérum du sang étant plus considérable qu'à la pression normale, d'où résulte une oxydation plus active de l'hématoglobuline; mais il est plus difficile de se rendre compte de l'abaissement relatif et pouvant même devenir absolu, qui se produit dans l'énergie des combustions organiques si le sujet prolonge son séjour dans l'air comprimé ou si l'on exagère la pression.

Deux hypothèses peuvent être mises en présence. Dans la première, l'excès d'oxygène introduit dans le sang produirait, pendant les premiers instants de séjour dans l'appareil, une suractivité des combustions organiques qui se traduirait audehors par l'augmentation de la quantité d'urée sécrétée et d'acide carbonique exhalé, d'où l'élévation de la température et, par suite, l'accélération du pouls que l'on remarque au début. Les matériaux en imminence de transformation seraient brûlés les premiers, la production de l'urée et, par suite, de la chaleur, diminuerait également à mesure que le séjour dans l'appareil se prolongerait, malgré l'afflux de l'élément comburant, et cette diminution amènerait à son tour l'abaissement de la température et le ralentissement du pouls.

Enfin, l'abaissement brusque que l'on remarque, après la sortie de l'appareil, dans la production de l'urée, serait dû à la fois à la diminution des matériaux combustibles dont la dépense aurait été plus grande et au moindre afflux de l'élément comburant par le retour à l'air libre.

(1) Grand in-8°. — 1875. — G. Masson.

Cette théorie peut rendre compte d'un certain nombre de faits, mais elle n'explique pas la diminution de l'énergie des combustions à mesure que la pression augmente.

Il faut donc chercher ailleurs la solution du problème, et voici l'explication qui a paru la plus satisfaisante à M. Pravaz.

On sait que toutes les causes qui produisent l'accélération ou le ralentissement de la circulation amènent parallèlement l'augmentation ou la diminution de l'activité de la nutrition. Or l'élévation de la pression atmosphérique, en augmentant la tension artérielle, ralentit la circulation, et ce ralentissement est d'autant plus marqué que la durée du séjour dans l'air comprimé est plus longue ou que la pression est plus forte.

On est donc conduit à penser que, chez les sujets plongés dans l'air comprimé, il s'établit un antagonisme entre l'action comburante de l'oxygène introduit dans le sang en plus grande quantité et l'action mécanique de la pression, qui tend, au contraire, en ralentissant la circulation, à diminuer en même temps l'énergie des combustions organiques. Les variations que l'on observe dans la production de l'urée et de l'acide carbonique, puis consécutivement dans la calorification, seraient donc dues aux variations de la résultante de ces deux actions contraires. Dans les premiers instants de séjour dans l'appareil, l'élément suroxygénation l'emporterait, puis, sous l'influence de la durée du séjour, d'une part, du degré de pression de l'autre, le travail du cœur étant plus considérable, par suite de l'augmentation de la tension artérielle, la circulation et, par suite, l'activité des actes nutritifs iraient en se ralentissant.

Quant à l'abaissement du chiffre de l'urée qui suit la sortie de l'appareil, en M. Pravaz trouve l'explication rationnelle, d'une part, dans la diminution de l'oxygène contenu dans le sang au moment du retour à l'air libre, et, de l'autre, dans cette circonstance signalée dans le cours de ce travail, que le pouls, après une legère élévation au moment même de la décompression, ne reprend pas immédiatement sa fréquence et son amplitude, ce qui entraîne nécessairement, pendant quelque temps encore, après la sortie de l'appareil, un ralentissement de la circulation capillaire et consécutivement de la nutrition, d'où les variations que l'on remarque dans la quantité d'urée produite en vingt-quatre heures suivant que la circulation met plus ou moins de temps à recouvrer son activité normale.

Voici les conclusions de cette intéressante étude :

Si l'on envisage à un point de vue général les effets de l'augmentation de la pression atmosphérique sur l'économie animale, on est conduit à distinguer dans l'action qu'exerce l'air comprimé deux éléments, l'élément pression et l'élément suroxygénation.

De l'élément pression ou mécanique relèvent principalement les modifications qui se produisent dans le rhythme et l'amplitude de la respiration.

Les modifications éprouvées par la circulation et la nutrition sont la résultante du conflit qui s'établit entre l'élément suroxygènation et l'élément pression, le premier tendant, par la suractivité qu'il donne aux phénomènes chimiques qui se passent dans les tissus, à augmenter la production de l'urée et de l'acide carbonique, d'où l'élévation de la température et, consécutivement, l'accélération des battements du cœur qui se remarquent dans les premiers instants de séjour dans une atmosphère plus dense; le second tendant, au contraire, par les modifications qu'il apporte dans les conditions physiques du cours du sang et par l'augmentation de la tension artérielle qui en résulte, à jouer le rôle de modérateur en diminuant,

par le ralentissement consécutif de la circulation, la rapidité des combustions organiques et la production de la chaleur en raison de la durée du séjour dans l'air comprimé et de l'élévation de la pression. On voit donc ici un nouvel exemple de cette harmonie des fonctions dont Lavoisier a dit : « C'est une chose vraiment admirable que ce résultat de forces continuellement variables et continuellement en équilibre, qui s'observent à chaque pas dans l'économie animale et qui permettent à l'individu de se prêter à toutes les conditions où le hasard le place. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 novembre 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine et plusieurs mémoires : deux destinés aux concours des prix Gerdy et Laborie ; un autre, adressé par M. Otis, membre correspondant étranger, sur le transport des blessés. Ce mémoire est accompagné de planches. Le dernier est dû à M. Spillmann (de Milianah), membre correspondant, contenant une observation de contracture réflexe du bras gauche causée par une chute sur le coude, et guérie par le sulfate neutre d'atropine, et deux observations de résection de l'extrémité inférieure de la diaphyse humérale. Ces observations seront lues dans la prochaine séance et renvoyées au comité de publication.

RAPPORTS

M. Guyon fait un rapport verbal sur une demande adressée par M. Larrey, et revêtue de vingt deux signatures, à l'effet de conférer l'honorariat à M. Hermann père, membre correspondant, ancien doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg. M. Hermann est nommé membre honoraire par acclamation et à l'unanimité.

M. Desprès fait un rapport verbal sur plusieurs observations et luxations adressées par M. Bertin (de Gray) :

1° Luxation complète du coude en arrière, datant de vingt-sept jours, traitée par la flexion forcée ; 2° luxation complète du coude en dehors ; 3° luxation sous-coracoïdienne de l'humérus traitée par les procédés ordinaires ; 4° luxation du tibia en avant. (On n'a qu'un très-petit nombre d'observations de cette luxation. On observe plus souvent la fracture de la rotule ou de l'extrémité inférieure du fémur. Cette observation mérite d'être publiée.) 5° Luxation incomplète de l'astragale en haut et en dehors. Ce fait est rare également et l'observation sera intéressante à publier. Les trois premières, qui n'offrent rien de particulier, seront déposées honorablement aux archives.

COMMUNICATION

Anévrysmes de l'artère tibiale antérieure traitée par le perchlorure de fer. Guérison. — M. Denucé (de Bordeaux) a observé cet anévrysme sur un homme de quarante-cinq ans qui, trois ans auparavant, avait eu une entorse du pied suivie d'un gonflement considérable. L'anévrysme siégeait à la partie inférieure de la jambe. Après avoir essayé pendant huit à dix jours la compression digitale continuée pendant vingt-quatre heures d'abord, par deux aides qui comprimaient les artères pédieuse et tibiale antérieure, puis pendant la journée seulement et remplacée le soir par un compresseur fixe, M. Denucé, n'ayant pas obtenu de résultat, établit un appareil qu'il maintint pendant cinq semaines sans plus de succès. Une petite ulcération s'étant formée sous la pelote, le chirurgien renonça à la compression, et injecta dans la tumeur, à l'aide de la seringue de Pravaz, sept gouttes de perchlorure de fer à 15°, dont deux restèrent dans l'aiguille, en ayant le soin de faire pénétrer celle-ci au-delà des caillots déjà formés à la suite de la compression, dans la partie du sac où affluait encore le sang. En même temps il faisait comprimer directement les deux artères tibiale et pédieuse au-dessus et au-dessous de l'anévrysme pendant l'injection et pendant quelques minutes après. Il observa immédiatement une sorte de crampe et une rougeur subite de tous les orteils. Ce petit accident n'eut d'autre suite que la chute d'un ongle. La jambe resta longtemps faible. On ne trouve plus qu'une légère induration profonde au niveau de l'anévrysme guéri.

M. Denucé insiste sur deux points de cette observation, la rougeur subite des orteils, et les résultats de la compression. La rougeur lui semble due à la pénétration dans la circulation d'un peu de sang altéré par l'injection, qui, si la quantité en eût été plus considérable, aurait pu avoir pour résultat une embolie diffuse et le sphacèle des orteils. D'où la nécessité de comprimer bien exactement les vaisseaux afférents et efférents de la tumeur anévrysmale lorsque on pratique l'injection. La longueur de la compression qui avait précédé le traitement par le perchlorure de fer, auquel le malade s'était refusé d'abord, avait amené la formation de caillots précurseurs qui ont, sans aucun doute, facilité le résultat heureux de l'injection.

M. Denucé conclut en posant les préceptes suivants : 1° l'injection de perchlorure de fer ne doit être tentée que si la compression peut-être faite très-exactement au dessus et au dessous du sac ; 2° la compression doit être faite pendant plusieurs jours avant de pratiquer l'injection, pour faciliter la formation des caillots, et s'assurer que le sang n'arrive pas à la tumeur par des collatérales ; 3° Elle doit être continuée assez longtemps après l'injection pour qu'on ait la certitude que le caillot ne sera pas entraîné hors du sac.

DISCUSSION

M. Verneuil a opéré il y a quelques jours un anévrysme de la paume de la main qui offrait quelques particularités intéressantes. Le malade, un horloger, s'était fait une petite plaie dans la main, il y a douze ans, avec un ressort cassé. Une petite hémorrhagie avait suivi cette blessure et avait été arrêtée facilement ; mais la plaie n'avait jamais guéri. Elle était formée par une sorte d'épithélioma corné de 12 millimètres de saillie, qui servait de paroi à l'anévrysme, mais qui se détachait quelquefois. Il y avait alors des hémorrhagies considérables, notamment une fois pendant la nuit. Depuis cinq ou six ans, le malade avait pris l'habitude de tenir sa main fermée, de manière à comprimer ce bouchon corné avec l'extrémité des doigts. Si l'on comprimait les artères cubitale et radiale, le sang revenait aussitôt ; en comprimant l'humérale, la circulation se rétablissait après dix minutes. M. Verneuil circonscrivit la tumeur, qui avait le volume d'une amande, dans un anneau de clef, après avoir fait l'ischémie des trois doigts situés au-dessous de la tumeur, et fit faire la compression avec l'aide de cet anneau pendant un quart d'heure avant et pendant une demi-heure après l'injection qu'il fit de neuf gouttes d'une solution de perchlorure de fer. Le malade éprouva, au moment de l'injection, une douleur vive dans le sac, qui se prolongea dans le membre ; M. Verneuil l'attribue à ce que son aide laissa un peu desserrer l'anneau compresseur pendant l'opération. La tumeur, déjà dure, se ramollit aussitôt par suite de l'afflux d'une petite quantité de sang liquide, puis se durcit définitivement. Ce petit accident n'eut pas d'autre importance.

La solution employée par M. Verneuil diffère un peu de la formule ordinaire et du liquide de Piazza. Voici cette formule :

Perchlorure de fer à 30 degrés. .	10	grammes.
Eau distillée.	20	—
Chlorure de sodium.	2	—

Le chlorure de sodium, d'après M. Théophile Anger, est favorable à l'action du perchlorure de fer.

M. Giraldès. Le passage des emboles dans la circulation tient au degré de l'injection. La solution à 15 degrés coagule à peine le sang ; elle n'y forme que des caillots gros comme une tête d'épingle, et ne favorise pas la formation d'un caillot en masse. A 20 degrés, on n'obtient encore qu'une masse sanguine peu solide, infiltrée de petits caillots. Il faut employer la solution à 25 ou 30 degrés. M. Denucé a-t-il voulu remplir une indication spéciale en employant celle à 15 degrés ?

M. Denucé a obtenu l'induration complète au moment même de

l'injection. La compression a été cessée dix minutes après l'injection, et le petit accident qu'il a signalé n'a pas eu d'importance. Il a eu à se plaindre quelquefois de la causticité des injections à 30 degrés, notamment pour des varices, des tumeurs érectiles. Il a observé des inflammations vives, des escarrhes qui ne suivent jamais l'injection d'une solution à 15 degrés.

M. TILLAUX demande comment M. Denucé a pu établir la compression sur l'artère tibiale antérieure, située si profondément.

Quant à l'anneau de clef dont l'emploi est conseillé par M. Verneuil, M. Tillaux lui préfère les pinces construites à cet effet. Il a opéré par l'injection une tumeur érectile artérielle de la paume de la main chez un étudiant en médecine, en employant ces pinces, et n'a eu d'autre accident que l'insensibilité consécutive du médius, qui a disparu déjà un peu. Il avait aidé l'interruption du cours du sang à l'aide du tube de l'appareil d'Esmarch.

M. VERNEUIL demande en quoi l'emploi de l'appareil d'Esmarch peut être utile, puisque la condition indispensable de la formation d'un caillot est qu'il restera du sang dans le sac.

M. TILLAUX répond qu'il n'avait pas employé la bande d'Esmarch, mais seulement le tube, faisant compression comme un gant au-dessus de la tumeur.

M. VERNEUIL. Il faut proportionner la quantité de perchlorure de fer à injecter à la quantité de sang que l'on veut coaguler. On doit se rendre un compte approximatif de cette quantité et injecter trois gouttes de solution de perchlorure de fer à 30 degrés par gramme de sang.

M. LE FORT. Le résultat heureux de l'opération de M. Denucé, pourrait engager les chirurgiens à l'imiter dans tous les cas. Ce serait un tort, M. Le Fort a observé que si l'anévrysme siège sur l'artère principale d'un membre, l'injection de perchlorure de fer a toujours un résultat déplorable, tandis qu'elle reste un des meilleurs modes de traitement s'il s'agit d'une collatérale ou d'une artère d'ordre secondaire. Elle réussit merveilleusement pour l'artère fessière, l'artère ischiatique, les artères de la main, et dans les anévrysmes cirsoïdes.

M. DENUCÉ a pu faire la compression de l'artère tibiale antérieure, parce qu'elle était plus volumineuse et plus superficielle que d'habitude, mais dans une portion très-limitée, sur une étendue de 1 centimètre à 1 centimère et demi. Dès qu'une phlyctène se forma sur ce point il lui fut impossible de continuer la compression ailleurs. M. Denucé préfère l'injection à 15 degrés dans les cas dangereux, parce qu'elle est moins dangereuse qu'une injection à 30 degrés. Il répond à l'observation de M. Le Fort, qu'il ne conseille cette opération que dans les petits anévrysmes siégeant sur une artère que l'on peut comprimer immédiatement au-dessus et au-dessous du sac.

VOTES

La société procède au vote de deux commissions chargées d'examiner les mémoires adressés pour les concours des prix Laborie et Gerdy.

MM. Perrin, Nicaise, Terrier, Verneuil et Le Dentu font partie de la première.

La seconde est composée de MM. Broca, Guérin, Le Fort, Trélat et Polaillon.

La société vote ensuite sur la demande adressée par M. Blot dans la dernière séance. M. Blot est nommé membre honoraire.

COMMUNICATION

M. T. AUGER donne lecture d'une note sur les injections de chlorure de zinc dans les kystes à liquide filant ou muqueux. (Commis. : MM. Le Dentu, Heurteloup, Périer.)

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. TILLAUX présente une pièce pathologique intéressante provenant d'une femme qui avait reçu le 7 octobre deux balles de revolver dans la poitrine. L'une de ces balles avait pénétré dans le premier espace intercostal droit avait traversé la poitrine obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, était venue frapper la septième côte d'où elle avait rebondi sur le diaphragme, en longeant la plèvre. La contusion avait déterminé en ce point un abcès du foie aux suites duquel la malade succomba. L'autre balle avait pénétré au même niveau, en dehors du sein, avait traversé le poumon droit, le péricarde, et s'était logée dans la paroi postérieure du ventricule gauche. Rien, pendant la vie, n'avait révélé la lésion du cœur, M. Siredey qui a vu la malade n'avait rien trouvé à l'auscultation. Cette balle, de 7 millimètres de diamètre, s'était enkystée dans une enveloppe fibrineuse, et n'a été découverte que par hasard, rien, à l'aspect extérieur, n'annonçant sa présence dans cet organe. La cicatrice d'entrée, presque invisible, n'était, qu'une petite ligne rosée, ce qui démontre avec quelle rapidité les plaies du cœur se guérissent.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre suivante que nous nous faisons un devoir d'insérer, mais sans vouloir entamer de discussion inutile.

Gand, le 14 octobre 1875.

Monsieur le directeur,

MM. Oré, Van Welter et moi, avons apporté dans l'étude des injections intra-veineuses de chloral la plus grande loyauté. Nous nous sommes attachés à présenter les faits sous leur véritable jour. Je constate avec regret que tout le monde n'en use pas de même à l'égard de la méthode dont nous nous sommes constitués les défenseurs. Il y a quelques jours le *Bulletin de thérapeutique* (30 septembre, page 288), annonçait à ses lecteurs que les congrès de Bruxelles avait repoussé jusqu'à nouvel ordre les injections intra-veineuses de chloral, ce qui était absolument inexact.

Aujourd'hui c'est l'honorable M. Bouchut qui écrit dans la *Gazette des Hôpitaux* en rendant compte du congrès Belge : « on s'est occupé aussi des injections intra-veineuses de chloral défendues par MM. Oré et Deneffe, mais ces chirurgiens sont restés seuls de leur avis. »

L'assertion de M. Bouchut est absolument inexacte. Si les injections intra-veineuses ont été combattues par MM. Perrin, Giraldès, Verneuil et Forget, elles ont été vivement défendues par MM. Bouillaud, Borlée, Bougué, Winsback, Oré et Deneffe. La condamnation portée contre elles à l'unanimité par la Société de chirurgie n'a point été ratifiée par le congrès qui a réservé son opinion sur tous les anesthésiques, la question n'étant pas résolue.

La méthode de M. Oré a donc joué dans les discussions du congrès un tout autre rôle que ne semble le dire l'honorable M. Bouchut.

Agréez, etc. Dr DENEFFE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les professeurs de l'École de médecine se sont réunis jeudi soir, en assemblée générale, pour entendre le rapport des commissaires nommés à l'effet d'étudier la nouvelle organisation proposée par M. Wallon.

Dans cette séance un vote à eu lieu pour désigner, au choix du ministre, ceux des trois professeurs que leurs collègues désireraient voir à leur tête comme doyen et vice-doyens.

Les candidats ainsi proposés par les professeurs de la Faculté de médecine à la ratification du ministre, sont : MM. Vulpian comme doyen, Depaul et Gosselin comme assesseurs.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort, à Paris, de M. de docteur Molard, médecin principal de l'armée.

— *Cours de physique générale.* — M. le professeur Gavarret commencera son cours de physique générale le mercredi 10 novembre, à midi, et continuera ses leçons les mercredis et vendredis suivants.

— *Faculté de médecine.* — *Cours de physique biologique.* — M. le professeur Gavarret commencera son cours de physique biologique le lundi 25 novembre, à cinq heures, dans le petit amphithéâtre, et continuera ses leçons les lundis suivants.

— L'ouverture du cours de *chimie médicale* est différé de quelques jours à cause de la session du conseil supérieur de l'instruction publique. Elle sera annoncée ultérieurement.

— *Cours de chimie biologique.* — M. le professeur Wurtz commencera le cours de chimie biologique le mardi 9 novembre, à 4 heures, dans le petit amphithéâtre.

— *Cours d'histologie.* — M. le professeur Robin commencera son cours d'histologie le samedi 6 novembre, à cinq heures (grand amphithéâtre).

— *Clinique de la Faculté. Hôpital de la Charité.* — M. le professeur Sée commencera le cours de clinique médicale lundi 8 novembre, à neuf heures et quart, et continuera tous les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

Tous les jours, visite des malades à huit heures et quart.

— *Hôpital de la Charité. Cours de clinique interne.* — M. le docteur Lancereaux, agrégé, chargé d'un cours de clinique interne à l'hôpital de la Charité, commencera ce cours le mercredi 3 novembre, à huit heures du matin, et le continuera tous les jours, à la même heure.

— *Hôpital des Enfants-Malades.* — Le docteur Jules Simon, commencera ses conférences sur les maladies des enfants, mercredi prochain 10 courant à neuf heures un quart, dans l'amphithéâtre de l'hôpital, et les continuera le mercredi de chaque semaine à la même heure.

— *Hôpital Saint-Antoine.* — M. le docteur Duplay, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, reprendra ses leçons de *Clinique chirurgicale*, le mardi, 9 novembre prochain, à neuf heures et demie, et les continuera tous les mardis à la même heure.

Opérations à dix heures et demie.

M. le docteur Peter, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, reprendra ses leçons de *Clinique médicale*, le samedi 12 novembre prochain, à neuf heures et demie, et les continuera tous les samedis à la même heure.

Leçons de *Diagnostic* tous les jeudis à huit heures et demie.

— *Enseignement libre. Clinique médicale de l'hôpital de la Pitié.* — M. le docteur T. Gallard, médecin de la Pitié, reprendra son cours de clinique médicale dans cet hôpital le mardi 16 novembre 1875, à neuf heures du matin (amphithéâtre n° 3).

Mardi et samedi : leçons à l'amphithéâtre.

Jeudi : Examen au spéculum et consultation spéciale pour les maladies des femmes.

Tous les matins : Visite et interrogatoire des malades par les élèves (salle Saint-Athanase et salle du Rosaire).

Nota. — Les questions relatives à l'hygiène et à la médecine légale seront traitées avec une attention toute particulière, chaque fois qu'il se présentera une occasion de les aborder.

— M. le docteur Durand-Fardel, médecin de la préfecture de police, vient de partir pour Shang-Haï (Chine) chargé par le ministre de l'agriculture et du commerce d'une mission relative à certaines questions sanitaires, et spécialement aux quarantaines.

— M. le docteur de Wecker reprendra ses conférences samedi, 8 novembre, à deux heures (rue du Cherche-Midi, 55) et les continuera les jeudis et samedis suivants.

Lundi : Diagnostic des affections externes et des maladies du fond de l'œil.

Jeudi : Cours clinique et opérations.

— M. le docteur Desmarres fils commencera un cours clinique gratuit sur les maladies des yeux, le mardi 9 novembre, à une heure et demie, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure, à sa clinique de la rue Hautefeuille, n° 8.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 13 novembre 1875, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

1° Lecture de M. le docteur O. Lancher : Polype fibreux intra-utérin, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire. — 2° Discussion sur la dernière communication de M. le docteur Polaillon : Kyste de l'ovaire.

— Par suite d'expropriation, la librairie Savy est transférée 77, boulevard Saint-Germain, près la rue Hautefeuille, et la librairie Alexandre Coccoz, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

— *M. le docteur C. N....., à Costa de Rovigo* — Le travail dont vous nous entretenez dans votre lettre du 2 novembre, ne nous est pas parvenu.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Studio critico sperimentale interno ad alcune particolarita d'ell' alcool, dei dottori Ronchi Ignazio e Salvioli Gaetano (del Laboratorio di Fisiologia della R. Universita in Modena). — Memoria letta alla Societa medico-chirurgica modenese. — In-8° de 96 pages. — Modena, 1875, typografia di Vicenzo Moneti.

Traité élémentaire de pathologie externe, par E. Follin et Simon Duplay, avec figures dans le texte. — Tome V, fasc. 1, *Maladies du cou*. — Prix : 4 francs. — Paris, 1875. — Georges Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

A propos d'une récente communication de M. Violette sur l'*influence de l'effeuillage des betteraves sur la production de la matière sucrée*, M. C. Bernard a exposé quelques principes touchant la méthode en physiologie qui présentent le plus grand intérêt.

M. Violette, pour démontrer que l'effeuillage des betteraves exerce une influence réelle sur la production du sucre en plus, avait simplement planté un champ de betteraves, et après avoir effeuillé les unes et laissé les autres intactes, il avait analysé la quantité de sucre qu'avaient produit les unes et les autres, et il avait conclu de la différence obtenue dans le résultat que l'effeuillage augmente la production du sucre.

M. C. Bernard ne conteste ni les résultats ni l'habileté bien connue de M. Violette; mais sa critique porte sur l'emploi de la méthode statistique qu'a suivi l'expérimentateur. L'analyse minutieuse des faits donne évidemment raison à l'éminent physiologiste, qui termine sa communication par quelques propositions que nous sommes heureux d'enregistrer :

« Aujourd'hui, dit-il, que la méthode expérimentale est définitivement entrée dans la science des êtres vivants, les expériences se sont tellement multipliées qu'elles menaceraient d'encombrer la physiologie et la médecine, si l'on ne cherchait à les réduire par une critique attentive destinée à distinguer soigneusement les données de l'empirisme de celles de la science proprement dite. L'empirisme précède la science. Il réunit les ensembles de faits trop complexes pour pouvoir être suffisamment analysés, il en généralise les résultats à l'aide de la statistique. Toutefois, les moyennes statistiques ne nous donnent que l'état des choses, elles ne nous expliquent rien; elles peuvent être utiles sans doute et recevoir des applications; mais, restant toujours empreintes d'une certaine quantité d'inconnu et d'indéterminé, elles ne peuvent jamais nous fournir que des conjectures, des probabilités; nous n'en pouvons tirer aucune pour les cas particuliers. La science expérimentale, au contraire, en déterminant par l'analyse, poussée aussi loin que possible, la condition simple et précise d'un phénomène particulier, nous en donne l'explication et la raison. Elle est l'expression même du déterminisme scientifique et ne comporte plus ni exception, ni incertitude. »

Ces paroles sont la profession de foi accoutumée de l'illustre physiologiste. Hors de la méthode expérimentale, — cette fois-ci, M. C. Bernard a employé le mot *science*. Nous ignorons ce que peut être une science expérimentale, car toutes les sciences, même les mathématiques, et surtout les mathématiques, sont *expérimentales*, — hors de la méthode expérimentale, disions-nous, point de salut. Si cette manière de voir était légitime, nous avons trop bonne opinion de l'habileté des expérimentateurs exclusifs, pour douter que la science n'ait bientôt dit son dernier mot. C'est si simple ! Quelques bonnes expériences de plus, et le grand inconnu est à nous.

Malheureusement, d'après l'aveu même de M. C. Bernard il ne suffit pas de faire des expériences ; *il faut trouver la bonne;* sans cela, comme le dit judicieusement l'illustre professeur, la science est bientôt encombrée d'expériences inutiles.

Notre modeste avis en cette matière, c'est que, au lieu de pousser la jeunesse à ne faire que de l'expérimentation, ce qui en soi est simple et facile, on devrait l'exciter d'abord à s'assimiler les faits historiques et contemporains, à en recueillir de nouveaux par l'observation et par l'expérimentation, et à chercher enfin, par une comparaison patiente et minutieuse, à établir entre ces faits des rapports nouveaux et capables de conduire logiquement à l'éclosion d'une *idée expérimentale* nouvelle.

Trouvez d'abord *l'idée expérimentale bonne et utile*, disons-nous à la jeunesse, et les conditions de l'expérience ne se feront pas attendre. En termes plus clairs : travaillez, travaillez beaucoup, et vous expérimenterez ensuite, car l'expérimentation doit être, non le point de départ, mais le couronnement de l'œuvre du physiologiste.

L'expérience presque puérile de Harvey est peu de chose, quand on considère les immenses travaux des anatomistes qui préparèrent l'éclosion de l'*idée expérimentale utile*. Nous en dirons autant de la découverte des racines *sensitives et motrices* des nerfs, par Ch. Bell.

— A propos d'un mémoire récemment présenté à l'Académie par M. Rigaud, et intitulé : *Traitement curatif des veines superficielles des membres et de la circocèle par le simple isolement des veines*, M. Bergeron adresse une note qui a pour but de combler une lacune laissée par l'auteur du mémoire. M. Bergeron a cherché à se rendre compte du mécanisme de la coagulation, et par conséquent à indiquer les moyens qui assurent la réussite de cette méthode. D'après les expériences de l'auteur, la coagulation est produite par la mortification successive des tuniques des veines depuis l'enveloppe cellu-

leuse jusqu'à l'endothélium y compris. Cette mortification serait produite par la destruction des *vasa vasorum* qui rampent dans l'enveloppe celluleuse que l'on est obligé de retrancher sur une étendue de 2 à 3 centimètres pour isoler complétement la veine.

Bien que nous n'ayons pas vu M. Maisonneuve depuis longtemps, nous pensons que la loyauté nous commande de citer à propos de cette communication un fait qui n'a pas été publié par l'éminent chirurgien, et dont nous avons été témoin.

Il y a de cela huit ans environ, M. Maisonneuve, appelé par nous auprès d'un Anglais qui désirait se guérir radicalement d'un varicocèle volumineux, pratiqua une injection capillaire de perchlorure de fer. L'opération fut un peu laborieuse et l'éminent chirurgien nous dit immédiatement après : « Je ne suis pas entré dans la veine ; mais l'opération n'en réussira pas moins bien. Je me borne quelquefois à injecter le perchlorure dans le tissu cellulaire, et le succès est tout aussi assuré que lorsque je pique la veine. » L'Anglais guérit en effet et d'une façon radicale. Les faits de M. Bergeron nous ont remis en mémoire cette particularité, et nous n'hésitons pas à la publier ici par ce qu'elle emprunte aux expériences dont nous avons parlé plus haut un caractère tout-à-fait digne de fixer l'attention des chirurgiens.

— M. Magitot adresse une note sur *la Pathogénie et la prophylaxie de la nécrose phosphorée.* La nécrose d'origine phosphorée ne diffère de la nécrose en général que par sa cause et une marche particulièrement envahissante. On l'observe plus particulièrement chez les ouvriers employés à la fabrication des allumettes chimiques. Les nombreuses observations de l'auteur l'ont conduit à des résultats scientifiques et pratiques du plus grand intérêt. Voici d'ailleurs ses conclusions :

1° La nécrose des maxillaires d'origine phosphorée, reconnaît pour cause unique, *pour porte d'entrée invariable et exclusive*, une certaine variété de carie dentaire, *la carie pénétrante ;*

2° Les règles d'hygiène, appelées, nous en avons la conviction absolue, à supprimer complétement la nécrose dans les ateliers à phosphore, devront être formulées de la manière suivante :

A. Les chefs d'ateliers seront tenus, sous le contrôle de l'autorité, de faire subir aux ouvriers, dès leur entrée à la fabrique, un examen de la bouche. Tout individu reconnu affecté d'une *carie pénétrante* sera rejeté ou ajourné jusqu'à guérison et obturation de la carie en question, ou ablation de la dent suivie de cicatrisation complète.

B. Tous ceux qui ne présenteront que des signes de gingivite ou de carie des premières périodes pourront impunément être admis à l'atelier.

C. Une visite semestrielle du personnel des ateliers fera connaître quels sont les ouvriers qui, depuis leur entrée, pourraient se trouver affectés de *carie pénétrante.*

Dr Édouard Fournié.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. E. Guibout.

De l'eczéma (3e conférence) (1).

(Leçon recueillie par M. Muzelier, interne du service.)

Pronostic. — Il est difficile d'établir des règles générales vis-à-vis du *pronostic* de l'eczéma. La gravité de cette affection est subordonnée, en effet, à une foule de circonstances : elle varie avec la forme de la maladie, avec son siége, avec sa nature. Ainsi l'eczéma simple, idiopathique, est une affection essentiellement bénigne et passagère, tandis que l'eczéma herpétique est souvent désespérant par sa ténacité, par la lenteur de sa marche, par sa tendance à la généralisation, par la fréquence de ses récidives. De même, l'*eczéma rubrum* constitue habituellement une affection sans gravité, malgré l'intensité de la réaction générale qu'il détermine quelquefois, tandis que l'*eczéma fluent*, en raison de l'étendue qu'il est susceptible d'acquérir et de l'épuisement dans lequel il jette les malades, comporte généralement un pronostic sérieux.

Dans certains cas, la gravité de la maladie dépend du siége qu'elle occupe. Tel est l'eczéma des parties génitales chez la femme, affection qui devient souvent la source d'inconvénients sérieux par suite des écoulements abondants qu'elle provoque, des démangeaisons persistantes et parfois si pénibles dont elle s'accompagne, et des habitudes d'onanisme dont elle devient trop fréquemment le point de départ.

Nous citerons encore l'*eczéma des membres inférieurs* comme une affection sérieuse et particulièrement digne d'attirer l'attention du médecin. Il n'est pas rare, en effet, de voir cette variété d'eczéma rester rebelle à tous les traitements et s'éterniser à la place qu'elle a choisie. Il n'est pas rare non plus de la voir s'accompagner d'ulcères tenaces et à tendances manifestement envahissantes. Enfin il faut tenir compte des altérations qu'elle amène dans la structure de la peau et de la prédisposition fâcheuse qu'elle crée de la sorte pour des récidives ultérieures. On voit, par cet exposé, combien sont nombreuses et diverses les circonstances qui peuvent faire varier le pronostic de l'eczéma.

Traitement. — Nous arrivons maintenant à une question délicate et complexe, celle du traitement de l'eczéma. Question délicate, en effet, car elle suppose la connaissance exacte et complète de la maladie, de ses causes, de sa nature. Cette notion de la maladie s'impose comme une nécessité, car elle seule permet de bien saisir les indications et d'en tirer le parti qu'il convient. Or ces indications sont de deux sortes : les unes s'adressent à l'état local, à la lésion cutanée elle-même; les autres s'adressent au principe diathésique, à la cause interne dont cette lésion peut être la manifestation extérieure.

De là une double série de moyens, dont les uns doivent être dirigés contre l'état local ; les autres contre la disposition morbide qui entretient la maladie. Les moyens locaux conviennent surtout dans la première période de l'eczéma, lorsque cette affection est dans sa phase d'éruption et qu'il existe des phénomènes franchement inflammatoires. La médication *antiphlogistique* reçoit alors une indication formelle, à l'exclusion de toutes les autres. Cette médication consistera surtout en applications émollientes, compresses tièdes, cataplasmes de fécule.

Ce dernier moyen rend de si grands services qu'il est devenu d'un usage courant à l'hôpital Saint-Louis. Mais il faut en continuer l'usage avec persévérance, lorsqu'on veut en retirer les résultats que l'on est en droit d'en attendre. De plus il faut avoir soin de faire subir à la fécule une cuisson suffisante pour qu'elle forme une pâte homogène et facile à manier. Mais les cataplasmes sont d'un emploi difficile, impossible même, lorsque l'eczéma est généralisé à cause de cette étendue même, et de la conformation de certaines régions. On peut alors leur substituer avec avantage l'enveloppement par le caoutchouc vulcanisé, moyen excellent et dont je ne saurai trop vous recommander l'application.

(1) Fin. — Voir les numéros des 26 octobre et 4 novembre.

L'enveloppement a pour but de soustraire les parties malades au contact de l'air et de les entourer d'une atmosphère toujours humide et d'une température à peu près constante. Ce but est réalisé complétement grâce à l'imperméabilité de l'enveloppe qui condense à sa face interne les produits de la perspiration cutanée et constitue ainsi une sorte de bain permanent très-favorable à la guérison. L'application de cet appareil ne devra durer que vingt-quatre heures. Après ce laps de temps on le remplacera par un appareil sec et on n'en réiterera l'application qu'après lui avoir fait subir un lavage suffisant. Nous recommanderons également comme très-efficace l'usage des bains, bains simples, bains amidonnés.

Dans la période d'ulcération, de suintements et de croûtes, on saupoudrera les parties malades avec des poudres inertes, poudre d'amidon, de lycopode, de vieux bois, etc., etc. Nous avons passé sous silence, à dessein, une foule de médicaments et d'agents pharmaceutiques qui ont été employés tour à tour dans la thérapeutique de l'eczéma. Toutes ces inventions sont le produit de l'empirisme, aussi doivent-elles être écartées formellement de notre thérapeutique.

Nous rejeterons particulièrement de la manière la plus absolue l'emploi des pommades, des onguents et généralement, de toutes substances qui sont susceptibles de subir la fermentation acide du contact de l'air. L'application de ces substances peut amener des résultats déplorables, dans une affection qui relève avant tout de la médication antiphlogistique. Mais quelque rationnels que soient les moyens qui sont dirigés contre l'état local, ces moyens ne sauraient assurer la guérison de la maladie, s'ils n'étaient secondés par la médication *interne*, destinée tantôt à combattre un état défavorable des voies digestives, tantôt à combattre le vice diathésique qui entretient l'affection cutanée. Ainsi lorsqu'on observe les symptômes d'un état saburral de l'appareil digestif, lorsqu'il y a de l'anorexie, de la constipation, lorsque la langue est chargée et bilieuse, il est indiqué alors de recourir à l'usage des dérivatifs intestinaux et notamment des médicaments purgatifs. Les purgatifs devront même être administrés en dehors de l'état saburral, lorsqu'on voudra provoquer une dérivation plus ou moins énergique et durable sur le tube intestinal et diminuer l'état phlegmasique de la peau. Si la maladie s'accompagne d'une sécrétion morbide excessive, on cherchera par tous les moyens à combattre l'épuisement qui en sera la suite. On prescrira une alimentation réparatrice, des vins généreux de Bordeaux, de l'extrait quinquina. S'il s'agit d'un eczéma à forme *chronique* on cherchera à prévenir cette altération particulière de la peau, cette induration, cet épaississement, cet état corné et comme pachydermique qui résultent de la longue durée de la maladie. On emploiera dans ce but des bains de vapeur, des bains à l'hydrofère. On aura recours surtout à des applications modificatrices variées, à des badigeonnages avec la teinture d'iode ou avec l'huile de cade pure.

Ces moyens auront pour effet de réveiller la vitalité de la peau, de provoquer le retour des sécrétions qui lui sont propres et surtout de détruire les couches d'épiderme épaissi qui enlevaient à la membrane tégumentaire son aspect et sa densité, en même temps que ses propriétés normales. Enfin, si l'affection cutanée est l'expression d'un principe diathésique, c'est contre ce principe que l'on devra diriger les efforts de la thérapeutique. On ne pourra espérer de guérison durable, en effet, tant qu'on n'aura pas combattu le vice constitutionnel qui préside au développement de la maladie. Suivant que celle-ci sera de nature *herpétique*, *scrofuleuse*, *arthritique*, on aura recours à tel ou tel genre de médication interne. L'eczéma herpétique réclamera particulièrement l'emploi de l'*arsenic*, médicament qui peut être considéré comme l'agent curatif par excellence des affections de nature dartreuse. L'arsenic conviendra dans la dernière période de l'eczéma, quand l'état phlegmasique de la peau aura disparu; mais il devra être évité avec soin dans la période aiguë, dans celle qui s'accompagne d'une réaction inflammatoire prononcée, si l'on ne veut pas voir survenir une exacerbation marquée dans les phénomènes de l'état local. Le mode d'administration variera d'ailleurs suivant les indications.

Dans notre pratique, nous donnons la préférence, pour la préparation des médicaments arsenicaux, à l'arséniate de soude, celui de tous les sels d'arsenic qui est le plus assimilable et le plus soluble. Nous l'administrons, tantôt sous forme de *pilules*, tantôt sous forme de *solution*. Nous recommandons volontiers, pour les pilules, la formule suivante :

Arséniate de soude. . . .	1 milligramme.
Extrait de gentiane. . . .	10 centigrammes.

pour une pilule.

Chaque pilule doit être prise au moment des repas, l'heure qui convient, du reste, le mieux pour l'administration des médicaments anti-diathésiques. Nous avons l'habitude de commencer par deux pilules seulement à chacun des repas, mais nous augmentons progressivement jusqu'à ce que nous soyons arrivé à la dose de 12 milligrammes en quatre pilules à chacune des trois repas de la journée, dose maximum, et qui ne doit point être dépassée.

Lorsque nous employons l'arséniate de soude sous forme de solution, nous donnons à celle-ci la forme suivante :

Eau distillée.	500 grammes.
Arséniate de soude.	10 centigr.

Le malade prend une cuillerée à soupe de cette solution à chacun des trois repas de la journée. On peut aller un peu au delà de cette dose, et prescrire jusqu'à une cuillerée et demie à chaque repas. Il ne faut point oublier que l'usage des préparations arsenicales doit être continué avec persévérance, si l'on veut en retirer les résultats que l'on est en droit d'espérer. Quand l'eczéma se présente chez un *scrofuleux*, l'indication principale est de combattre le principe strumeux. Le vin de quinquina, les amers, les préparations ferrugineuses, l'huile de foie de morue, trouvent ici leur emploi, suffisamment justifié. Mais quand l'eczéma reconnaît une origine parasitaire, c'est au traitement local qu'il faut demander la guérison de la maladie. La première indication est d'amener l'élimination du parasite, cause première de l'affection cutanée. On choisira dans ce but, parmi les nombreux agents parasiticides, celui qui paraîtra indiqué par la nature même de l'élément parasite. Lorsque l'élimination de celui-ci sera complète, on verra disparaître à sa suite les accidents cutanés dont la présence avait favorisé le développement.

HOTEL-DIEU. — M. Le Dentu.

Rétrécissements du rectum (1).

(Leçon recueillie par M. Dussaussay.)

Il me reste à vous parler des derniers traitements que l'on peut opposer à l'affection que je viens de vous décrire.

La méthode la plus ancienne consiste dans la dilatation gra-

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 octobre.

duelle du rétrécissement à l'aide d'instruments variés (canules souples, canules rigides, mèches dont on augmente peu à peu la grosseur). On arrive bien ainsi à obtenir un certain degré d'élargissement, mais dès que l'on cesse, le rétrécissement reparaît. Voyez ce qui se passe pour l'urèthre. Lorsque, à l'aide de bougies de plus en plus volumineuses on a pour ainsi dire guéri un malade, si ce dernier ne continue pas à se sonder de temps en temps, tout le bénéfice de la dilatation est bientôt perdu. Il en est de même pour le rectum; de telle sorte que si cette méthode peut convenir à certains cas, il faut bien avouer que la plupart du temps elle est insuffisante. On doit donc y renoncer.

Vient ensuite la dilatation forcée en une séance. Cette opération remonte à Astley Cooper qui le premier l'a employée, et qui paraît s'en être bien trouvé. Elle expose à de graves accidents, on risque par exemple de rompre le rétrécissement et le rectum beaucoup plus loin qu'on ne voudrait, et d'exposer ainsi le malade à la péritonite et aux fusées purulentes du petit bassin.

On a cherché à remédier aux inconvénients de cette méthode en lui substituant la dilation forcée en plusieurs séances. Au lieu de dilater brusquement le rétrécissement en une seule fois, on agit sur lui à plusieurs reprises et d'une façon graduelle. Tous les instruments imaginés dans ce but sont construits de telle sorte que l'on peut mesurer la dilatation et n'aller que jusqu'où on veut aller. Parmi ces instruments les uns dilatent en même temps et l'anus et le rétrécissement : tel est le dilatateur d'Amussat. Celui de Nélaton n'agit que sur le rétrécissement; de plus il est construit de manière à pouvoir être appliqué dans les parties les plus élevées du rectum. Le dilatateur de Demarquay, au contraire, ne convient qu'aux rétrécissements situés tout près de l'anus, comme l'est celui de notre malade. Enfin il existe des instruments qui permettent aux malades, de continuer eux-mêmes le traitement.

Le reproche le plus grave que l'on puisse faire à cette méthode c'est qu'avec elle la récidive est toujours à craindre et que pour l'éviter le malade doit se soumettre pour ainsi dire éternellement à la dilatation.

M. Richet a pensé que dans certains cas, où la valvule était très-prononcée, si l'on arrivait à détruire cette valvule en totalité ou en partie, on améliorerait beaucoup la situation du malade. Pour arriver à ce but il a imaginé un instrument qui ressemble assez au brise-pierre. On saisit la valvule entre les deux plaques de l'instrument et à l'aide d'une vis on rapproche les deux plaques de manière à comprimer fortement la valvule; celle-ci ne tarde pas à se mortifier et le rétrécissement se trouve diminué de toute la partie ainsi détruite. Je n'hésite pas, pour mon compte, à penser que dans certains cas, ce procédé pourrait rendre de véritables services.

J'arrive au mode de traitement le plus important, la rectotomie. C'est une opération qui consiste dans l'incision du rétrécissement. L'incision peut se faire soit avec le bistouri, soit avec l'écraseur. De là la division de la rectotomie en deux grandes méthodes.

1° La rectotomie simple.
2° La rectotomie linéaire.

La première méthode peut se diviser à son tour en deux variétés qui, par les différences essentielles qu'elles présentent, mériteraient d'être considérées chacune comme une méthode spéciale. Dans la première variété on incise le rétrécissement *seul* et on l'incise par l'intérieur du rectum; c'est une rectotomie interne. Elle présente cet inconvénient grave qu'elle est presque toujours suivie de récidive et nécessite par conséquent l'emploi longtemps prolongé de la dilation; elle expose en outre à des hémorrhagies parfois difficiles à arrêter.

La seconde variété a reçu le nom de rectotomie a ciel ouvert. Au lieu d'attaquer le rétrécissement seul, on commence a inciser l'anus en arrière jusqu'à 2 centimètres environ du coccyx, on débride également la muqueuse du rectum jusqu'au rétrécissement que l'on incise à son tour autant qu'on le juge nécessaire. Des cinq ou six malades opérés par ce procédé dont j'ai pu retrouver les observations, un seul a survécu dix-huit mois; les autres ont succombé à des affections étrangères à l'opération. Il est donc impossible actuellement de se faire une opinion très-nette au sujet de la valeur de cette méthode.

Il n'en est pas de même de la rectotomie linéaire. Cette opération comporte, comme la précédente, la section simultanée du rétrécissement et des parties voisines; seulement la section se fait à l'aide de l'écraseur. Je vous ai dit que le rétrécissement s'accompagnait assez souvent de fistules. Comme ces fistules remontent toujours au-dessus du point rétréci, on peut s'en servir pour l'introduction de la chaîne de l'écraseur, et l'on est sûr d'aboutir ainsi au delà de la coarctation.

Dans ses six opérations par la rectotomie linéaire, M. Verneuil a utilisé cinq fois ces fistules. Lorsqu'il lui a été impossible d'introduire un stylet, il s'est servi d'un trocart qu'il a fait sortir au-dessus du rétrécissement. Retirant alors le poinçon il a fait glisser dans la canule une sonde en gomme dont l'extrémité supérieure a été ramenée par l'anus. Puis fixant la chaîne de l'écraseur à la sonde avec un fil il lui a été facile d'embrasser et le rétrécissement et une partie des tissus voisins dont la section a été pratiquée de la façon habituelle. J'ajoute que dans le sixième cas, bien qu'il n'existât pas de fistule, l'opération a été faite de la même manière, et que dans ce cas, pas plus que chez les cinq autres malades, il ne s'est produit d'accidents.

Donc, au point de vue des dangers de l'opération en elle-même, ces deux méthodes se valent; mais comme suite elles diffèrent beaucoup l'une de l'autre. En effet, tandis que dans la rectotomie à ciel ouvert, la dilatation ultérieure est nécessaire, M. Verneuil non-seulement ne cherche pas à faire la dilatation, mais il ne met pas même de mèche dans le rectum. De plus M. Verneuil a pu suivre ses malades, et il a pu constater chez quelques uns d'entre eux qu'au bout de sept ans la guérison s'était maintenue aussi complète qu'au premier jour.

De tels résultats sont certainement de nature à me donner des préférences pour cette méthode.

On pourrait objecter que chez les opérés de M. Verneuil il existait des fistules, que ces fistules avaient modifié les tissus voisins, et que les malades se trouvaient ainsi dans des conditions relativement plus favorables. J'en conviens; toutefois je vous rappelle que dans un cas il n'existait pas de fistules, et que cependant les suites ont été les mêmes. En outre vous savez que l'écraseur, par les modifications qu'il imprime aux tissus, expose moins que le bistouri, aux infiltrations purulentes. Enfin je trouve que la rectotomie linéaire se rapproche beaucoup de certaines opérations de fistules à l'anus, opérations rarement suivies d'accidents.

Pour toutes ces raisons je crois pouvoir employer la rectotomie linéaire chez notre malade. S'il n'existait qu'une simple valvule, j'emploierais volontiers l'emporte-pièce de M. Richet. Mais il y a en outre deux fissures dont il faut s'occuper et qui semblent imposer la méthode par la dilatation forcée. Je vous ai dit pourquoi je renonçais à cette opération; j'ajoute que la rectotomie linéaire me permettra de remplir toutes les indi-

cations. D'abord le rétrécissement sera détruit, en second lieu la perte de substance portant également sur l'anus, la contracture de celui-ci sera supprimée et les fissures deviendront faciles à guérir par un traitement simple.

23 *octobre*. — L'opération n'a présenté aucune difficulté et les suites immédiates en ont été des plus simples. Mais bientôt le calibre du rectum, redevenu normal après l'opération, commença à se rétrécir de nouveau à tel point que vers le 25 septembre on ne franchissait plus que difficilement le point rétréci. On fut obligé de recourir à la dilatation à l'aide de mèches dont on augmenta graduellement la grosseur. Sous l'influence de ce traitement le rétrécissement céda rapidement et aujourd'hui le doigt permet de reconnaître qu'il n'existe plus traces de bride ou de valvule. De plus les plaies de la marge de l'anus sont complétement cicatrisées. On pourrait donc considérer la malade comme guérie, n'était la persistance de l'écoulement muco-purulent, plutôt muqueux que purulent, dont il a été parlé dans le cours de la clinique. Les lavements de ratanhia d'abord, de nitrate d'argent (15 à 20 centigrammes) ensuite, employés avec persévérance, n'ont amené aucune modification de cet écoulement.

Il est probable que d'ici à quelques jours on sera obligé de modifier, par des applications plus énergiques et plus directes, les parties malades de la muqueuse rectale au-dessus du point autrefois rétréci.

BASSIN DE 9 CENTIMÈTRES AU MAXIMUM.

ENFANT MORT-NÉ A NEUF MOIS VINGT JOURS. — PROCIDENCE DU CORDON OMBILICAL DEPUIS SIX HEURES. — TÊTE AUGMENTÉE DE 24 MILLIMÈTRES DANS TOUS SES DIAMÈTRES. — OSSIFICATION PRESQUE COMPLÈTE DES SUTURES ET DES FONTANELLES. — ACCOUCHEMENT PAR L'EMPLOI DES TRACTIONS MÉCANIQUES. — EXCELLENTES SUITES DE COUCHES.

Par M. le docteur Pros (de la Rochelle).

Le 15 du mois de mars dernier Mme B..., mariée en secondes noces, d'un tempérament sanguin-lymphatique, de taille peu élevée, trapue et obèse, accoucha d'un quatrième enfant, dans des circonstances qui méritent d'être signalées. Mais auparavant je dois dire que de son premier mari elle eût un garçon et une fille ; l'un et l'autre ne purent être mis au monde, privés de vie, que par le secours du forceps appliqué au détroit supérieur. Le quatrième enfant, qui était un garçon, nécessita pour son extraction l'emploi de tractions mécaniques par la méthode que j'ai déjà fait connaître.

C'est à une heure du matin que je fus appelé par mon confrère M. Mallet, médecin des hospices civils de la Rochelle, pour l'assister dans l'accouchement qui fait le sujet de cette étude. Déjà ce confrère, qui s'était adjoint la maîtresse sage-femme de notre maternité, pour lui servir d'aide, avait fait sur la dame B... plus de dix applications de forceps et une incomplète de céphalotribe; mais, vaincu par la fatigue et forcé de reconnaître son impuissance, il m'avait offert de faire usage sur sa malade de mon appareil obstétrical. En face de la rude tâche qui m'incombait, je me mis à l'œuvre, non sans éprouver les plus vives inquiétudes. La situation dans laquelle se trouvait la patiente s'offrait pleine de dangers. Elle avait perdu beaucoup de sang et était très-pâle; son pouls, faible et précipité, donnait la mesure de la grande prostration et du grand découragement dans lesquels elle était tombée. Elle présentait une procidence du cordon ombilical de son enfant, laquelle s'était produite à sept heures du soir précédent, au moment de l'échappement des eaux de l'amnios. Retenu au détroit supérieur, l'enfant se présentait par le sommet avec une variété pariétale très-prononcée, dans une position intermédiaire entre la transversale et la cotyloïdienne gauche.

N'ayant pas à ménager la face de cet enfant dont la mort remontait à quelques heures, j'appliquai d'abord les cuillers de mon forceps à chaque extrémité de son diamètre occipito-frontal, et fis des tractions mécaniques assez énergiques. Elles n'amenèrent aucun engagement. Je me décidai alors à porter la cuiller femelle de mon instrument sous les pubis et la seconde à l'opposé. Prise par son diamètre bi-pariétal, je mis la tête saisie en position transversale franche, et, l'ayant attirée par une traction mécanique de la force de 50 kilogrammes environ, je pus lui faire franchir assez promptement le détroit supérieur et terminer rapidement, à la main, l'accouchement commencé comme je viens de l'exposer.

Pour rendre plus complète cette observation, qu'il me suffise de dire que la malade qui en fait le sujet eut des suites de couches très-heureuses.

Réflexions. — Si je ne me trompe, la présente observation (et elle ne sera pas la seule) est, en partie, en opposition formelle aux conclusions qu'a tirées mon excellent confrère M. le docteur Mallet, de l'article publié, par lui, dans le n° 116 de la *Gazette des Hôpitaux*.

Je ne m'en reconnais pas moins le droit, cependant, d'avoir foi dans la méthode des tractions instrumentales et manuelles combinées que j'ai établie, il y a peu de temps. Cette méthode, je l'ai toujours défendue et ne cesserai de la défendre loyalement. Elle repose, du reste, déjà, sur des faits irrécusables, et, pour que tout médecin qui voudra l'étudier la comprenne, le seul sens pratique de l'art des accouchements lui suffit. Loin d'avoir voulu substituer la machine à l'accoucheur, je me suis efforcé, au contraire, de l'établir telle, qu'en s'en servant, cet accoucheur pût rester dans son rôle professionnel.

Je me reconnais le droit de parler ainsi, et, quant à l'application du forceps au détroit supérieur d'un bassin, même normal, je le reconnais, elle peut être difficile et désastreuse pour des médecins dont la main n'est pas très-exercée. Mais est-ce donc une raison pour que le médecin soit autorisé à imposer à des mères la mutilation de leur enfant, quoique mort? Non! Telle est ma très-humble, mais très-ferme conviction.

DES SCROFULIDES GRAVES

DE LA MUQUEUSE BUCCO-PHARYNGIENNE (1).

Par le docteur J. Homolle, ancien interne, lauréat des hôpitaux.

Conclusions. — Le lupus de la face s'accompagne assez fréquemment (un peu plus d'un cinquième des cas) de lésions de la muqueuse bucco-pharyngienne. Il faut donc toujours examiner ces parties dans les cas de scrofulides faciales. Ces lésions dérivent par continuité du lupus des lèvres ou des fosses nasales, ou, moins souvent, prennent naissance dans la bouche ou la gorge sans propagation directe. Elles affectent divers types (érythème, ulcérations, scrofulide tuberculeuse, hypertrophique, forme cancroïdale, etc.); le siége des lésions a une influence manifeste sur le type qu'elles tendent à revêtir.

Des affections analogues peuvent se développer primitivement sur la muqueuse du palais, de l'isthme ou du pharynx. Elle se montrent sous deux formes principales : le lupus de la gorge (érosion progressive) et la scrofulide ulcéreuse (échancrure marginale ou ulcère perforant).

L'ulcère perforant de la voûte palatine coïncide chez quelques jeunes sujets avec certaines lésions que l'on a attribuées à la syphilis héréditaire (dents crénelées, kératite interstitielle, nez déprimé, etc.). Les scrofulides graves primitives de la gorge sont, en général, des affections de la jeunesse. Leur siége de prédilection est le voile du palais, puis la paroi postérieure du pharynx; elles ne débutent presque jamais par les amygdales. La propagation des lésions à l'épiglotte est rare, les lésions du larynx sont plus exceptionnelles encore. Les angines scrofuleuses graves s'observent chez des sujets

(1) In-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

manifestement strumeux, ou constituent une des formes de la scrofule fixe primitive. La syphilis héréditaire à manifestations tardives est peut-être une des causes qui peuvent les faire naître.

Le diagnostic est toujours difficile; il faut constamment songer à la syphilis et faire l'examen très-complet du malade, s'aider de tous les commémoratifs avant de se prononcer. Le lupus de la gorge, avec l'érosion progressive et les adhérences ultérieures des piliers postérieurs au fond du pharynx, est distinguée plus aisément que la scrofulide ulcéreuse des autres formes d'angines chroniques.

Il ne faut pas attacher une importance trop absolue aux résultats du traitement spécifique pour admettre ou repousser l'idée de syphilis.

Le traitement comprend l'administration des médicaments réputés antistrumeux et l'application de topiques irritants ou caustiques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 28 août 1875. — Présidence de M. GALLARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A PROPOS DE LA COMMUNICATION DE M. ANT. MARTIN.

M. GILLETTE. Je me rappelle avoir lu dans un travail de M. le docteur Peter sur : « les corps étrangers des voies digestives », le fait d'une jeune fille qui, ayant avalé un épi de blé, eut plus tard un abcès des parois de l'abdomen, dans lequel on retrouva l'épi, comme dans le cas communiqué par M. Ant. Martin dans la précédente séance.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

Deux numéros du *Progrès médical*; — un numéro du journal : *la Tempérance*.

La correspondance manuscrite comprend : une lettre de M. le docteur Ancelet de Vailly (Aisne). Cet auteur y a joint une brochure dans laquelle il décrit, sous le nom de *Pygomèle*, le monstre parasitaire présenté dernièrement à la Société, par M. de Beauvais, et que le docteur Ancelet avait mis, en 1869, sous les yeux des membres de l'Académie de médecine.

LECTURE

M. GILLEBERT-DHERCOURT père, lit la note suivante, sur un cas de *section du nez* :

Le fait dont je me propose de vous entretenir ne présente rien d'original ; Dionis, Larrey père, Féraud, etc., en ont rapporté de semblables ou à peu près; celui-ci n'est intéressant que parce qu'il vient augmenter le nombre des cas de réunion par première intention d'une partie qui avait été presque entièrement séparée du corps; parce que cette réunion n'a été tentée que quinze heures après la blessure et parce que, durant tout ce temps, le blessé, en état de profonde ivresse, a été exposé au dehors à l'air froid de la nuit et absolument privé de secours de quelque genre que ce soit.

Le 2 août dernier, à six heures du soir, Frédéric V..., âgé de cinquante ans, en quittant un cabaret où il s'était enivré, tomba du haut en bas d'un talus rapide, comme le sont ceux des tranchées de chemin de fer, et ayant environ 20 mètres de hauteur. Le malheureux resta sans mouvement sur le sol, et ses camarades également ivres, témoin de cette chute et croyant Frédéric tué, s'éloignèrent sans chercher à lui porter des secours qu'ils supposaient inutiles; il resta donc étendu sur le sol pendant la plus grande partie de la nuit, à 6 kilomètres de son domicile, dans un lieu désert.

Dans cette chute le nez de Frédéric V... s'étant heurté contre l'arrête d'une borne en pierre, fut divisé transversalement à la réunion de la partie cartilagineuse avec les os nasaux, dans de telles conditions que le lendemain, lorsque je le vis, à neuf heures du matin, la partie séparée était renversée au-devant de la bouche, laissant voir, malgré les caillots sanguins qui les encombraient, l'intérieur des fosses nasales; cette partie était soutenue dans cette position par les mains du blessé; elle était froide et ne tenait au tronc que par deux petits lambeaux cutanés appartenant, l'un, à la sous-cloison du nez, et l'autre à l'extrémité de l'aile gauche. La division intéressait donc toute la portion molle du nez, depuis la partie moyenne de cet organe jusqu'à la sous-cloison; ses bords étaient plus ou moins frangés, comme cela a lieu dans les plaies par déchirure ou par arrachement. En outre une plaie longitudinale, de 2 centimètres d'étendue, perpendiculaire à celle que je viens de décrire, existait à la peau qui recouvre les os nasaux; j'en retirai un fragment d'épi de gramen, qui s'y était introduit au moment de l'accident.

A en juger par l'état de son visage et de ses habits, le blessé avait dû répandre beaucoup de sang, soit par la plaie, soit plutôt par les fosses nasales; mais tout écoulement sanguin paraissait avoir cessé depuis longtemps : aussi, sans me préoccuper d'autre soin, je lavai la plaie à l'eau froide, et, après avoir fait un rapprochement aussi exact que possible, je pratiquai cinq sutures, deux à gauche et trois à droite, puis je revêtis le nez de petites bandelettes de linge enduites de collodion, que j'imbriquai les unes sur les autres, suivant le grand axe du nez, en retroussant leur extrémité inférieure contre le bord interne des narines. Je constituai ainsi une coque extérieure très-propre à immobiliser le nez et à lui conserver sa forme.

Le lendemain il y eut un peu de gonflement autour du pansement, mais la pointe du nez, que j'avais laissée libre, me parut chaude et rosée. Deux jours après tout gonflement avait cessé. Le 12 août suivant, neuf jours après le pansement, j'enlevai les bandelettes et les sutures, et le 17, c'est-à-dire quatorze jours après les premiers soins, tout était terminé, et Frédéric reprenait ses travaux ordinaires le 20 août, dix-huit jours après l'accident. La restauration de son nez est aussi parfaite que possible. Une cicatrice linéaire est le seul indice révélateur de l'accident, et la respiration nasale se fait aussi bien d'un côté que de l'autre. Seulement la sensibilité tactile semble abolie dans l'aile droite, qui avait été plus complétement séparée que la gauche; pour celle-ci il n'y a rien de changé à cet égard. Cette fonction y est bien rétablie.

DISCUSSION

M. GILLEBERT DHERCOURT père. J'ai été témoin d'un autre fait de section du nez, mais cette fois de section totale. Pendant un duel au sabre, qui avait lieu sur une route, à la frontière d'Italie, et auquel j'assistais comme médecin, le cri : « Arrêtez ! » fut poussé par un des témoins qui avait entendu arriver une voiture. Aussitôt l'un des combattants baissa son arme et se tourna du côté d'où venait le bruit; l'autre, sans doute moins maître de lui, continua à frapper, et un coup atteignit et coupa entièrement le nez de son adversaire. Ce nez, que je ramassai aussitôt, me servit tout d'abord à comprimer la surface saignante en attendant que mon confrère eût préparé ce qu'il fallait pour combattre l'hémorrhagie; puis nous fîmes à la hâte un pansement, qui nous permit de quitter le lieu découvert où nous nous trouvions. Je regrette que ces circonstances et, je dois le dire, la résistance de mon confrère, m'aient empêché de maintenir le nez en place par quelques points de suture aidé d'agglutinatifs et de tenter une réunion.

M. GALLARD. Je comprends d'autant mieux les regrets de M. Gillebert-Dhercourt, que j'ai été témoin d'une réunion de partie qui avait été totalement séparée. Étant interne à la Pitié, on nous amena un garçon, qui s'était coupé le doigt sous un de ces leviers dont se servent les boulangers pour trancher le pain. Je réclamai le bout, que l'on me présenta bientôt rempli de poussière et de sciure, il comprenait l'extrémité de l'ongle et la pulpe digitale. Je l'ajustai exactement et le maintins à l'aide de sparadrap. Cinq ou six jours après, l'appareil fut enlevé, le doigt était réuni par première intention.

M. RELIQUET. Je me rappelle avoir vu un nez qui, sectionné par une morsure d'homme, ne tenait plus que par un lambeau de peau. Nous le recollâmes aussi exactement que possible, et la cicatrisation se fit; mais l'extrémité de l'organe resta toujours violacée, peut-être à cause de la nature du traumatisme.

M. GILLETTE. Les faits de séparation du nez par instruments tranchants ne sont pas rares, et particulièrement en Allemagne, où le sabre est l'arme des duels ; mais la réunion par première intention

peut s'opérer s'opérer même lorsque la plaie est mâchée et contuse. Ainsi je citerai un cas que j'ai observé et dans lequel l'extrémité du nez avait été séparée par la morsure d'un cheval. On recolla les parties, la réunion se fit sans aucune suppuration, et, quelques mois après, il n'existait plus de traces de l'accident.

M. DELASIAUVE. J'ai vu semblable chose pour une oreille. Deux camarades se battant, l'un mordit l'oreille de l'autre de façon si violente qu'il la détacha; je la recollai, et quinze jours après tout avait repris.

M. Delasiauve fait une longue et importante communication sur la *classification des maladies mentales.*

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : GILLEBERT DHERCOURT *fils.*

ÉTAT SANITAIRE.

Paris : Population (recensement de 1872), 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 5 novembre 1875, on a constaté 813 décès, savoir :

Variole, 1; rougeole, 3; scarlatine, 4; fièvre typhoïde, 32; érysipèle, 5; bronchite aiguë, 30; pneumonie, 43; dysenterie, »; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 7; choléra nostras, »; angine couenneuse, 12; croup, 16; affections puerpérales, 5; autres affections aiguës, 213; affections chroniques, 382, dont 159 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 47; causes accidentelles, 13.

Londres : Population, 3,445,160 habitants. — Décès du 24 au 30 octobre 1875, 1,477. — Variole, 1; rougeole, 24; scarlatine, 128; fièvre typhoïde, 14; érysipèle, 4; bronchite, 157; pneumonie, 64; dysenterie, 3; diarrhée, 35; choléra nostras, 2; diphthérie, 17; croup, 16; coqueluche, 49.

New-York : Population, 1,060,000 habitants. — Décès du 3 au 9 octobre 1875, 529. — Variole, 10; rougeole, »; fièvre typhoïde, 9; scarlatine, 3; érysipèle, »; bronchite, 15; pneumonie, 35; dysenterie, »; diarrhée, 136; croup, 16.

Rome : Population, 256,153 habitants. — Décès du 11 au 17 octobre 1875, 189. — Variole, »; rougeole, »; fièvre typhoïde, 5; érysipèle, »; bronchite, 7; pneumonie, 17; diphthérie et croup, 4.

Buda Pesth : Population, 300,000 habitants. — Décès du 17 au 23 octobre 1875, 202. — Variole, »; rougeole, »; fièvre typhoïde, 3; pneumonie, 15; bronchite, »; diarrhée, 12; diphthérie, 4; croup, 3.

Bruxelles : Population, 188,264 habitants. — Décès du 17 au 23 octobre 1875, 64. — Variole, 1; rougeole, 1; fièvre typhoïde, 3; érysipèle, »; bronchite et pneumonie, 11; entérite et diarrhée, 7.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 4 novembre 1875, un concours pour un emploi de suppléant pour les chaires de clinique et de pathologie internes sera ouvert à l'école de médecine de Besançon, le 1er mai 1876.

— *Faculté de médecine.* — MM. les professeurs de la Faculté de médecine doivent se réunir mercredi pour entendre un rapport de M. Wurtz, sur une proposition nouvelle, consistant à présenter à M. le ministre de l'instruction publique deux professeurs entre lesquels celui-ci choisira le doyen. La Faculté se réserverait la nomination des deux assesseurs.

— *Hôtel-Dieu.* — M. le professeur Richet reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le samedi 13 novembre 1875, à huit heures du matin, et les continuera tous les jours à la même heure.

Les leçons dans l'amphithéâtre auront lieu les mardis et samedis, à neuf heures, et les opérations à dix heures.

— *Cours d'anatomie.* — M. le professeur Sappey commencera son cours d'anatomie le 8 novembre, à quatre heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— *Cours de pathologie externe.* — M. le professeur Dolbeau commencera son cours le 13 novembre 1875, à trois heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— *Cours de médecine opératoire.* — M. le professeur Le Fort commencera son cours le samedi 13 novembre 1875, à quatre heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— *Cours de pathologie interne.* — M. le docteur Duguet, agrégé, suppléant de M. le professeur Axenfeld, commencera son cours de pathologie interne le lundi 15 novembre, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continnera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— *Hôpital des Enfants-Malades.* — M. le docteur Blachez, professeur agrégé à la Faculté, commencera son cours clinique des maladies des enfants, le samedi 13 novembre, à neuf heures et demie, et le continuera les samedis suivants, à la même heure.

Visite des malades tous les jours à huit heures et demie.

Conférence clinique tous les jeudis.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 10 novembre, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° rapport de M. Gibert, sur la candidature de M. Delineau; 2° présentation de candidats aux titres de membres associés libres, nationaux et étrangers et de membres correspondants; 3° de la publication des comptes rendus de la société; 4° de la chirurgie des pauvres à domicile, par M. Dusseris.

De l'hématocèle péri-utérine, par le docteur Henri NACHTEL. — In-8° de 60 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1875, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,
Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259 (chaux et magnésie)	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre......................		1.33
Silicate acide / Arseniate » / Phosphate » / Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux..................		
Chlorure de sodium..................		
Matières organiques..................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

ERGOTINE
DRAGÉES D'ERGOTINE
DE BONJEAN

(Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.)

D'après les plus illustres médecins, les Dragées d'Ergotine sont employées avec le plus grand succès pour faciliter le travail de l'accouchement, contre les hémorrhagies utérines, les engorgements de l'utérus, les métrorrhagies, l'épistaxis, les dysenteries et diarrhées chroniques, etc., et la solution d'ergotine au 10e (Ergotine, 10 grammes; eau, 100 grammes) est un des précieux hémostatiques que possède la médecine.

Dépôt général : à la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

MALADIES DE LA PEAU
LES GRANULES
Et le Sirop d'Hydrocotyle asiatica

DE J. LÉPINE

Pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry

sont, d'après le Dr Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : **Eczéma, Psoriasis, Lichen, Prurigo, Dartres**, etc., etc.

Dépôt général à Paris : 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré, et pour la vente en gros : 99, r. d'Aboukir.

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

AU QUINQUINA, PYROPHOSPHATE DE FER

Oranges amères et malaga

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Véritable jus de bifteck
du docteur X. ROUSSEL

Alimentation reconstituante. Dépôt général maison du *Silphium*, r. Drouot, 2, Paris. Prix du flacon, 3 fr. 50.

Silphium cyrenaïcum

Expérimenté par le docteur **LAVAL**, avec le plus grand succès, dans le traitement de la **phthisie** pulmonaire à tous les degrés, de la phthisie laryngée et dans toutes les affections de la poitrine et de la gorge.

Importé et préparé par DERODE et DEFFÈS, pharmaciens de 1re classe.

PRIX DES PRÉPARATIONS :

Granules jaunes à 5 cent., le flac. de 60.	5 fr.	»
Granules roses à 25 millig., —	4	»
Teinture, en flacons de 2 fr. 50, 4 fr. et	6	»
Poudre de silphium, la boîte..........	3	»

MAISON DE VENTE : 2, RUE DROUOT, PARIS.

Thérapeutique des affections rhumatismales.

Baume à l'huile concrète de LAURIER D'ARABIE

contre la goutte, les rhumatismes, les douleurs, les névralgies, etc. (AL-GHAR DU Dr ALI.) — Lorsqu'on frotte avec ce baume la partie malade, il s'y développe bientôt une très-vive chaleur, mais qui ne produit aucune irritation de la peau, contrairement aux autres produits qui enflamment généralement les parties sur lesquelles on les applique et ne soulagent momentanément qu'en substituant une douleur à une autre.

Ph. Mariani, 41, bd Haussmann, et princ. pharm.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO. PHTHISIES, *Anémie*, **Rachitisme**, DIABÈTE, *Diarrhée*, **Cachexies**, *Albuminurie, la* **Convalescence**, *l'épuisement.* (*Gros*), *8, r. Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

ÉPILEPSIE
HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Dragées anti-épileptiques

au bromure arsenical et à la **picrotoxine** du Dr GELINEAU. En priant nos confrères de faire l'essai de nos dragées, nous sommes en mesure de leur affirmer que, le plus souvent, ils verront disparaître les crises dès le premier mois du traitement. — Le flacon : 8 francs. — Paris, pharmacie du Dr Détray, 1, rue des Tournelles, Paris.

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

(GOUDRON ET MONOSULFURE DE SODIUM INALTÉRABLES.)

Prescrit avec le plus grand succès dans la **Bronchite chronique**, le **catarrhe**, l'**Asthme**, la **Laryngite** et dans la **Tuberculose**, quand l'expectoration est très-abondante.

DÉPOT : rue Vieille-du-Temple, 21.

VIN MARIANI
à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. 5 francs la bouteille.

Mariani, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE
de Ad. CARPENTIER, pharmacien, à Paris

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. Le flacon, 3 fr. 61, Boulevard Malesherbes et toutes les pharmacies.






PEPSINE BOUDAULT

SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, successeur de BOUDAULT, 24, rue des Lombards, a Paris.

VIN DE CHASSAING
A LA PEPSINE et A LA DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 mars 1864.

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient **la Pepsine**, qui n'a d'action que sur les aliments azotés, à son auxiliaire naturel **la Diastase**, qui transforme en Glycose les aliments féculents et les rend ainsi propres à **la nutrition. Cette** préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats

contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES	MAUX D'ESTOMAC
LIENTÉRIE, DIARRHÉE	DYSPEPSIES, GASTRALGIES
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES	CONVALESCENCES LENTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION	PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES...

Paris, 2, rue de la Coutellerie (ci-devant, 2, avenue Victoria), et la plupart des Pharmacies

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. J. Guérin a engagé hier la discussion sur le point de vue incident ou latéral, comme on l'a appelé, du travail de M. Giraud-Teulon relatif aux altérations de la vision dans leurs rapports avec le service militaire, nous voulons dire sur la myopie. Par la manière dont il a envisagé le sujet, ce ne serait plus le point latéral, mais bien le point principal, le fond même de la question que M. J. Guérin entendrait traiter en plaçant le débat sur la pathogénie de la myopie, les applications administratives mises en question devant dépendre elles-mêmes de l'issue du différent soulevé entre M. Giraud-Teulon et lui sur ce sujet. On trouvera dans le compte rendu une analyse de la première partie de cette argumentation. Nous attendrons qu'elle ait été terminée pour en présenter ici l'esprit général.

L'Académie avait entendu, avant, la lecture d'un mémoire de M. Denucé (de Bordeaux), sur l'inversion utérine irréductible et l'hystérotomie externe, qui en est souvent la conséquence obligée. On trouvera également dans le compte rendu les conclusions de ce travail, qui sera très-probablement, d'ailleurs, l'objet d'un rapport.

Dans cette même séance, l'Académie a procédé à l'élection d'un correspondant étranger; elle a donné la majorité à M. Schwann, l'éminent professeur d'anatomie générale et de physiologie de Liége, qui a été élu, et une minorité pleine de promesses pour l'avenir à M. Faget (de la Nouvelle-Orléans), dont nous avons plusieurs fois eu l'occasion de signaler les estimables travaux à nos lecteurs.

Dr BROCHIN.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

La folie du doute (avec délire du toucher) (1).

Le phénomène des phases suspensives dans le cours de la folie du doute (avec délire du toucher) a une très-grande importance et a besoin d'être décrit ici, car s'il s'observe si fréquemment dans les deux premières périodes de la névrose, il ne se retrouve pas dans la troisième période, la maladie étant alors devenue permanente, continue.

Il existe deux sortes de phases suspensives : l'intermission et la rémission.

Sans qu'il soit possible de comparer l'intermission au jour plein et entier qui sépare deux nuits, on peut dire cependant que la suspension temporaire des manifestations du délire, sans être complète, est encore assez étendue. Voyez un malade traversant une intermission, et vous le trouverez un peu morne, moins hésitant, plus confiant en lui-même et dans autrui, débarrassé ou à peu près de cette production spontanée, involontaire et irrésistible de séries de pensées sur les sujets les plus ridicules, ne délibérant plus à part lui sur des abstractions, moins scrupuleux, moins craintif, moins rabâcheur, osant davantage porter la main sur tels ou tels objets, ne recourant plus à des lavages aussi répétés et conservant une attitude générale infiniment plus tranquillisée. Sans être évasives, ses réponses seront brèves. Il consentira peut-être à vous parler du poison qu'il redoutait, de l'animal pour lequel il se sentait tant de répulsion, ou il saisira par bravade devant vous et sans émotion apparente le bouton de la porte ou telle pièce de monnaie, mais vous remarquerez bien vite qu'il n'est point sûr de lui, et vous agirez prudemment en ne poussant pas trop loin les constatations et les épreuves. Prêtez, en effet, une oreille attentive, et vous entendrez gronder l'orage dans le lointain. Vienne un changement brusque de température, une contrariété, une époque cataméniale ou une nouvelle imprévue, et l'entr'acte sera terminé. Le rideau, une fois levé, vous deviendrez de nouveau le témoin de la scène délirante, que vous connaissez. Qu'aura duré cette intermission? Vingt-quatre heures, quatre jours, deux ou trois semaines au plus.

La rémission, au contraire, est un état bien autrement persistant et tout à fait de meilleur aloi. Une rétrocession pathologique entière s'est opérée, et le malade est redevenu ce qu'il était auparavant. Il parle de la meilleure foi du monde de ses scrupules, de ses interrogations personnelles, de ses représentations mentales d'images, de ses crises d'excitation avec *aura* épigastrique préalable; il marche et s'asseoit comme tout le monde, touche à tout sans aucune réminiscence émotive, déplore et combat ses anciennes perplexités chimériques, remercie affectueusement tous ceux qui l'ont écouté et rassuré, serre les mains de ses amis, caresse le chat ou joue avec le chien, ouvre et ferme les portes et les fenêtres, et ne cause plus jamais avec lui-même. Sa réhabilitation intellectuelle est complète. Le paix est signée et cette intégrité mentale va demeurer ferme et se soutenir dans toute sa pureté pendant un temps donné, qui sera peut-être de deux mois, de six mois, d'un an, de trois ans ou même de cinq ans.

Tous les malades, en général, ont des intermissions plus ou

(1) Suite. — Voir les numéros des 28, 30 septembre, 7, 14, 21 et 28 octobre.

moins fréquentes, mais certains n'ont jamais de rémissions. Il se passe là un phénomène qui ne dépend à peu près que du plus ou moins d'hérédité morbide chez le sujet délirant. Les longues trêves sont d'autant plus rares, que la prédisposition à la folie était plus accentuée.

Pendant le cours de la névropathie qui nous occupe ou pendant les intermissions, les malades écrivent sans trop de répugnance et dépeignent avec un soin infini toutes leurs angoisses, mais dès qu'une rémission véritable se prononce, il importe de ne point solliciter d'eux une relation de leurs souffrances morales passées et de leurs actes puériles et absurdes. Ils ne reçoivent une pareille demande qu'avec dépit et se refusent à l'accorder. Toute insistance sur ce point dégénèrerait en une indiscrétion. C'est même là l'une des nuances qui différencie encore l'intermission de la rémission.

Puisqu'il vient d'être question des écrits, je désire transcrire ici le récit des appréhensions, des anxiétés et des douleurs d'une jeune fille de dix-huit ans, traitée par Baillarger en 1857 :

« Il y aura bientôt trois ans, écrit-elle, que mes craintes et mes inquiétudes ont vraiment pris le caractère d'une maladie; avant, elles m'obsédaient bien aussi mais avec moins de ténacité. Toute jeune, je me tourmentais avec une facilité incroyable pour mes confessions et mes communions surtout, au point que c'était plutôt un tourment pour moi qu'une consolation. Pour mes confessions, je recherchais toujours dans ma vie passée pour voir si je n'avais pas oublié quelques fautes auxquelles je donnais toujours une gravité sérieuse, et quand la mémoire me faisait défaut sur les circonstances, la crainte, l'incertitude me faisaient toujours supposer le pire. Enfin, j'étais comme une ennemie de moi-même, épluchant continuellement mes moindres actions. Pour mes communions, je craignais toujours que quelque petite parcelle de l'hostie ne fût tombée par terre. Dans les églises, je m'imaginais que j'allais en voir et que par mégarde on pourrait en laisser tomber. Ces dernières idées me tourmentèrent si fortement, que mon confesseur me défendit toute espèce de recherches à cet égard.

J'étais ridiculement scrupuleuse pour la délicatesse de conscience. Ainsi, j'avais pris d'une manière si exagérée les recommandations de ma mère, de bien m'acquitter de mes petites dettes de pensionnaire, de ne rien recevoir, de ne rien changer, que je cherchais toujours malgré moi si je n'avais rien à me reprocher sur ce sujet, craignant d'oublier de payer ce que je devais ou doutant toujours si je l'avais fait.

C'est au milieu d'une crise de scrupules religieux que me sont venues ces malheureuses idées de croire que je serais la cause de malheurs. Plusieurs jours avant, j'avais été frappée des récits qu'on m'avait fait d'accidents causés par les épingles et les aiguilles. Ce qui m'avait le plus vivement émotionnée, c'était qu'on m'avait dit que la piqûre d'une épingle sur la tête d'un enfant pouvait le faire mourir ; alors je ne pouvais plus manier d'épingles sans crainte et même sans effroi; je ne voulais plus en porter de peur qu'elles ne tombassent dans les aliments; je n'allais dans une cuisine qu'avec inquiétude à cause de cela; lorsque je travaillais et que je cassais une aiguille, je ne savais que faire des morceaux; lorsque je les jettais par terre, j'aurais désiré savoir ce qu'ils deviendraient; en tout je considérais une fin malheureuse, je croyais en voir partout. J'avais si peu de confiance en moi-même, que je doutais de mes sens, il me semblait que mes yeux me trompaient. Un jour, il m'était venu la pensée d'essayer de mettre une épingle dans le pain pour bien me persuader qu'on s'en apercevrait. Il me semble bien avoir éloigné cette dernière idée immédiatement, mais le combat intérieur que j'éprouvais, ne sachant que faire, me jetait dans un abattement si grand, que plus tard cela me faisait l'effet d'un rêve, craignant toujours, dans un moment d'égarement, d'avoir exécuté mes idées; mais maintenant je pense bien que les faits ne se passent qu'en imagination et non en réalité.

J'ai eu pendant quelque temps les mêmes craintes pour les petits morceaux de verre, le phosphore, les allumettes chimiques. Toutes ces idées avaient tellement pris d'empire sur moi, que je n'étais pas assez forte pour les chasser, et puis j'en revenais toujours à : *Si cela m'arrivait*, et le terrible *si* faisait mon supplice!

Je ne pouvais me livrer à aucune distraction. Je ne pouvais lire sans croire que j'avais fait, dans des circonstance différentes, quelque chose à peu près semblable, ou que j'étais capable de le faire. Par exemple, j'avais lu qu'un enfant avait mis une pierre sur le chemin de fer voulant essayer si cela occasionnerait quelque malheur. Ses prévisions avaient été tristement réalisées. Cette lecture m'avait tellement impressionnée, que lorsque je voyageais ou que je traversais un chemin de fer, je croyais toujours y laisser tomber quelque chose, ou bien il me semblait que j'avais le désir d'essayer pour voir s'il m'en arriverait autant. Je me laissais fasciner par le mal, et je pensais qu'immédiatement je le ferais.

L'année dernière, je suis allée aux bains de mer. Là, ma maladie a fait de rapides progrès : chaque jour était marqué par une nouvelle idée. En me promenant sur les dunes, il me semblait que si je ne me retenais je pousserais tout le monde, que j'avais des mouvements brusques. Je n'osais m'approcher des petits enfants. Par la même raison, je n'aurais jamais ramassé des coquillages ou des petits cailloux sur le bord de la mer, parce qu'il me semblait que j'en ferais mauvais usage; je n'osais plus rien toucher de peur que, dans un moment d'exaspération, je le jettasse violemment contre quelqu'un ; je faisais des rêves affreux, je me réveillais en sursaut, croyant avoir été la cause de quelque accident. Le soir, quand je rentrais, je faisais de si tristes comparaisons, le contraste qui existait entre moi et les heureux promeneurs, m'ôtait tout courage et me jetait dans un abattement que j'ai conservé tout l'hiver, même rentrée à la maison, jusqu'à ce qu'enfin on ait pris le *grand moyen*, celui de me faire soigner plus énergiquement. »

Cette intéressante malade, que recommandent les plus sérieuses qualités, est aujourd'hui âgée de trente-six ans. Elle est devenue obèse. Depuis 1857, la névrose n'a pas cessé, mais certaines craintes ont disparu pour faire place à d'autres. Placée successivement dans plusieurs couvents et bénéficiant chaque fois d'une phase suspensive, qui en imposait pour une guérison, cette délirante exige actuellement des répétitions fréquentes et a besoin d'être rassurée, ce qui demande parfois plusieurs heures, et devient alors une tâche trop lourde pour une seule personne. Dans ces derniers temps, elle a plus facilement consenti à sortir et elle s'est un peu occupée de sa toilette.

La folie du doute (avec délire du toucher) est donc une affection paroxytique, rémittente, dans ses deux premières périodes. Elle ne présente aucun caractère de périodicité proprement dite. Si la menstruation paraît exercer quelque influence chez la femme sur l'apparition successive des intermissions et sur la durée si fugitive de ces armistices, elle n'a, en revanche, aucune action sur les rémissions.

Avant d'arriver à la description de la troisième période, je tiens à citer à l'appui de toutes les opinions cliniques que j'ai jusqu'à présent exposées, une observation très-détaillée et très-significative qu'Esquirol a rapportée dans son chapitre sur la *monomanie* (1), et qui se rattache d'un bout à l'autre et de point en point à la névrose que nous étudions. Je suis heureux de trouver en quelque sorte la consécration de tout ce que j'ai avancé dans le fait clinique qui va suivre, et qui est si digne d'être détaché de l'œuvre considérable de l'illustre ancien médecin de la Salpêtrière et de Charenton.

IX. — M[lle] F..., âgée de trente-quatre ans, est d'une taille élevée; elle a les cheveux châtains, les yeux bleus, la face colorée, le tempérament sanguin; elle est d'un caractère gai et d'une humeur douce. Élevée dans le commerce dès la première jeunesse, elle craignait de faire tort aux autres. Plus tard, lorsqu'elle faisait un compte, elle appréhendait de se tromper au préjudice de ceux pour qui était ce compte.

(1) *Des maladies mentales*, t. II, p. 63. — 1838.

Mlle F... allait fréquemment chez une tante, sans chapeau et avec un tablier qu'elle portait habituellement; un jour, à l'âge de dix-huit ans, sans cause connue, en sortant de chez sa tante, elle est saisie de l'inquiétude qu'elle pourrait bien, sans le vouloir, emporter dans les poches de son tablier quelque objet appartenant à sa tante. Elle fit désormais ses visites sans tablier.

Plus tard, elle met beaucoup de temps pour achever des comptes et des factures, appréhendant de commettre quelque erreur, de poser un chiffre pour un autre, et par conséquent de faire tort aux acheteurs. Plus tard encore, elle craint, en touchant à la monnaie, de retenir dans ses doigts quelque chose de valeur.

En vain lui objecte-t-on qu'elle ne peut retenir une pièce de monnaie sans s'en apercevoir, que le contact de ses doigts ne peut altérer la valeur de l'argent qu'elle touche. Cela est vrai, répond-elle, mon inquiétude est absurde et ridicule, mais je ne peux m'en défendre. Il fallut quitter le commerce. Peu à peu les appréhensions augmentent et se généralisent. Lorsque Mlle F... porte ses mains sur quelque chose, ses inquiétudes se réveillent; elle lave ses mains à grande eau. Lorsque ses vêtements frottent contre quelque objet que ce soit, elle est inquiète et tourmentée. Est-elle quelque part? elle apporte toute son attention pour ne toucher à rien ni avec ses mains, ni avec ses vêtements. Elle contracte une singulière habitude : lorsqu'elle touche à quelque chose, lorsque ses vêtements ont été en contact avec un meuble ou avec un autre objet, lorsque quelqu'un entre dans son appartement, ou qu'elle fait une visite, elle secoue vivement ses mains, frotte les doigts de chaque main les uns contre les autres, comme s'il s'agissait d'enlever une matière très-subtile cachée sous les ongles. Ce singulier mouvement se renouvelle à tous les instants de la journée et dans toutes les occasions.

Mlle F... veut-elle passer d'un appartement dans un autre? elle hésite, et, pendant toute l'hésitation, elle prend toutes sortes de précautions pour que ses vêtements ne touchent ni aux portes, ni aux murs, ni aux meubles. Elle se garde bien d'ouvrir les portes, les croisées, les armoires, etc., quelque chose de valeur pourrait être attaché aux clefs ou aux boutons qui servent à les ouvrir et rester après ses mains. Avant de s'asseoir, elle examine avec le plus grand soin le siége, elle le secoue même s'il est mobile, pour s'assurer que rien de précieux ne s'attachera à ses vêtements. Mlle F... découpe les ourlets de son linge et de ses robes, crainte que quelque chose ne soit caché dans ces ourlets. Ses souliers sont si étroits que la peau dépasse la bordure des souliers, ses pieds gonflent et la font beaucoup souffrir; cette torture a pour motif d'empêcher quelque chose de s'introduire dans le soulier. Les inquiétudes sont quelquefois, pendant les paroxysmes, poussées si loin qu'elle n'ose toucher à rien, pas même à ses aliments; sa femme de chambre est obligée de porter les aliments à sa bouche. Après plusieurs périodes de rémission et d'exaspération, répétées pendant plusieurs années, après avoir reconnu l'impuissance des conseils de ses parents, de ses amis et de sa propre raison, elle se décide à se rendre à Paris en novembre 1830. L'isolement, le soin des étrangers, les efforts que fait Mlle F... pour cacher sa maladie, améliorent sensiblement son état, mais le chagrin d'avoir quitté ses parents, le désir de les voir, la déterminent, après deux mois, à retourner dans sa famille. Là, elle reprend peu à peu toutes ses inquiétudes et toutes ses manies. Après quelques mois, elle quitte volontairement la maison paternelle pour habiter et vivre avec la famille d'un habile médecin. Elle perd encore une grande partie de ses appréhensions et de ses habitudes bizarres. Un an est à peine écoulé que les mêmes inquiétudes se renouvellent ainsi que les mêmes précautions. Le paroxysme dure pendant dix-huit mois. Après un an de rémission, nouveaux paroxysmes; Mlle F... vient se confier à mes soins à la fin de l'année 1834 : pendant dix-huit mois, à peine s'aperçoit-on des mouvements des mains et des doigts et de toutes les autres précautions qu'elle prend; mais, depuis six mois (juin 1837), les phénomènes reparaissent avec plus d'intensité, laquelle augmente de jour en jour.

Pour faire mieux apprécier cette singulière aberration, je tracerai la manière de vivre de Mlle F... pendant un jour; elle se lève à six heures, l'été comme l'hiver, sa toilette dure ordinairement une heure et demie, et plus de trois heures pendant les périodes d'excitation. Avant de quitter son lit, elle frotte ses pieds pendant dix minutes pour enlever ce qui a pu se glisser entre les orteils ou sous les ongles; ensuite elle tourne et retourne ses pantoufles, les secoue et les présente à sa femme de chambre pour que celle-ci, après les avoir bien examinées, assure qu'elles ne cachent pas quelque chose de valeur. Le peigne est passé un grand nombre de fois dans les cheveux pour le même motif. Chaque pièce des vêtements est successivement un grand nombre de fois examinée, inspectée dans tous les plis et replis, etc., et secouée vivement. Après chacune de ces précautions, les mains sont vivement secouées à leur tour, et les doigts de chaque main frottés les uns contre les autres; ce frottement des doigts se fait avec une rapidité extrême et se répète jusqu'à ce que le nombre de ces frottements, qui est compté à haute voix, soit suffisant pour convaincre Mlle F... qu'il ne reste rien après ses doigts. Les préoccupations et l'inquiétude de la malade sont telles pendant cette minutieuse exploration qu'elle sue et qu'elle en est excédée de fatigue; si, par quelque circonstance, ces précautions ne sont point prises, Mlle F... est mal à l'aise pendant toute la journée. La femme de chambre, qui ne doit jamais la quitter, assiste à cette longue toilette pour aider la malade à se convaincre que nul objet de valeur n'est adhérent à ses vêtements ou à ses doigts. Les affirmations de cette femme abrègent les précautions et la toilette.

Si l'on menace d'envoyer une seconde femme, la toilette est abrégée, mais la malade est tourmentée tout le jour.

Déjeuner à dix heures : avant de commencer son repas, Mlle F... explore et secoue les serviettes, les verres, les carafes, les couteaux, elle secoue et frotte ses doigts après qu'elle a touché les diverses pièces de son couvert. Il en est de même pour le dîner. La présence des étrangers ne la retient point. Elle mange avec une sorte de vivacité.

Avant de se coucher elle prend les même précautions, et sa toilette du soir dure plus d'une heure.

Pendant la journée, Mlle F... lit ou se livre à quelque travail d'aiguille, mais elle a bien soin de secouer les livres, l'ouvrage, avant de s'en servir, de secouer ses mains et de frotter ses doigts à chaque fois qu'elle a touché à ces divers objets.

S'il lui arrive de porter les mains à ses cheveux, à sa figure, à ses vêtements, ou sur quelque objet placé auprès d'elle, elle secoue, elle frotte ses doigts, comme je l'ai dit plus haut. Mlle F... écrit à sa famille pour lui rendre compte de son état, de ce qu'elle fait, de ses projets, de ses espérances de guérison; avant d'écrire, elle secoue le papier, les plumes, l'écritoire, et ne cachète jamais ses lettres avant que sa femme de chambre ne l'ait assurée qu'il n'y a rien dans les plis du papier. Elle ne décachète jamais les lettres qu'elle reçoit. Pendant les paroxysmes, Mlle F... ne lit, ne travaille et n'écrit qu'en présence de sa femme de chambre, et, si elle est accidentellement seule, même dans son appartement, elle ne s'asseoit pas avant que celle-ci n'arrive et n'assure qu'il n'y a rien sur le siége qui empêche de s'asseoir. Mlle F... fait des visites; en entrant, elle se garantit de tout contact, se balance autour du siége, l'examine, le secoue, et elle fait tout cela avec assez d'adresse pour qu'on ne s'en aperçoive pas d'abord. Reçoit-elle des visites, elle approche un fauteuil, mais aussitôt elle secoue et frotte ses doigts. Elle fait des voyages dans sa ville natale, mais elle s'arrange de manière à arriver très-grand matin, afin d'avoir le temps de changer de linge, de vêtements, et de se laver avant d'embrasser ses parents à leur lever. Mlle F... ne déraisonne jamais; elle a le sentiment de son état, elle reconnaît le ridicule de ses appréhensions, l'absurdité de ses précautions, elle en rit, elle en plaisante; elle en gémit, quelquefois elle en pleure; non-seulement elle fait des efforts pour se vaincre, mais elle indique les moyens, même très-désagréables, qu'elle croit propres à l'aider pour triompher de ses appréhensions et de ses précautions.

Mlle F... soigne sa toilette, mais sans recherche; elle achète chez les marchands, mais sa femme de chambre paye; elle compte ensuite avec celle-ci et lui fait prendre son argent dans son secrétaire sans y toucher elle-même. Mlle F... aime la distraction, elle va au spectacle, dans les promenades publiques; elle fait des parties de campagne; tous les soirs elle se réunit à une société; sa conversation est gaie, spirituelle et quelquefois malicieuse; mais si elle change de siége, si elle porte ses mains à sa tête, à sa figure, à sa robe, à son fauteuil

ou au fauteuil de quelque autre personne, elle secoue, se frotte vivement les doigts ; elle fait de même si quelqu'un entre ou sort du salon. Elle conserve d'ailleurs une très-bonne santé ; l'appétit et le sommeil sont bons : elle a quelquefois de la céphalalgie ; la face se colore promptement pour la plus légère émotion ; elle se prête à tous les soins médicaux qui lui sont proposés ; elle répugne aux bains, à cause des précautions qu'elle est obligée de prendre avant d'entrer dans l'eau et après en être sortie.

Il serait impossible, dans aucun temps, de surprendre le moindre désordre dans les sensations, dans le raisonnement, dans les affections de cette intéressante malade.

La scène morbide de la folie du doute va actuellement subir une transformation nouvelle. La continuité ultérieure du délire, l'accomplissement d'actes de plus en plus anormaux et surtout l'abolition de toute sociabilité, vont apporter dans l'habitude générale du malade des changements importants à noter. (*A suivre.*)

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC

Rareté actuelle du chancre simple (1).

Leçon recueillie par M. HUGONNEAU, interne du service.

XIX

Cet état de choses persista pendant la période qui suivit immédiatement la guerre. Mais nous n'eûmes plus tard, soit à la consultation, soit dans le service, qu'un spécimen affaibli de ce que nous avions observé pendant les deux siéges, et ce spécimen alla s'atténuant et s'amoindrissant de mois en mois à partir de 1872.

Du reste, messieurs, vous pourrez suivre, d'après les statistiques que je vais vous donner, la décroissance du chancre simple depuis la guerre jusqu'au premier semestre de 1875. Si je ne puis pas vous prouver par des chiffres personnels la fidélité de mes souvenirs, en ce qui concerne l'immense développement de cette espèce vénérienne pendant les deux siéges de Paris, il me sera permis, du moins, de vous faire remarquer combien les conséquences de l'état de choses dont j'ai essayé de vous tracer une esquisse prouvent en faveur de son exactitude.

Consultons encore une fois le registre de l'hôpital du Midi, où sont consignés les sortants de chaque jour, avec le diagnostic de l'affection dont ils ont été soignés dans les salles.

Pour 1870, nous n'avons que le second semestre ; mais ne nous en plaignons pas, c'est le plus intéressant.

Eh bien, du 1er juillet au 31 décembre, on a traité dans l'hôpital :

Affections blennorrhagiques simples ou compliquées. .	513	
Chancres syphilitiques. . .	241	501 syphilis.
Accidents syph. consécutifs.	260	
Chancres simples et bubons suppurés.	475	
Total	1,489	

Ainsi, déjà dans le deuxième semestre de 1870, les chancres mous ont représenté un peu plus du tiers des maladies vénériennes admises à l'hôpital. Les chancres syphilitiques ont été au chancre simple comme 1 est à 2 moins une fraction.

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 23 septembre, 7 et 28 octobre.

En 1871, le relevé donne les résultats suivants :

Affections blennorrhagiques simples ou compliquées. .	569	
Chancres syphilitiques. . .	247	589 syphilis.
Accidents syph. consécutifs.	342	
Chancres simples.	794	
Total.	1,952 (1)	

D'après ce tableau, vous pouvez voir que la progression du chancre simple est manifeste, puisque, au lieu de ne représenter que le tiers des maladies vénériennes, comme en 1870, il y figure pour *près de moitié*. Quant à sa prédominance sur le chancre syphilitique, elle est encore plus marquée que dans le semestre précédent. Le chancre syphilitique n'est, en effet, par rapport au chancre mou, que dans la proportion de 1 à 3.

XX

Nous voici arrivés en 1872. Ici, messieurs, commence la diminution du chancre mou. Elle commence pour ne plus se ralentir, et elle marche avec une telle rapidité qu'elle nous conduit en deux ans et demie à sa rareté actuelle, qui est tout à la fois absolue et relative.

En 1872, on a admis à l'hôpital du Midi :

Affections blennorrhagiques simples ou compliquées. .	1,212	
Chancres syphilitiques. . .	561	1,265 syphilis.
Accidents syph. consécutifs.	704	
Chancres mous et bubons virulents.	914	
Total.	3,391	

Comparés au nombre total des maladies vénériennes, les chancres mous n'en représentent que *le quart environ*. Quant aux chancres syphilitiques, leur infériorité numérique diminue, car ils sont aux chancres simples comme 1 est à 1,9.

En 1873, on a traité l'hôpital du Midi :

Affections blennorrhagiques simples ou compliquées. .	1,402	
Chancres syphilitiques. . .	548	1,450 syphilis.
Accidents syph. consécutifs.	902	
Chancres mous et bubons virulents.	625	
Total.	3,487	

Voyez comme la diminution s'accuse. Ce n'est plus que pour *le cinquième et demi* que le chancre mou figure dans la totalité des maladies vénériennes traitées en 1873. Comparé à lui, le chancre syphilitique *est dans le rapport de* 1 *à* 1,15.

XXI

Je regrettais plus haut de ne pouvoir pas vous donner des chiffres personnels, des chiffres recueillis par moi. Maintenant, messieurs, cela me sera possible. A partir du 1er janvier 1874, j'ai, en effet, recommencé mes travaux de statistique, non plus sur les malades de ma consultation, mais sur tous ceux que j'admettais dans mon service.

Chacun d'eux a son observation soigneusement prise, dans

(1) Qu'on ne s'étonne pas du petit nombre de maladies vénériennes traitées à l'hôpital du Midi en 1871. La plupart des salles furent occupées pendant les derniers mois de l'année par des militaires convalescents de blessures ou de maladies ordinaires.

ses points essentiels. Le diagnostic surtout a été rigoureusement posé, sévèrement contrôlé.

Comme pour mes statistiques de la consultation en 1869 et dans la première moitié de 1870, j'ai fait tous mes efforts afin de réunir toutes les garanties qu'on est en droit d'exiger. Je vous en donne donc les résultats comme étant l'expression réelle et strictement exacte de l'état des choses.

Je vous les donne sans aucune restriction ; et, au risque de paraître peu modeste, je vous affirme que vous pouvez avoir en eux la plus entière confiance.

Voici la récapitulation de mon service pendant l'année 1874 :

I. Affections blennorrhagiques.	Simples.	168		504
	Avec orchi-épididymites.	286		
	Avec cystite du col.	43		
	Avec rhumatisme..	7		
II.	Chancres syphilitiques	296	372	526
	Balano-posthites syphylitiques. . .	76		
III.	Accidents syphilitiques consécutifs. . .		154	
IV.	Chancres simples.	39		58
	Bubons virulents.	19		
	Total.			1,088

Je ne fais pas figurer dans ce tableau les cas douteux, les malades revenus plusieurs fois dans mes salles, ni ceux qui étaient atteints de végétations, de bubons strumeux, de balanites simples, de phimosis, etc., etc.

Ainsi, messieurs, sur 1,088 vénériens, le chancre simple ne figure plus que pour un chiffre tout à fait minime, pour 58, c'est-à-dire qu'il en représente un peu moins de la *dix-huitième partie.*

Comparez-le au chancre syphilitique. A quel degré d'infériorité n'est-il pas tombé ? Qu'est devenue son antique prédominance conservée pendant tant d'années, puis amoindrie, effacée peu à peu, et enfin perdue en 1869, 1870, mais pour renaître plus écrasante que jamais, et avec les allures d'une véritable épidémie pendant les deux siéges de Paris et les deux ou trois semestres suivants ?

Jamais, jusqu'alors, il n'était descendu aussi bas. Le chancre simple, en effet, n'est plus, en 1874, au chancre syphilitique, que *comme* 1 *est à* 6,4.

C'est-à-dire qu'il y a *six fois et demie plus de chancres syphilitiques que de chancres simples.* (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 novembre 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Sainton, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans les communes de Saint-Patrice et d'Ingrandes, de l'arrondissement de Chinon (comm. des épidémies);

2° Deux demandes en autorisation d'exploiter pour l'usage médical : 1° une source d'eau minérale, dite source Marie, à Bussang; 2° une source dite la Reine du fer, dans la commune d'Asperjac (Ardèche);

3° Un rapport général sur les eaux d'Andabre (Aveyron) (comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° un rapport de M. Tachard, médecin major, sur une épidémie de rougeole dans la garnison de Toulouse (comm. des épidémies);

2° Une lettre de M. Denucé, professeur à l'école de Bordeaux, qui se porte comme candidat au titre de membre correspondant ;

3° Un rapport de M. Reeb, médecin principal, sur le service médical, pendant l'année 1874, de l'hôpital thermal militaire de Bourbonne (comm. des eaux minérales).

PRÉSENTATIONS

M. Broca présente, de la part de M. Delore (de Lyon), une cisaille permettant d'obtenir la mobilisation et la réduction du tubercule osseux dans l'opération du bec-de-lièvre unilatéral.

M. Delpech présente, de la part de M. Legrand, fabricant, un appareil destiné à l'application de l'hydrothérapie à domicile. Cet appareil est constitué par un récipient, dans lequel on introduit quarante-cinq litres d'eau soumis à une pression de 5 atmosphères au moyen d'une pompe aspirante et foulante.

M. Henri Roger offre en hommage, au nom de M. le docteur Georges Homolle, deux brochures intitulées : l'une, *Contribution à l'étude de la diphthérie*; l'autre : *Des scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngienne.*

M. Guéneau de Mussy offre en hommage un travail contenant des observations de métrorrhagies arrêtées par l'application de la chaleur sur la région lombaire.

M. Larrey présente un ouvrage en deux volumes intitulé : *Guide pour l'enseignement de la gymnastique des garçons et des filles*, par le capitaine Docx.

M. J. Guérin offre en hommage, de la part de M. le docteur Belhomme, une notice sur la vie et les ouvrages du docteur Fossati.

M. Béclard présente, au nom de M. le docteur Galippe, une brochure intitulée : *Étude toxicologique sur le cuivre et ses composés.*

M. Dolbeau dépose sur le bureau une brochure intitulée : *Relation de la maladie du professeur D...*, par le docteur Millard, médecin des hôpitaux.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant étranger pour la première division.

M. Schwann (de Liége) obtient. . .	27	suffrages.
M. Faget (de la Nouvelle-Orléans).	24	—
M. West (de Londres).	4	—

En conséquence, M. Schwann, ayant obtenu la majorité, est proclamé élu.

LECTURE

M. Denucé donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Note sur l'ablation du corps de la matrice dans l'inversion irréductible. Hystérotomie externe.*

L'inversion utérine est une affection très-menaçante par les hémorrhagies répétées qu'elle entraîne et par l'anémie progressive souvent mortelle qui en est la conséquence; la réduction est le meilleur moyen de traitement qu'on puisse lui opposer; mais elle n'est pas toujours possible. Dans ces circonstances, et lorsque le danger est imminent, il ne reste au chirurgien qu'une ressource, c'est de supprimer le mal en supprimant l'organe malade, c'est-à-dire de faire l'ablation de la matrice renversée (hystérotomie externe).

Deux ordres de faits témoignent de la possibilité de cette opération et ont certainement contribué à l'introduire dans la science et dans la pratique. D'une part les cas très-authentiques de chute spontanée de la matrice, lorsque la gangrène envahit cet organe en état d'inversion. D'autre part les cas malheureusement trop nombreux d'extirpation de matrice pratiquée, et non point toujours sans succès, par les mains ignorantes des sages femmes et des rebouteurs.

Partant de ces faits, M. Denucé passe en revue tous les faits connus dans la science, relatifs à cette question, examine les procédés et termine son mémoire par les conclusions suivantes :

1° L'hystérotomie externe est une ressource chirurgicale ex-

trême, mais précieuse, pour les cas d'inversion irréductible qui menacent immédiatement la vie des malades.

2° Cette opération n'offre pas une mortalité plus grande que celle de la mortalité des opérations graves.

3° Dans l'état actuel de la science, elle doit être faite de préférence par la ligature, en tenant compte des perfectionnements apportés à cette méthode.

4° Les premiers mois d'une inversion, même la première année, doivent, autant que possible, être soumis aux tentatives répétées de réduction, à la lactation, qui supprime en général les hémorrhagies, aux palliatifs de toutes sortes.

5° L'opération doit être réservée pour les cas reconnus irréductibles et pour cette époque déjà éloignée du début de la maladie où la matrice renversée est complétement revenue sur elle-même et a pris une forme nouvelle, définie, subie par les organes circonvoisins, et qui laisse beaucoup moins de prise à l'inflammation péritonéale qu'il faut éviter à tout prix.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Bernutz, Broca et Verneuil.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la myopie.

La parole est à M. Jules Guérin.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA MYOPIE

M. JULES GUÉRIN, après avoir résumé les diverses argumentations de ceux de ses collègues qui ont pris part à la discussion, fait observer que, suivant lui, le point le plus important de la discussion, la question dominante est précisément celle qui a été regardée par M. Maurice Perrin comme une question secondaire, comme une discussion *latérale*. C'est là, au contraire, dit M. Guérin, le fond même de la question. Il importe, en effet, de savoir avant tout si les modifications demandées par M. Giraud-Teulon dans l'instruction des conseils de révision, si les progrès qu'il donne comme devant être acceptés par ces conseils sont bien réellement les modifications qu'il faut demander, les progrès qu'il faut imposer à l'administration militaire. La question scientifique prime donc ici la question administrative; c'est elle qu'il faut discuter, éclaircir avant tout.

L'orateur est bien loin de contester l'importance des progrès accomplis pendant ces dernières années dans l'ophthalmologie. Mieux que personne il se plaît à les reconnaître et y applaudit de grand cœur.

La découverte de l'ophthalmoscope est, sans contredit, une découverte des plus précieuses, qui agrandit considérablement le champ des recherches, la sphère d'examen des yeux. M. Guérin reconnaît également l'importance des recherches qui ont été entreprises sur les altérations des membranes de l'œil; il proclame aussi les progrès accomplis dans l'application des lunettes. Mais, en regard des légitimes prétentions de l'école moderne, il croit pouvoir opposer des recherches et des travaux auxquels M. Giraud-Teulon lui-même a rendu pleinement justice.

L'accommodation, suivant M. Guérin, est le résultat de deux ordres d'action, l'un se rapportant au système musculaire de l'œil, l'autre aux modifications qui peuvent être imprimées aux milieux dioptriques eux-mêmes. Aujourd'hui M. Giraud-Teulon veut ne tenir compte que de ces derniers; c'est donc là un premier point sur lequel porte un complet désaccord. M. Giraud-Teulon nie, en outre, l'influence des changements qui peuvent survenir dans la cornée. M. Guérin l'admet, au contraire.

Envisageant la question sous un point de vue général, l'orateur soutient qu'il en est de l'origine du strabisme comme de celle de toutes les difformités qui sont dues à la rétraction musculaire. Et cette façon d'envisager les faits n'offre pas seulement une grande importance au point de vue de la pathogénie, mais aussi au point de vue du traitement de ces difformités.

Tandis, en effet, que M. Giraud-Teulon n'arrive à proposer que l'emploi des lunettes pour les troubles qui sont la conséquence de cette rétraction musculaire, M. Guérin, lui, propose des opérations chirurgicales dont le succès même, en pareil cas, est une preuve irréfragable que c'est bien à la rétraction musculaire que sont dus les troubles que M. Giraud-Teulon rattache à une toute autre cause. On peut donc séparer en deux camps les orateurs qui ont pris part à cette discussion, l'un que M. Guérin appelle le camp des oculistes et des opticiens, l'autre qu'il appelle le camp des physiologistes ou des chirurgiens, et dont il se flatte de faire partie.

Avant 1835, ajoute-il, l'étude des difformités constituait une sorte de chaos, dans lequel leur véritable origine était complétement méconnue. Or j'ai, le premier, démontré qu'il existait entre toutes ces difformités un lien commun qui les rapprochait entre elles. J'ai montré que, toutes, elles étaient dues à une altération du système nerveux agissant sur le système musculaire.

Voici, d'ailleurs, comment s'exprimait, en 1835, l'organe de la commission de l'Académie des sciences nommée pour apprécier mes travaux sur ce sujet.

(Ici M. J. Guérin lit un passage de ce rapport, qui donne une pleine adhésion à ses travaux.)

Tous les organes servis par des muscles, reprend M. Guérin, sont tributaires de la cause que j'ai mise en lumière. Or l'œil est un organe très-richement muni de muscles; il est donc également soumis aux lois de la rétraction musculaire. Le pied représente les mêmes particularités; il est pourvu aussi d'un riche système musculaire. Ce qui a lieu pour l'un a donc lieu pour l'autre, et c'est là ce qui m'a fait dire que le strabisme était le pied-bot de l'œil. Rien n'est plus facile, en effet, que d'appliquer à l'œil toutes les démonstrations que j'ai données relativement au pied.

J'ajouterai toutefois que l'œil est un organe bien autrement compliqué, bien autrement délicat que le pied et que, par conséquent, les troubles qui résulteront pour lui de la même cause, de la rétraction musculaire, seront d'autant plus complexes. C'est précisément pour cela qu'on a cherché dans les modifications des milieux toutes les causes des phénomènes qui dépendent tous d'une même et unique cause, la rétraction musculaire. Un savant dont je reconnais et apprécie tout le mérite, dont je ne saurais trop louer les recherches et les travaux, M. Donders a le premier émis cette proposition, que c'était dans les modifications survenues dans les milieux dioptriques de l'œil qu'il fallait rechercher l'origine de tous les troubles fonctionnels observés dans l'organe de la vision; c'est au retour d'un voyage dans le pays où règne ce savant, que M. Giraud-Teulon a adopté et défendu à son tour cette même doctrine, en abandonnant complétement celles qu'il avait soutenues et enseignées jusque là; mais je m'efforcerai de lui démontrer que ce sont précisément ces dernières qui prévaudront, parce qu'elles s'appuient sur des faits positifs, indiscutables, que ne peuvent expliquer, ni infirmer en quoi que ce soit les doctrines dites modernes, par opposition aux nôtres qu'on appelle anciennes. En science il n'y a pas de doctrines modernes ni de doctrines anciennes, il n'y a que des vérités qui, quelqu'anciennes qu'elles soient, restent et resteront toujours des vérités. Or, ce sont des vérités que j'ai la prétention d'avoir établies, lorsque j'ai fait connaître la pathogénie des difformités.

Je ferai observer, à l'appui de l'opinion que je soutiens, que le strabisme se rencontre plus spécialement chez des individus présentant de grandes difformités. D'ailleurs, pour établir les relations intimes qui existent entre le strabisme et les autres difformités, il suffit de rappeler que les convulsions se traduisent tout d'abord par des mouvements des yeux. Il est impossible de nier la participation physiologique, en quelque sorte, des convulsions oculaires aux convulsions générales. Les difformités, en outre, quelles qu'elles soient, ne sont jamais, comme je l'ai démontré, que l'expression d'un état physiologique devenu permanent. Comme conséquence de cet état devenu permanent, j'ai révélé la transformation fibreuse des muscles, et c'est là un puissant argument que je puis opposer à ceux qui prétendent que la rétraction musculaire est, non pas la cause, mais l'effet des altérations des membranes auxquelles aujourd'hui ils veulent tout rattacher. Le strabisme est donc, sans contredit, le produit de la rétraction convulsive de l'œil.

Mais avant d'aller plus loin, revenons au pied, afin d'avoir des termes de comparaison qui nous permettront de mieux comprendre l'influence de la rétraction musculaire sur les troubles oculaires.

La rétraction peut se distribuer à certains muscles du pied, et, suivant les muscles rétractés, on obtient des difformités variables; mais elle peut aussi porter sur tous les muscles du pied et de la

jambe; qu'arrive-t-il alors? le pied reste droit, mais il devient plus court, il est comme bridé, recourbé sur lui-même, il est convulsé, en un mot. La même chose se produit si la rétraction porte en même temps sur les extenseurs et les fléchisseurs du pied. Voyons maintenant ce qui se passe dans l'œil : supposons, par exemple, une rétraction du droit externe et du droit interne; l'œil restera droit, mais tout en restant droit, il résultera pour lui de cette rétraction, des altérations dont nous reparlerons plus loin.

Ici M. J. Guérin cite divers passages d'un travail de Bonnet (de Lyon), et du livre de M. Giraud-Teulon, qui confirment pleinement les données établies par lui, relativement à plusieurs points de l'histoire du strabisme,

Il arrive à cette conclusion, que de la rétraction des muscles de l'œil résulte une déformation de ce dernier, caractérisée par une dépression latérale du côté correspondant au muscle rétracté et par une sorte de bombement, au contraire, du côté opposé. Or il est impossible de ne pas admettre, comme conséquence de cette déformation, de notables changements dans la direction de l'axe optique qui évidemment, en pareil cas, ne traverse plus les diverses membranes de l'œil par leur centre, comme il doit le faire à l'état normal, Il en résultera donc une action sur la fonction de l'organe, sur la vision. Le strabisme est donc toujours accompagné de troubles visuels; mais ces derniers sont très-variables et très-complexes; sur cent cas de strabisme il n'en existe pas deux qui soient identiques. Il s'accompagne tantôt de myopie, tantôt d'amblyopie, etc., etc.

L'orateur cite à l'appui de son opinion sur les rapports de la myopie avec le strabisme des statistiques établies par M. Giraud-Teulon lui-même, et qui montrent que sur cent cas de strasbisme, il s'en trouve soixante qui sont accompagnés du myopie.

Il y a, du reste, ajoute M. Guérin, un très-grand nombre d'états visuels qui varient incessamment, mais qui résultent tous d'une même cause, qui reconnaissent tous la même origine. La précision d'un cas particulier n'a pas grande importance devant le grand nombre de cas que l'on peut citer à l'appui de cette manière de voir.

M. Jules Guérin conclut en disant que les résultats fournis par la myotomie sont la démonstration la plus complète de la doctrine qu'il soutient et il arrive à cette conclusion générale que dans toutes les particularités de la myopie, de l'amblyopie, etc., il existe une parenté commune, une même origine et que, partant, même traitement doit être appliqué à ces divers états. C'est encore là, dit en terminant M. J. Guérin, un grand avantage que le chirurgien ou le physiologiste possède sur l'oculiste ou l'opticien; le premier guérit en opérant, le second, se contente de déclarer partout que la myopie est toujours incurable.

M. Guérin continuera cette argumentation dans la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine. — *Laboratoire de l'École pratique.* — *Histologie normale.* — Les exercices pratiques du laboratoire d'histologie normale, sous la direction de M. Mathieu Duval, agrégé, commenceront le lundi 15 novembre 1875, et seront continués tous les jours, de midi à cinq heures. — MM. les étudiants qui désirent prendre part aux exercices d'histologie normale sont priés de se faire inscrire au secrétariat de la Faculté.

— *Chimie biologique.* — Les exercices pratiques de laboratoire de chimie biologique, sous la direction de M. Armand Gautier, agrégé, commenceront le lundi 19 novembre 1875, à midi, et seront continués tous les jours, de midi à cinq heures.

MM. les étudiants qui désirent prendre part aux travaux du laboratoire (chimie appliquée à la médecine), sont priés de se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (bureau des renseignements), tous les jours, de neuf à onze heures du matin.

— *Cours d'anatomie appliquée.* — M. le docteur Marc Sée, chef des travaux anatomiques, commencera le cours d'anatomie appliquée le mardi 16 novembre 1875, à quatre heures (amphithéâtre nº 3 de l'École pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— *Hôpital de la Pitié. Clinique médicale.* — M. le professeur Lasègue commencera son cours le jeudi 11 novembre et le continuera les samedis et jeudis suivants. — Visite des malades à huit heures et demie. — Nous ferons connaître ultérieurement les jours et heures des conférences et des exercices pratiques.

— *Hôpital des Enfants-Malades. Clinique de la Faculté.* — M. le docteur Blachez, agrégé de la Faculté, commencera son cours le samedi 13 novembre, à neuf heures, et le continuera les jeudis et samedis suivants. (Le jeudi, conférence clinique à la consultation.)

— *Hôpital de l'Enfant-Jésus.* — *Clinique chirurgicale des maladies de l'enfance.* — *Orthopédie.* — M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades reprendra ses leçons le jeudi 18 novembre 1875 à neuf heures. — La première leçon sera consacrée à la trachéotomie. Tous les jours, à huit heures et demie, visite des malades et consultations. — Le jeudi, leçons et opérations. — Le samedi, la consultation sera réservée à l'examen des malades atteints de difformité et à l'application des appareils orthopédiques.

— M. le docteur Ch. Fauvel a recommencé un cours public et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie, à sa clinique, rue Guénégaud, nº 13. et le continue les jeudis et lundis à midi.

Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx, et des parois postérieures des fosses nasales, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie.

Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée.

Le chef de clinique, M. Poyet, interne des hôpitaux est à la disposition des assistants pour leur apprendre le maniement des instruments laryngoscopiques et rhinoscopiques.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des améliorations à introduire dans l'enseignement médical officiel de la Faculté de médecine de Paris et en particulier dans l'enseignement clinique.

Nous ne saurions mieux inaugurer la reprise générale des cours de la Faculté et de l'enseignement clinique des hôpitaux, qu'en plaçant ici sous les yeux de nos lecteurs quelques-unes des réflexions que l'état actuel de l'enseignement médical officiel en France a inspirées à M. le professeur A. Hardy et que nous relevons dans l'opuscule que le savant professeur de pathologie et futur professeur de clinique médicale, vient de publier sur ce sujet (1).

Après avoir signalé les principaux *desiderata* des études anatomiques pratiques et indiqué comme un des moyens de les rendre plus complètes et plus efficaces, l'institution d'une catégorie d'élèves qui pourraient être désignés sous le nom de chefs de dissection, et dont les attributions consisteraient à initier les étudiants novices aux difficultés de l'anatomie pratique, de les diriger, de leur faire des répétitions d'anatomie descriptive et régionale, et de les guider dans les exercices de médecine opératoire, M. Hardy abordant la question bien plus importante de l'enseignement clinique, s'exprime en ces termes :

« Je crois qu'il est du plus haut intérêt pour l'avenir de notre Faculté d'ajouter à nos huit cours cliniques de médecine et de chirurgie générale, des cliniques spéciales sur les maladies des yeux, sur les maladies des enfants, sur les maladies mentales, sur les maladies de la peau et sur les maladies vénériennes, de doter ces cliniques d'une installation convenable, de les placer sous la dépendance de la Faculté, et d'instituer pour ces chaires des professeurs titulaires ayant le même rang, jouissant des mêmes avantages que les autres professeurs de la Faculté.

« Paris possède pour l'instruction médicale des ressources qu'on ne rencontre dans aucune autre ville ; son immense population ouvrière, ses hôpitaux spéciaux permettent la réunion d'un grand nombre de malades de la même catégorie, qui fournissent des matériaux précieux et inépuisables à des cours de cliniques spéciaux, dans lesquels on a besoin de trouver de nombreux exemples de la même maladie pour en faire saisir et la ressemblance générale et les diverses variétés. Il est indispensable que ces matériaux ne soient pas perdus pour l'enseignement et je voudrais un représentant de la Faculté dans chaque hôpital spécial.

« On me répondra que cela existe déjà, et que, depuis l'année 1862, sous l'influence de Rayer, on a créé des cours cliniques complémentaires qui sont justement ceux dont je réclame l'institution, lesquels sont confiés à des agrégés libres de notre faculté ; on ajoutera que dans la plupart des hôpitaux spéciaux des cours cliniques libres sont faits par les médecins de ces établissements, et que par conséquent les élèves qui veulent s'instruire n'ont que l'embarras du choix des professeurs.

« Je sais parfaitement tout cela, mais je n'en suis pas satisfait; il y a, en effet, dans ce qui existe plus d'apparence que de réalité ; d'abord, quant aux médecins libres, leurs cours sont généralement incomplets, ils sont ordinairement de peu de durée et peu réguliers; très-souvent même ils sont constitués plutôt dans l'intérêt de la réputation du professeur que dans un but réel d'enseignement. Les agrégés libres chargés des cours cliniques complémentaires ont un enseignement plus régulier ; ils professent au nom et avec contrôle de la Faculté, et je suis heureux de pouvoir leur rendre cette justice qu'ils remplissent leurs fonctions avec un grand zèle et le plus ordinairement avec un succès légitime. Mais leurs leçons sont en petit nombre, et leur enseignement, à peine toléré par l'administration des hôpitaux, est loin d'être complet. Comme ils ne sont pas professeurs titulaires, comme ils n'assistent pas aux examens, ils n'ont pas assez d'autorité sur les élèves, qui ne se croyent pas forcés de suivre leurs cours.

« Inconvénient plus grand encore : il y a parmi ces professeurs complémentaires des mutations fréquentes qui empêchent leur notoriété et leur réputation de s'établir. La plupart en effet cherchent, dès que l'occasion s'en présente, à échanger leur position de *chargé de cours* contre la place bien plus enviable et bien plus élevée de professeur titulaire; et les succès qu'ils ont obtenus dans leur enseignement spécial sont des titres sérieux qu'ils font valoir pour leur avancement hiérarchique. Ce qui fait que plus un professeur complémentaire réussit dans son enseignement spécial, plus il a de chances pour le quitter.

(1) *De quelques modifications à introduire dans l'enseignement médical officiel, et particulièrement dans l'enseignement de la Faculté de médecine de Paris*, par le docteur Alfred Hardy. — Brochure in-8°. — Paris, 1875. Chez J. B. Baillière.

« Les exemples ne manquent pas pour justifier cette proposition. C'est justement cela que je voudrais éviter. Je désirerais qu'un professeur de maladies mentales ou de maladies cutanées qui a eu du succès, qui attire les élèves, qui contribue utilement à leur instruction, pût continuer son cours et que son intérêt personnel ne fût pas en opposition avec celui de l'enseignement. Il y a, dans la solution de cette question, un intérêt capital pour notre faculté ; si elle veut conserver le nombre de ses élèves, si elle veut surtout rappeler les étrangers, il faut absolument qu'elle soit pourvue largement de ces chaires cliniques que je réclame et qui sont un complément indispensable d'instruction, car elles se rapportent à l'étude de maladies fréquentes, souvent graves, que le médecin doit nécessairement connaître et qui sont à peine enseignées aujourd'hui. Il faut également que ces chaires soient confiées à des hommes dont le nom ait de la notoriété. On doit savoir, en effet, que les élèves qui ont commencé leurs études dans une autre faculté, que les étrangers qui sentent le besoin de compléter leurs études ailleurs que chez eux, ne quittent pas leur pays pour aller apprendre à connaître la bronchite, la pneumonie où la fièvre typhoïde ; ils peuvent observer ces maladies partout ; mais ce qui peut les attirer à Paris, c'est le désir d'étudier sous un professeur renommé des maladies spéciales, les maladies des yeux, les maladies nerveuses, les maladies de la peau, etc., les maladies en un mot qu'on ne peut apprendre que dans une grande ville qui offre par sa population des matériaux précieux pour l'enseignement des spécialités. Ce sont ces trésors d'instruction que Paris possède, que je ne voudrais pas voir perdre et que je voudrais au contraire voir utiliser dans l'intérêt de l'enseignement et pour la plus grande gloire de notre faculté. »

Jamais la cause de l'extension à donner à l'enseignement clinique et de l'introduction des grandes spécialités médicales et chirurgicales dans l'enseignement officiel, n'a été plaidée avec autant de simplicité, de netteté et de force à la fois. Ajoutons que personne n'était plus autorisé à tenir ce langage que le savant professeur qui avant d'être chargé d'un enseignement officiel à la Faculté, comme depuis, n'a cessé de rendre dans l'enseignement libre les plus utiles services et d'y recueillir les plus flatteurs suffrages. Nous ne pouvons qu'adhérer pour notre part au programme général d'améliorations proposé par M. Hardy et exprimer l'espoir ou tout au moins le désir qu'il soit pris en considération dans la proposition, qu'aux termes de la nouvelle loi sur l'enseignement supérieur, le gouvernement doit soumettre, dans le courant de l'année, à la sanction des Assemblées législatives.

Ectopie du rein droit compliquant une grossesse. — Péritonite locale. — Guérison de la péritonite.

A l'occasion des articles que nous avons consacrés à l'ectopie du rein ou au rein mobile ou flottant en général, et à l'analyse d'un fait particulier dans nos revues cliniques des 2 octobre et 6 novembre dernier, M. le docteur Flammarion, de Nogent (Haute-Marne), nous transmet la relation du fait suivant, qui nous a paru mériter d'être consignée ici, en attendant qu'elle prenne place dans l'histoire générale de cette lésion.

Le 18 octobre dernier, M. le docteur Flammarion est appelé à donner ses soins à Marie Pl., âgée de trente ans, mariée, se disant enceinte de cinq mois et demi environ. Cette femme a toujours été bien portante jusqu'à son premier accouchement qui a eu lieu il y a sept ans : depuis cette époque elle éprouva des malaises à plusieurs reprises, surtout au moment des périodes menstruelles. Depuis un certain nombre d'années qu'elle ne peut préciser, elle s'est aperçue de la présence dans le flanc droit d'une tumeur variant de place, tantôt située juste au-dessus de l'aine, tantôt un peu plus haut, dans la ligne qui rejoindrait le milieu de l'aine au milieu de la région hépatique, quelquefois jusqu'au milieu du ventre entre le pubis et l'ombilic. Cette tumeur n'était pas douloureuse, mais gênante, dit la malade ; la gêne augmentait au moment de la période menstruelle. Les règles étaient toujours venues à leur époque ordinaire.

Depuis le commencement de sa grossesse, cette femme n'avait éprouvé rien de bien extraordinaire, quand pendant la nuit de 17 octobre, elle fut prise brusquement de douleurs vives dans l'abdomen. Ces douleurs, qu'elle assimile à des coliques violentes, n'étaient pas continuelles, mais elles se renouvelaient fréquemment, toutes les dix minutes environ et duraient une minute ou deux. Elles avaient leur point de départ dans l'hypocondre droit, et s'irradiaient dans tout le ventre et du côté des reins. Vers le matin il y avait eu plusieurs selles peu copieuses, diarrhéiques, avec ténesme ; envies fréquentes d'uriner ; quelques nausées depuis le matin sans vomissements cependant.

Au moment où M. Flammarion examine la malade, à 4 heures du soir, il la trouve dans le décubitus dorsal : elle ne peut ni s'asseoir, ni se remuer dans son lit sans éprouver des douleurs très-vives. Pouls à 116, petit ; langue blanche, quelques nausées ; ventre tendu, légèrement ballonné, douloureux à la moindre pression, surtout dans la fosse iliaque droite.

L'utérus remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; il est dur et contracté : on sent distinctement les mouvements de l'enfant. Sur le bord droit de l'utérus, et visible à la simple inspection, se présente une tumeur soulevant la paroi abdominale. La tumeur longue de 8 centimètres et large de 6, semble accolée à l'utérus dont elle est cependant séparée par un sillon bien sensible : elle est très-douloureuse à la moindre pression et il est impossible de se livrer à une palpation qui puisse rendre un compte bien exact de sa forme. La malade a des envies fréquentes d'uriner : elle rend très-peu d'urine à chaque fois. Il n'y a pas de préparation à un travail d'accouchement du côté du col de l'utérus : il est impossible d'aller jusqu'à la tumeur par le toucher dans le cul-de-sac vaginal du côté droit.

Les premières prescriptions consistent en :

Cataplasmes laudanisés sur l'abdomen ;

Un lavement avec 10 gouttes de laudanum ;

Diète; eau froide comme boisson.

Le jour suivant, 19 octobre, il y a deux vomissements pendant la nuit ; la langue est très-saburrale ; les douleurs persistent; le ventre plus ballonné est encore plus sensible à la pression, la tumeur est remontée jusqu'à l'angle supérieur droit de l'utérus ; elle est toujours très-sensible et les envies fréquentes d'uriner persistent ; pas de selles depuis hier; pouls à 112 toujours petit. Il est évident que les symptômes d'une péritonite localisée s'accentuent. 1° Un lavement avec :

Huile de ricin. . . 40 grammes.
Huile de croton. . 2 gouttes.
Jaune d'œuf. . . nº 1.
Eau. . . . . q. s. pour faire 800 grammes.

2° Frictions sur le ventre avec la pommade suivante :

Onguent napolitain . } àà 15 grammes.
Axonge. . . . . . . }
Extrait de belladone . 5 grammes.

Mêlez trois frictions par jour sur l'abdomen.

3° Un lavement avec dix gouttes de laudanum après évacuation de l'intestin par le lavement purgatif, et continuer les cataplasmes laudanisés. (Même régime.)

Dans la soirée, les symptômes s'aggravent : la malade a eu de nombreux vomissements. Les douleurs spontanées ont diminué légèrement, mais le ventre est tendu, ballonné; le pouls est à 128, filiforme; la face est grippée. La situation est de nature à inspirer de l'inquiétude. (Vingt sangsues dans le flanc droit. Calomel, 60 centigrammes en douze paquets : un paquet toutes les heures.)

Le 20 octobre, même état. A la suite de l'application des sangsues, le travail de l'accouchement a commencé. Les douleurs étaient peu fortes, mais assez fréquentes. Il s'est fait un écoulement de sang par le vagin, et le col s'est aminci et un peu dilaté. (Une pilule de 1 centigramme d'extrait gommeux d'opium toutes les trois heures.)

Le soir, les douleurs du travail ont beaucoup diminué, et la dilatation du col n'a pas augmenté. On perçoit encore les mouvements de l'enfant, mais ils sont moins prononcés. (Continuer les pilules opiacées, les frictions avec onguent mercuriel belladoné et les cataplasmes.)

Le 21, pouls à 96; face naturelle; pas de vomissements; pas de selles; ventre moins ballonné, moins douloureux à la pression. La tumeur qui, la veille encore, était située à l'angle droit supérieur de l'utérus, est retombée jusqu'à l'aine, immédiatement au-dessus du pli. Les douleurs de l'accouchement ont disparu, plus d'écoulement vaginal. Le col utérin a repris la consistance qu'il doit avoir à cette époque de la grossesse. Pas de selles depuis trois jours. Commencement de gingivite mercurielle. (Une bouteille de limonade Roger.)

Le 22, pouls à 92; gingivite mercurielle intense; pas de salivation; langue saburrale; plus de nausées; ventre encore douloureux dans tout le flanc droit, mais beaucoup moins qu'autrefois, surtout autour de la tumeur. Celle-ci se trouve placée en avant de la face antérieure de l'utérus, à quatre travers de doigt de l'ombilic et à droite de la ligne blanche. Le ventre est libre; il y a eu quatre selles à la suite du purgatif. (Chlorate de potasse, lavements émollients et cataplasmes sur le ventre.)

A partir de cette époque, les symptômes de péritonite ont complétement disparu; il n'y eut plus rien non plus du côté de l'utérus. Le fœtus est encore vivant. La malade éprouve encore actuellement un peu de faiblesse, mais elle se lève, peut marcher sans trop de gêne. La tumeur a été retrouvée plusieurs fois depuis la fin des accidents, mais jamais dans la même place deux jours de suite. Recommandation a été faite à la malade de quitter son corset, de porter une ceinture hypogastrique et d'éviter tout travail fatigant.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres : d'abord au point de vue du diagnostic, ensuite relativement aux accidents venant compliquer une grossesse, enfin quant au traitement.

Le diagnostic fut moins net le premier jour que les jours suivants. Avait-on affaire à une tumeur fibreuse extra-utérine qui se serait enflammée par suite de la distension de l'utérus, au bord externe duquel elle avait été trouvée accolée au début? ou bien était-ce une tumeur de l'ovaire droit? ou enfin un rein flottant? Notre confrère avait cru d'abord à la première hypothèse. L'observation subséquente des différentes positions qu'occupa cette tumeur, les envies fréquentes d'uriner qui ont coïncidé avec le début de la phlogose, l'ont définitivement rallié à la dernière opinion. Une tumeur de l'ovaire ou une tumeur fibreuse extra-utérine n'aurait pas occupé des positions aussi diverses.

Nous ajouterons, toutefois, qu'il est regrettable pour la confirmation de ce diagnostic, qui réunit d'ailleurs en sa faveur les plus grandes probabilités, que notre confrère n'ait pu essayer de limiter par la percussion les régions rénales ou, du moins, qu'il n'ait pas fait connaître les résultats de cet examen.

Quant aux accidents que ce rein flottant a déterminés, ils sont intéressants à noter vu leur rareté dans les cas d'ectopie de ce genre jusqu'à présent. Cette observation présente, en outre, ceci de particulier, que la péritonite s'est déclarée pendant une grossesse. Elle pouvait amener un accouchement prématuré dans des conditions fort défavorables pour la mère.

Enfin, pour ce qui est du traitement, malgré les chances de provoquer un commencement de travail, M. Flammarion n'a pas hésité à combattre énergiquement la péritonite partielle qui s'était déclarée, et il n'a eu qu'à s'en féliciter.

Notre confrère s'engage, s'il arrive, au moment de l'accouchement ou dans la suite, des faits intéressants chez cette femme, à nous les communiquer. Nous en prenons acte.

— Presque tous les cours de clinique médicale et chirurgicale de la Faculté ont été ouverts ou vont s'ouvrir dans le cours de cette semaine : MM. Sée et Lancereaux à la Charité, M. Richet à l'Hôtel-Dieu, MM. Lasègue et Verneuil à la Pitié, M. Broca à l'hôpital des Cliniques. Deux cliniques n'ont point encore ouvert leurs portes, celle de M. Depaul à l'hôpital des Cliniques, par absence, et celle de M. Béhier à l'Hôtel-Dieu. M. Béhier, dont la santé passagèrement ébranlée dans ces derniers temps a exigé du repos et un séjour momentané sous un climat plus doux, est depuis quelque temps de retour à Paris, et nous sommes heureux d'apprendre qu'il est à la veille de reprendre son enseignement.

Dr Brochin.

DU PANSEMENT DES PLAIES DE TAILLE PÉRINÉALE

Par M. le docteur Mallez

(Résumé d'une note lue au congrès de Bruxelles.)

Le pansement des plaies de taille périnéale est chose fort simple.

Le meilleur pansement, dit Deschamps, est de n'en pas faire.

On se contentait généralement, comme dans le plus grand nombre des cas aujourd'hui, de placer le siége du malade sur le bord d'un drap plié en quatre, de manière à éviter de laisser baigner la plaie par l'urine.

Raw, au rapport d'Albinus, laissait passer quelques jours sans rien mettre sur la plaie pour faciliter l'issue des matières.

Frère Jacques, dont Raw a été l'imitateur, n'employait non plus aucun appareil.

Les compresses unissantes, qui ont eu quelque faveur, ont été également abandonnées.

Bell avait conseillé de mettre de la charpie entre les lèvres de la plaie jusqu'à ce que le fond se remplît de chairs grenues.

De quelle utilité peut être cette charpie, introduite dans la plaie?

N'est-elle pas plutôt un obstacle au cours de l'urine au début, à la cicatrisation plus tard?

Malgaigne, faisant sans doute allusion à ce mode de pansement, dit qu'il est mauvais d'appliquer de la charpie sur la

plaie, ou même d'en affronter les bords par le simple rapprochement des cuisses.

M. Mallez avait pensé, il y a quelques années, à utiliser le pansement de Lister, lorsque l'ouverture périnéale tarde à se fermer, mais la première tentative a suffi pour le convaincre de l'impossibilité de son application à ce cas particulier.

Il songea dès lors à employer le collodion pour prévenir l'hémorrhagie ou l'arrêter dans une certaine mesure et pour préserver la plaie du contact de l'urine.

Plus tard, dans un voyage à Londres, M. Mallez eut occasion de voir M. Hill, de Royal Free hospital, après une résection fémoro-tibiale, badigeonner les surfaces osseuses d'un collodion hémostatique, dont la composition est la suivante :

R. Collodion . . . . 80 grammes.
Acide tannique. . . . . . . }
Acide benzoïque. . . . . . } 4 grammes.
Baume du Pérou. . . . . . }
F. S. A.

Ce chirurgien attribuait à ce topique l'absence d'hémorrhagie, fournie par les vacuoles du tissu spongieux.

Les propriétés styptiques du collodion de M. Hill le lui firent préférer, et il l'employa avec succès dans un certain nombre de cas, et voici comment :

Sitôt que le cystotome est retiré (c'est celui d'Amussat dont M. Mallez se sert constamment), et, avant d'introduire les tenettes, pour peu que l'écoulement du sang paraisse anormal, ou après l'extraction du calcul si l'hémorrhagie n'est pas à redouter, il glisse dans la plaie un bâtonnet muni de ouate trempée dans le collodion, et comme on a pris soin de garnir de ouate l'autre extrémité du bâtonnet, il suffit de le retourner pour renouveler la même petite opération par l'autre bout. On laisse la ouate collodionnée une minute dans la plaie, et on profite de ce temps, si besoin est, c'est-à-dire si le sang ne s'arrête pas complétement, pour donner avec l'injecteur un lavement d'eau froide.

Le reste du pansement, lorsque le malade est reporté dans son lit, se réduit à des éponges, trempées dans de l'eau froide, additionnée au dixième d'alcool, tenues contre la plaie et fréquemment renouvelées.

Le collodion agit ici, comme partout, comme un enduit élastique, constricteur et protecteur, peut-être bien aussi comme réfrigérant; mais il a semblé à M. le docteur Mallez, et à son assistant, M. le docteur Jardin, que les substances astringentes qu'ils y incorporaient, à l'exemple de M. Hill, étaient sinon nuisibles, bien qu'on pût les soupçonner de retarder la cicatrisation, tout au moins inutiles.

Depuis longtemps déjà, du reste, ils ne se servaient plus que de collodion élastique, de la meilleure qualité possible; et tous les médecins qui ont assisté aux opérations de taille que M. Mallez a faites dans ces six dernières années ont été frappés du peu d'écoulement de sang.

Il convient de noter que c'est toujours à la la taille prérectale, procédé de Nélaton, qu'il donna la préférence.

Depuis quinze ans, sur quarante-cinq opérations, une seule hémorrhagie avait nécessité l'application de la canule à chemise.

Depuis six ans, M. Mallez n'en compte plus un seul exemple, et dans la dernière série de vingt-cinq, présentée récemment à l'Académie, on n'en trouve même pas la crainte.

C'est que, sitôt que la quantité de sang qui suit l'incision périnéale et le retrait du cystotome paraît le moindrement abondante, il y pare au moyen d'un badigeonnage collodionné, auquel on revient encore une fois avant de réveiller l'opéré.

La dimension de l'ouverture est un élément qui doit entrer en ligne de compte pour juger les avantages de la pratique, qui a donné à M. le docteur Mallez de si satisfaisants résultats.

On peut voir, par quelques unes de ses observations, qu'il a pratiqué des incisions transversales de 20, 30 et 40 millimètres pour faire passer des sphéroïdes mesurant dans leur plus grande largeur 3, 5 et jusqu'à 7 centimètres, sans que l'opération ait été suivie de ces hémorrhagies en nappe qui affaiblissent considérablement l'opéré et le prédisposent tout naturellement à une résorption urineuse, et qui sont en même temps si difficiles à arrêter.

Mais c'est surtout pour prévenir l'action fâcheuse de l'urine sur la plaie que l'emploi du collodion semble justifié. Tout le monde sait que cette action est très-différente, suivant que l'urine est acide ou alcaline.

Bien qu'il ne faille pas exagérer les effets funestes de l'urine en général sur les tissus, puisque dans un certain nombre de cas d'uréthrotomie interne, dans les plaies du périnée, dans les fistules vésico-vaginales, la cicatrisation s'opère malgré le voisinage de ce liquide, on ne peut nier que l'urine à réaction alcaline avec décomposition ammoniacale ne devienne soit un agent de mortification locale imminente, soit un agent tonique général.

L'urine qui baigne les tissus devient soumise aux lois osmotiques, et il s'établit entre le sang et l'urine à l'orifice des capillaires divisés ou plus généralement à travers leurs parois un courant tout à l'avantage de l'urine, si elle offre une composition très-riche en substances salines, ou en faveur du sang, si l'urine a une faible densité.

Il résulte d'expériences nombreuses et de faits cliniques non moins nombreux que l'urine acide est moins dangereuse que l'urine alcaline par fermentation.

Il est superflu d'insister sur ce fait connu de tous; mais il était nécessaire de le rappeler pour faire remarquer que l'urine des quatre-vingt-dix-huit centièmes d'opérés de taille est alcaline, renferme une grande quantité de pus et de produits de décomposition ammoniacale, et que c'est précisément de son contact qu'il faut préserver les tissus pour prévenir :

1° Sa résorption par la plaie,

2° La difficulté de la cicatrisation, qui s'accompagne chez certains opérés de lithotomie d'un affaiblissement graduel, que rien, pour quelques-uns, ne peut arrêter jusqu'à la terminaison fatale.

La taille pour être peu dangereuse doit être exempte de lenteur dans l'opération et dans ses suites.

L'emploi du collodion, comme nous l'avons indiqué, nous a semblé très-favorable à la réalisation de cette heureuse condition.

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE

KÉLOTOMIE D'URGENCE LE CINQUIÈME JOUR. GUÉRISON

Par M. le docteur Liégeard, de Bellême (Orne).

Le 26 septembre, dans la journée, j'étais mandé à la campagne près d'un cultivateur sérieusement malade. Obligé par les exigences de la clientèle d'aller dans un autre direction, je remis ma visite au lendemain matin. Le lundi 27, à neuf heures du matin, je me rends à l'Hermitière, à quatre lieues de mon domicile, auprès du sieur M..., âgé de cinquante-huit ans, que je trouve dans une situation grave. Il me raconte d'une voie affaiblie qu'il a eu une indigestion le jeudi précédent dans la matinée et que, depuis lors, il vomit tout ce qu'il prend, même l'eau sucrée. Sachant combien les hernies sont fréquentes à la campagne et quelle est la négligence des paysans à l'endroit des bandages, j'examine de suite le pli de l'aine et je trouve,

au-dessous de l'arcade crurale gauche, une tumeur de la grosseur d'une bonne noix, très-dure et douloureuse à la pression. Je fais quelques tentatives infructueuses de taxis, et, en présence de la gravité de la situation — vomissements stercoraux, hoquet, ventre très-ballonné, pouls très-faible à 104-108 — je propose au malade de l'opérer séance tenante, sans aides ni chloroforme. Le patient, dur comme le sol qu'il cultive, accepte l'opération presque sans hésiter. Sans autre secours que celui de mon domestique, qui m'aide à rouler le lit près de la fenêtre, je dispose mes instruments, et je procède à la kélotomie. Je fais une incision de 4 centimètres environ, parallèle à l'arcade crurale, et, après la section des téguments, j'arrive sur le sac herniaire; l'étranglement siégeant, comme d'ordinaire, au niveau de l'arcade crurale et étant produit par le collet du sac. Le péritoine, très-injecté, avait contracté avec l'anse intestinale herniée de nombreuses adhérences, que le doigt déchire facilement. Le collet du sac est alors débridé et l'intestin est réduit. Le patient n'avait ni remué ni poussé un cri.

Une épingle à suture est placée à un des angles de la plaie; le pansement consiste en un peu de charpie trempée dans l'eau alcoolisée et recouverte de plusieurs compresses, le tout maintenu par un spica de l'aine.

Le malade prend quelques gorgées d'eau rougie, qu'il ne rejette pas. Le pouls est moins fuyant, le facies devient meilleur. Au bout d'un quart d'heure, j'administre moi-même un lavement tiède d'eau salée qui procure deux garde-robes copieuses, mais infectes.

Prescription : bouillon froid, eau rougie, huile de ricin, 40 grammes, pour le lendemain matin.

28 septembre. — A ma visite, à onze heures du matin, le malade dit qu'il a dormi un peu, il se sent soulagé depuis les évacuations faciles procurées par le purgatif. Ventre moins tendu, pouls régulier à 76, langue humide. Les pièces du pansement sont traversées, la plaie a bon aspect.

Le pansement, que je recommande à la garde de renouveler tous les matins, consiste en de la charpie trempée dans une solution étendue de coaltar saponiné. Je l'emploie souvent comme pansement des plaies à la campagne, à cause de son dosage facile et de ses propriétés antiseptiques.

Eau rougie, bouillons et potages, un verre d'eau de Sedlitz pour demain. Augmenter chaque jour la nourriture.

5 octobre. — Je ne revois l'opéré que huit jours après; il n'a pas eu un instant de fièvre, appétit bon, selles quotidiennes. La suppuration est moins abondante que les premiers jours; la plaie se rétrécit et bourgeonne. Continuer le pansement.

12 octobre. — Au bout de quinze jours, la plaie est presque entièrement cicatrisée. Le malade se lève et voudrait déjà sortir, ce qu'il pourra faire dans quelques jours sans aucun inconvénient.

Cette observation, rapprochée de celle que nous avons publiée cette année dans le n° 94 de la *Gazette*, nous montre que la kélotomie, pratiquée dans des conditions en apparence défavorables, sur un individu affaibli par plusieurs jours de souffrances et de diète forcée, réussit le plus souvent, mais à quelles conditions? D'abord, d'opérer dans un milieu sain, dans un air pur, ensuite et surtout, d'opérer sur un sujet qui n'a pas subi des manœuvres imprudentes et réitérées de taxis prolongé ou forcé, comme l'a si bien fait ressortir l'éminent chirurgien de Cochin, M. Desprès, dans les leçons orales publiées sur les hernies (*Gazette des Hôpitaux*, 1874, nos 75 et 76).

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES CAUSES DE LA COAGULATION SPONTANÉE DU SANG A SON ISSUE DE L'ORGANISME (1).

Par M. le docteur Fr. GLÉNARD.

Conclusion. — La coagulation du sang de la saignée dans la palette, n'est pas *spontanée*; nous démontrons que lorsqu'on supprime la cause extrinsèque supposée coagulatrice, on voit le sang rester fluide pendant douze heures au moins après son issue de l'organisme, et après ce temps, se coaguler *spontanément*, dans le sens rigoureux et absolu du mot, c'est-à-dire par la seule intervention des causes intrinsèques, sans variation aucune dans les conditions extérieures.

L'agent provocateur exclusif de la coagulation dans la palette est le contact avec le corps étranger; cet agent coagulateur est d'autant plus efficace que le corps étranger, par sa structure physique, s'éloigne davantage de la structure physique des parois vasculaires.

Le maintien de la fluidité du sang chez le vivant, est indépendant de toute action anti-coagulatrice directe de la paroi vivante; indirectement on peut considérer comme anticoagulateur son rôle préservateur du contact de corps étrangers, rôle exclusivement mécanique.

Le repos, l'abaissement de la température, le contact de l'air ne prennent aucune part à la coagulation du sang dans la palette; ils ne sont pas non plus les agents de la coagulation spontanée : le sang conservé pendant vingt-quatre heures dans une atmosphère d'oxygène, d'acide carbonique ou même d'acide sulfhydrique, fut retrouvé intégralement fluide et susceptible, aussi bien qu'avant l'expérience, de se coaguler en masse au contact d'un corps étranger.

Il faut donc chercher ailleurs que dans une intervention gazeuse de nature chimique, par défaut ou par excès, la cause prochaine, aussi bien que la cause première de la coagulation.

La coagulation habituelle, celle du sang de la saignée dans la palette, est provoquée, accidentelle, traumatique. La coagulation spontanée, dans le sens rigoureux où nous l'entendons, est la désorganisation, la mort naturelle du sang privé de rénovation moléculaire; la thrombose marastique en est un exemple.

A côté de la coagulation provoquée, traumatique, reconnaissant pour cause le contact avec les corps étrangers (1), nous décrivons la coagulation spontanée marastique, liée à l'inanition du sang.

Le retard de la coagulation est en raison directe de la densité, de la concentration du sang, et cette loi s'applique aussi bien à la coagulation provoquée (par la palette) qu'à la spontanée. Au-delà d'un certain degré de concentration, lorsque le sang est devenu poisseux ou, plus encore, d'une consistance analogue à celle de la cire, la vitalité est réduite à l'état latent; elle se manifestera seulement lorsqu'on aura rendu au sang la quantité d'eau, de véhicule nécessaire à la manifestation de sa coagulabilité, la transformation en caillot. Il se passe, dans ce cas, un phénomène comparable à celui qu'on observe en expérimentant sur les animaux réviviscents.

L'extrême lenteur observée dans la coagulation des sangs émulgent et sus-hépatique relève vraisemblablement du fait de leur concentration; peut-être doit-on trouver là l'explication de cette coagulation retardée qu'on expliquait en invoquant gratuitement sans doute, des modifications isomériques dans le principe fibrineux (néo-fibrine, brady-fibrine, etc.).

En résumé, les aspects variés de la coagulation paraissent placés sous la dépendance de la densité du sang.

La coagulation étant la désorganisation du sang et ce phénomène apparaissant constamment comme signe de mort de cette humeur, il est évident que le sang est vivant tant qu'il est fluide.

Nos transfusions prouvent en effet, que du sang entier (non défibriné) conservé fluide pendant sept heures au moins après son issue d'un organisme, est probablement encore révivifiant.

DE L'INTOXICATION SATURNINE CHRONIQUE (2)

Par le docteur J. RENAUT, ancien interne lauréat des hôpitaux.

Conclusions. — L'action lente et prolongée du plomb, sa fixation dans l'organisme, probablement sous forme d'albuminates, son élimination par les diverses voies s'accompagne de phénomènes morbides multiples et divers et à lente évolution. Débutant peut-être par

(1) In-8. — Prix : 2 fr. — Paris, Fr. Savy, boulevard Saint-Germain, 77.

(1) Comment expliquer cette influence coagulatrice du contact avec les corps étrangers? elle est indéniable et relève d'une propriété de la matière.

(2) In-8°. — Prix : 4 francs. — Adrien Delahaye.

des accidents d'imprégnation locale rapidement suivis d'une anémie particulière et qui ne cessera plus, l'intoxication saturnine chronique marche peu à peu vers une cachexie dont le type lui appartient en propre, et que j'ai décrite. Cette marche même est interrompue par des épiphénomènes aigus, la colique, l'arthralgie, l'encéphalopathie, qui font irruption subitement quand survient une recrudescence dans l'empoisonnement, et qui passent quand s'est rétabli l'équilibre entre l'apport du poison et son élimination régulière. Le plomb agit alors lentement sur les organes et les tissus. Il les avait d'abord excités dans les premières périodes, celles où l'on voit surtout apparaître les épiphénomènes aigus.

Plus tard, il semble déterminer une véritable action d'arrêt sur la vitalité même des éléments anatomiques ; les stéatoses multiples se produisent, les tissus nerveux et musculaires s'altèrent sous l'influence du plomb ; il n'est pas jusqu'aux tissus du squelette qui ne soient atteints, le plomb est dans les os, et il y peut déterminer des lésions profondes.

Ainsi procèdent les intoxications chroniques, l'alcoolisme, par exemple, et jusqu'à un certain point la syphilis, empoisonnement chronique d'emblée, dans lequel nous ne connaissons qu'imparfaitement le poison. Ce qui en distingue surtout l'intoxication métallique, c'est la durée de l'imprégnation toxique, qui doit être nécessairement prolongée. Mais la succession des accidents, leur gravité croissante, les lésions des éléments des tissus succédant aux réactions passagères des appareils d'organes, tout est parallèle dans les intoxications chroniques.

Le propre de ces empoisonnements lents n'est pas seulement d'agir sur l'individu et pour le présent, mais aussi dans l'avenir, et sur sa postérité. On a commencé à étudier sérieusement la descendance des alcooliques et des saturnins ; y aurait-il donc un alcoolisme et un saturnisme héréditaires comme il y a une syphilis héréditaire ? Ce saturnisme serait-il marqué par l'idiotie, l'imbécilité, l'épilepsie, comme l'a dit le docteur Roque ? De nouvelles recherches seront nécessaires sur ces points intéressants de l'intoxication saturnine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 novembre 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

La Société a reçu, en outre, un mémoire sur la *Névropathie uréthrale*, par M. Brown.

M. MAGITOT offre une note extraite des *Mémoires de l'Académie des sciences, sur la pathogénie et la prophylaxie de la nécrose phosphorée*.

LECTURE

M. DELENS donne lecture, à l'appui de sa candidature, d'une observation de *fracture de jambe avec écoulement de liquide huileux*. (Commiss. : MM. Guéniot, Duplay, Verneuil.)

RAPPORT

M. MARJOLIN commence la lecture de son rapport *sur l'insuffisance des ressources pour le traitement des maladies chirurgicales des enfants à Paris*. Les conclusions seront données dans une des prochaines séances.

LECTURE

M. GUYON, secrétaire général, donne lecture des observations adressées par M. Spillmann (de Milianah), membre correspondant. Les deux premières sont relatives à deux cas tout à fait analogues de fractures du coude chez des enfants, traitées toutes les deux par la résection de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Dans le premier cas un enfant, monté sur un mulet lancé au galop, tombe sur le coude et se fracture l'humérus suivant une ligne passant au-dessus de l'épicondyle et de l'épitrochlée. Le fragment supérieur faisait issue de plusieurs centimètres par une plaie située en dehors du tendon du biceps.

La réduction de ce fragment se faisait facilement, mais il était impossible, même après l'administration du chloroforme, de ramener au contact le fragment inférieur. L'extension continue étant dangereuse à cause de la plaie compliquant la fracture et du voisinage de l'articulation du coude, M. Spillmann se décida à faire la résection de la diaphyse humérale. Les suites furent très-simples. L'os se régénéra et le membre présentait même, dans sa longueur, quelques millimètres de plus que celui du côté opposé. Malgré quelques trajets fistuleux, l'état local était satisfaisant, la douleur nulle ; la santé générale n'avait subi aucune atteinte. Mais, à ce moment, une nouvelle chute amène une nouvelle fracture un peu au-dessus de la première, à la suite de laquelle une des fistules s'agrandit, et les mouvements du coude deviennent moins libres. Deux mois et demi plus tard, un petit séquestre, de la grosseur d'une lentille, sort par la fistule, et tout rentre dans l'ordre. Quinze jours après l'enfant était guéri. Quatre mois plus tard il ne présentait plus qu'une cicatrice linéaire, et les deux membres avaient la même longueur, malgré la destruction du cartilage de conjugaison.

Le second cas a été observé sur un enfant de six ans à la suite d'une chute d'un mur de un mètre de hauteur. La fracture était semblable, l'opération fut la même, ainsi que le résultat.

Comme complication, il y eut un abcès au côté interne du bras, sans communication avec le foyer de la fracture. L'humérus, après guérison, a la même longueur que l'autre, mais les mouvements de l'articulation sont encore incomplets.

M. MARJOLIN, pendant son séjour dans les hôpitaux d'enfants, recevait en moyenne quinze à vingt fractures du coude par année, et n'a jamais eu à faire de résection.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit la troisième observation de M. Spillmann, intitulée : *Contracture réflexe du bras gauche à la suite d'une chute sur le coude, guérie par des injections de sulfate neutre d'atropine.*

Le 11 juillet 1875, un enfant de seize ans fait une chute sur le coude et éprouve aussitôt une difficulté des mouvements de cette articulation, sans qu'il y ait ni fracture, ni luxation. On le panse avec des cataplasmes et de l'eau blanche. Le 2 août il entre à l'hôpital de Milianah. Le coude ne présente ni rougeur, ni tuméfaction ; il est en demi-flexion ; le biceps et le triceps sont durs comme des cordes tendues. L'enfant éprouve une vive douleur si l'on cherche à fléchir son coude, et le membre revient en demi-flexion dès qu'on le laisse libre et comme mû par un ressort. L'exploration du plexus brachial et de la colonne vertébrale ne révélait aucune lésion de ce côté. Après un traitement complexe, frictions belladonées, cataplasmes, bains matin et soir, douches, bromure de potassium, pointes de feu, vésicatoires, etc., qui n'amena aucun résultat, M. Spillmann, se souvenant d'un fait semblable lu à la Société de chirurgie, par M. Dubrueil, le 5 mai 1875, et du traitement conseillé à cette occasion par M. Guéniot, voulut, avant d'avoir recours à l'électricité, explorer encore la région malade, et, pour éviter la douleur au petit malade, fit une injection de sulfate neutre d'atropine. L'amélioration fut subite. Les injections furent répétées pendant plusieurs jours, variant entre 1 et demi et 2 milligrammes suivant la tolérance, et la guérison fut complète au bout de douze jours.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Tumeur fibreuse du bassin chez un homme. — M. TILLAUX présente une tumeur qu'il a enlevée ce matin dans son service sur un homme âgé de quarante-sept ans.

Cette tumeur, faisant saillie dans la fosse ischio-rectale droite, avait grossi régulièrement depuis vingt ans, jusqu'à atteindre le volume d'une tête de fœtus. Le malade n'en avait jamais souffert, mais, depuis cinq ou six mois, il éprouvait des difficultés pour aller à la selle. Les matières fécales étaient de plus en plus ténues. Cette tumeur semblait sous-cutanée, mais, en introduisant le doigt dans

le rectum, on constatait l'existence d'une autre masse occupant tout le bassin entre la face antérieure du sacrum et le pubis, aplatissant le rectum, et ne laissant, pour le passage des matières, qu'une très-petite rigole de chaque côté de la convexité qu'elle formait. Elle paraissait immobile. Par le toucher hypogastrique, on ne parvenait pas à la sentir. Malgré la rareté des corps fibreux du bassin chez l'homme, la consistance et le mode de développement de cette tumeur ne pouvait laisser de doute sur sa nature, mais l'incertitude était grande sur son point d'implantation, et par suite, sur le procédé opératoire convenable.

M. Tillaux espérait, ce qui s'est réalisé, que cette tumeur ressemblait aux tumeurs fibreuses péripelviennes qu'on observe quelquefois chez la femme, qui sont implantées par un pédicule sur le sacrum ou le coccyx, mais dont les prolongements sont libres. Opération : une première incision fut faite horizontalement sur la portion sous-cutanée de la tumeur, puis une seconde, verticalement de l'anus au coccyx, sans intéresser l'anus. M. Tillaux fut alors assez heureux pour sentir avec le doigt le pédicule inséré sur la face antérieure du coccyx et pour pouvoir le couper avec un bistouri boutonné conduit sur le doigt. Il n'eut plus ensuite qu'à tirer sur la tumeur qui sortit comme un fœtus pendant l'accouchement. Le rectum et l'anus étaient intacts. La tumeur forme une seule masse, de 20 centimètres de hauteur sur 9 centimètres de diamètre. Le pédicule placé entre les deux prolongements sous-cutané et sous-péritonéal, la divise en deux parties de volume égal.

DISCUSSION

M. HOUEL. Il n'est pas rare, chez la femme, de rencontrer des tumeurs fibreuses indépendantes de l'utérus. Leur adhérence est ordinairement limitée. M. Houël en a observé une, insérée sur la crête iliaque antérieure et supérieure.

M. GUYON. Nélaton a appelé l'attention sur les tumeurs fibreuses intra-pelviennes, chez la femme. On peut observer des tumeurs de cette nature dans d'autres régions, la nuque, l'épaule, la partie supérieure du dos. Elles sont toujours implantées sur un os et ne se rencontrent aussi que chez des femmes.

M. TILLAUX a employé pour les premiers temps de son opération, le galvano-cautère, qui lui a permis de disséquer ses lambeaux sans qu'il se produisit la moindre perte de sang. Il n'a eu à faire ni torsion ni ligature.

M. PERRIN demande comment on peut diagnostiquer une tumeur fibreuse pariétale intra-pelvienne d'un myome utérin.

M. GUYON répond que le siége même de la tumeur permet d'établir le diagnostic. Les premières ne sont pas dans la cavité péritonéale.

M. TILLAUX fait remarquer, comme détail d'anatomie pathologique, qu'à la coupe, les deux prolongements de la tumeur qu'il présente ne se ressemblent pas. Le prolongement sous-péritonéal est plus infiltré. Le prolongement sous-cutané est, au contraire, plus dense.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Lauret-Magloire est nommé préparateur de physique.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Heckel, pharmacien de première classe, docteur ès-sciences naturelles, est chargé du cours d'histoire naturelle médicale.

— Mardi dernier, à quatre heures, M. le professeur Wurtz a commencé son cours dans le petit amphithéâtre de la Sorbonne.

Près de 2,000 personne assistaient à cette première réunion. Le professeur a été acclamé par des applaudissements unanimes et des cris répétés de « Vive l'Université ».

— *Hôpital des Cliniques. Clinique chirurgicale.* — M. le professeur Broca a repris ses leçons cliniques le lundi 8 novembre. Ce cours sera continué les lundi et vendredi de chaque semaine. A neuf heures, visite des malades.

— *École pratique de la Faculté. — Cours d'anatomie.* — A partir du lundi 15 novembre, des cours pratiques sur les diverses parties de l'anatomie seront faits dans les pavillons par MM. les prosecteurs et aides d'anatomie de la Faculté. Ces cours auront lieu tous les jours, à trois heures, dans l'ordre suivant :

Pavillon nº 1. — M. Farabeuf. Névrologie, lundi et jeudi.

Pavillon nº 2. — M. Humbert. Splanchnologie, mercredi et samedi.

Pavillon nº 3. — M. Pozzi. Myologie et angiologie, mardi et vendredi.

Pavillon nº 4. — M. Richelot. Ostéologie et arthrologie, mardi et vendredi.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Physiologie du système nerveux cérébro-spinal, par le docteur Édouard FOURNIÉ, médecin à l'Institut des Sourds-Muets. — 1 vol. gr. in-8º. Prix : 12 francs. — Paris, 1875, Adrien Delahaye.

Nouveau dictionnaire des plantes médicinales. Description, habitat et culture, récolte, conservation, partie usitée, composition chimique, formes pharmaceutiques et doses, action physiologique, usages dans le traitement des maladies, suivi d'une Étude générale sur les plantes médicinales au point de vue botanique, pharmaceutique et médical, avec une Clef dichotomique, Tableau des propriétés médicales et Mémorial thérapeutique, par le docteur A. HÉRAUT, professeur d'histoire naturelle à l'École de médecine navale de Toulon. — 1875, 1 vol. in-8º, cartonné, de 600 pages, avec 261 figures. Prix : 6 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8º de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 134. — MARDI 16 NOVEMBRE 1875. 48e ANNÉE. MARDI 16 NOVEMBRE 1875. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1855 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL SAINT-ANTOINE. Pleurésie diaphragmatique méconnue chez un tuberculeux. Symptômes attribués à une pneumonie caséeuse. — HÔPITAL DU MIDI. Rareté actuelle du chancre simple. — Fistule du canal de Sténon. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — Nouvelles.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. PETER.

Pleurésie diaphragmatique méconnue chez un tuberculeux. Symptômes attribués à une pneumonie caséeuse.

Messieurs, je veux vous entretenir aujourd'hui d'une erreur de diagnostic que j'ai commise, vous dire comment je l'ai faite et comment j'aurais pu l'éviter.

Il s'agit d'un homme couché au n° 20 de la salle Saint-Antoine, et chez lequel j'avais diagnostiqué une pneumonie caséeuse. Il était entré à l'hôpital avec tous les signes classiques de la tuberculisation pulmonaire, quand le 4 juin dernier il fût pris de vives douleurs dans la région précordiale après un refroidissement subit. La cause était évidente et cet homme semblait, en raison des symptômes que je vais vous présenter, atteint d'une inflammation des voies respiratoires localisée dans le tiers inférieur du poumon gauche.

Néanmoins, les douleurs vives qu'il éprouvait au voisinage du péricarde, l'intensité de la dyspnée, me firent d'abord croire à l'existence d'une péricardite. Vous savez qu'en effet, dans certains cas d'inflammation du péricarde, la lésion se traduit par une dyspnée considérable et des douleurs extrêmement vives, dues à ce que le nerf phrénique gauche et souvent même le droit, sont compris dans le travail inflammatoire dont cet organe est le siége.

Préoccupé de cette idée, j'examinai avec soin la région précordiale, mais sans y découvrir le moindre bruit de frottement. Il n'y avait de même absolument rien au cœur. J'en restai là, pensant que le lendemain l'apparition de signes que j'avais vainement cherchés viendrait confirmer mon diagnostic. Il n'en fut rien. Je fis néanmoins appliquer un vésicatoire pour calmer la douleur qui disparut en partie et je prescrivis pour achever de la combattre des cataplasmes laudanisés sur la région douloureuse.

A ce moment, il n'y avait encore rien dans la plèvre ni dans le poumon qui indiquât que l'un ou l'autre de ces organes fût le siége de l'inflammation actuelle.

Mais, quatre jours environ après le début des douleurs, je constatai à la base du poumon gauche, de la matité, un souffle tubaire intense, de la bronchophonie accompagnée d'un léger chevrotement de la voix. La bronchophonie dominait avec un timbre dur, éclatant, telle qu'on la rencontre dans le cas d'induration et de condensation du parenchyme pulmonaire.

C'est alors que le diagnostic commença à dévier. Précisément parce que cet homme était tuberculeux, je supposai que la douleur, le souffle, la matité étaient dus non pas à un épanchement mais à une inflammation spéciale de poumon ou, pour employer le mot moderne à une pneumonie caséeuse. Cette manière de voir était fondée sur l'existence de nombreuses granulations tuberculeuses dans les deux poumons, dont elles occupaient une étendue considérable. Sous l'influence du refroidissement, c'est-à-dire d'une cause extrinsèque, je pensa qu'il se pouvait qu'une inflammation pulmonaire se fût développée, laquelle avait donné naissance à une prolifération très-active de cellules et de noyaux tuberculeux dont l'abondance et la rapidité productive est telle alors qu'ils se groupent et se tassent, imparfaits, sous la forme d'infiltration.

Le 9 juin, outre les symptômes que je viens de vous énumérer, je constatai à la base du poumon, vers le tiers inférieur, un bruit de gargouillement caverneux. L'infiltration semblait donc marcher très-rapidement, et je ne doutai pas qu'il ne se fît un travail rapide d'excavation dans le parenchyme pulmonaire envahi.

Le lendemain, le gargouillement était plus évident encore, il avait un timbre plus éclatant, plus sonore, et à mesure qu'il augmentait d'étendue et de volume, le souffle au contraire, allait diminuant : on ne l'entendait plus que vers l'aisselle, où il resta perceptible jusqu'à la fin.

Les troubles généraux étaient d'accord avec les symptômes physiques. La fièvre était intense; le malade avait du délire surtout le soir, quelquefois le matin, délire qui s'observe très-souvent dans la forme rapide de la phthisie. Enfin, pour compléter l'illusion, l'expectoration était abondante et présentait ces reflets rosés dûs à la présence de l'hématine, coloration qui justifiait encore mon diagnostic d'inflammation rapidement destructive du poumon.

Je portai dès lors un pronostic funeste, pronostic basé sur un diagnostic faux. Le malade est mort en effet samedi dernier.

En résumé, je croyais donc avoir affaire à un tuberculeux chez lequel aurait éclaté tout à coup une phlegmasie spécifique et je vous ai dit les raisons qui m'avaient conduit à cette manière de voir.

J'étais tout d'abord sur la voie de la vérité, quand, en raison de la douleur, de son siége et de sa nature, ainsi que de la dyspnée, je pensai à une péricardite. Mais s'il était vrai que les souffrances fussent liées à l'altération des nerfs phréniques, j'étais dans l'erreur en pensant que le péricarde fût

malade : l'inflammation, comme l'a démontré l'autopsie occupait la plèvre diaphragmatique.

La pleurésie diaphragmatique peut être la conséquence du rhumatisme; elle survient encore consécutivement à la diaphragmite. Si la douleur est peu intense et l'entrave fonctionnelle peu considérable, le péril n'est pas grand ; mais si l'inflammation est vive et la douleur excessive, le danger peut être immense, car le diaphragme est alors doublement entravé par l'inflammation qui, de la plèvre, s'est propagée à son tissu, et par la douleur résultant de la propagation de cette même inflammation aux nerfs qui animent le muscle.

Dans ce cas, la douleur siége surtout aux insertions du diaphragme. C'est au niveau de la dixième côte, quelquefois de la onzième, ainsi que l'a démontré M. Guéneau de Mussy, que ce symptôme a son maximum d'intensité. De là elle s'irradie sur le trajet du nerf phrénique le long du sternum, à 2 ou 3 millimètres du bord externe.

Je n'ai pas recherché ce symptôme propre à la pleurésie diaphragmatique, et je me suis contenté d'ausculter le malade.

Or, vous savez que la pleurésie diaphragmatique peut exister sans se manifester par aucun signe stéthoscopique, du moins pendant un certain temps. Ordinairement, en effet, elle procède par une série de phases successives, d'abord par la formation d'un exsudat fibrineux, auquel succède un épanchement séreux. Quand le premier seul existe comme il s'est fait à la surface de la plèvre diaphragmatique, entre celle-ci et la base du poumon, comment voulez-vous le percevoir?

Supposons qu'au contraire l'exsudat se soit fait à la surface de la plèvre pulmonaire et pariétale costale : si c'est sur la convexité du poumon qu'il s'est effectué, il pourra s'accuser par un bruit de frottements dont vous connaissez le mécanisme; mais, s'il siége à la base, l'oreille ne pourra plus percevoir ces frottements pleurétiques parce qu'alors ils se passent au loin et ne sont accessibles à l'auscultation que suivant une ligne au lieu de l'être suivant une surface, comme c'est le cas pour la pleurésie ordinaire. De sorte que la plèvre diaphragmatique dans sa totalité, et la plèvre pulmonaire, à sa base, peuvent être enflammées sans donner lieu à aucun bruit, et à plus forte raison quand la pleurésie inflammatoire fibrineuse a provoqué un dépôt de fausses membranes qui ont déterminé l'adhérence du poumon à la circonférence de la poitrine, comme vous allez voir que c'était précisément le cas chez notre malade.

Supposons maintenant que l'exsudation séreuse succède à l'exsudat fibrineux : l'épanchement soulève le poumon, le comprime, et les signes physiques deviennent perceptibles à l'oreille, parce que la pleurésie diaphagmatique est arrivée à un plus haut degré d'extension, et alors vous constatez de la matité successivement croissante, de l'égophonie, et surtout l'absence de vibrations thoraciques.

Tous ces signes, moins ce dernier, je les ai constatés chez notre malade, mais je les ai mal interprétés. J'avais des yeux pour ne point voir. Il y avait de la matité dans le tiers inférieur de la poitrine et du souffle, qui, il est vrai, n'avait pas le timbre voilé du souffle pleurétique ; il était, au contraire, sec, éclatant, tubaire, et semblait témoigner d'une induration pulmonaire. Voilà pourquoi je le considérai comme lié à l'existence d'une pneumonie caséeuse. Mais ce fut surtout quand j'entendis le bruit de gargouillement que je fus encore bien plus porté à croire mon diagnostic fondé.

Eh bien, j'aurais évité cette erreur si j'avais songé à rechercher ce signe si important de la pleurésie avec épanchement, à savoir l'absence des vibrations thoraciques.

Tandis qu'en effet il y a dans la pneumonie caséeuse, comme dans toute induration du parenchyme pulmonaire, une exagération des vibrations thoraciques, celles-ci, au contraire, sont abolies dans la pleurésie. Toutefois, la recherche des vibrations ne peut être utile qu'autant qu'on a affaire à un homme, car, chez la femme et les enfants, elles ne se perçoivent pas toujours, par le fait de la gracilité et de la faiblesse de la voix.

Vous allez voir que ce signe même aurait pu manquer chez notre malade, ou du moins n'être réalisé que dans une très-petite étendue de la surface de matité.

Lorsqu'en effet on fit, à l'autopsie, l'ouverture de la poitrine, il s'écoula environ un litre et demi d'une sérosité franchement inflammatoire, dans laquelle nageaient des flocons membraneux ; et, je le dis tout de suite, on ne trouva pas trace d'une pleurésie tuberculeuse, mais bien tous les signes d'une pleurésie franche. (*A suivre.*)

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac

Rareté actuelle du chancre simple (1).

Leçon recueillie par M. Hugonneau, interne du service.

XXII

Et n'allez pas croire, messieurs, que j'exagère et que cette statistique des malades traités dans mes salles soit, par suite d'un choix particulier pour les admissions, défavorable au chancre mou. Tout au contraire, elle le rehausserait plutôt, et voici pourquoi :

L'année dernière, je consacrai toutes mes leçons cliniques à l'étude des chancres simples et de leurs complications. J'eus donc soin de ne laisser échapper aucun de ceux qui se présentèrent à ma consultation. J'avais intérêt à en faire entrer dans mon service le plus grand nombre possible, et je n'y manquai pas. Les malades atteints de cette espèce vénérienne était donc favorisés, jusqu'à un certain point, et j'en aurais certainement élagué plusieurs sans la circonstance de mon cours, qui les rendit les privilégiés de l'admission.

Aussi je ne doute pas que si ma statistique, au lieu de porter sur les malades reçus et soignés dans mes salles, avait embrassé, comme en 1869 et 1870, tous les individus qui venaient me consulter, je ne doute pas que son infériorité, par rapport à la totalité des maladies vénériennes et par rapport au chancre syphilitique, n'eût été encore plus grande.

XXIII

Je puis maintenant récapituler devant vous le mouvement de mon service pendant les six premiers mois de 1875, qui viennent de s'écouler. Je ne ferai entrer dans ce tableau, comme dans les précédents, que les trois espèces vénériennes.

Voici les maladies que j'ai traitées dans mes salles pendant les six premiers mois de 1875 :

I. Affections blennorrhagiques.	Simples.	139	Total.	297
	Avec orchi-épididymites	148		
	Avec cystite du col.	6		
	Avec rhumatisme. .	4		
			A reporter. . . .	297

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 23 septembre, 7, 28 octobre et 1 novembre.

	Report. . .			297
II. Chancres syphilitiques. . . .	112	153	Total.	259
Balano-posthites infectants. .	41			
III. Accidents syphilitiques consécutifs .		106		
IV. Chancres simples.	21		Total.	30
Bubons chancreux.	9			
Total. . . .				586

Dans ce tableau, la décroissance du chancre simple est encore plus accusée que dans le tableau de l'année 1874. Il ne figure, en effet, que *la dix-neuvième partie et demie du chiffre total des maladies vénériennes.*

Eu égard au chancre syphilitique, il se relève un peu, puisqu'il n'est que 5,1 fois moins nombreux que lui, tandis qu'en 1874 il l'était 6 fois ½.

Ce sont là des fluctuations insignifiantes. Mais ce que ces deux tableaux montrent de la façon la plus éclatante, c'est la décadence absolue et relative du chancre mou depuis quelques années, et particulièrement depuis le commencement de 1874.

XXIV

Pour que la démonstration soit complète et encore plus péremptoire, il importe d'additionner les résultats statistiques fournis par l'année 1874 et par la première moitié de l'année 1875. Vous aurez ainsi une idée nette du mouvement de mon service, du nombre des maladies vénériennes qui y sont soignées et du rapport numérique de ces maladies entre elles. Et comme les autres divisions de cet hôpital ne diffèrent point de la mienne, vous n'aurez qu'à multiplier par trois les nombres que je vais vous donner pour avoir une notion très-suffisamment exacte de l'état actuel des maladies vénériennes dans la ville de Paris.

Pendant ces dix-huit derniers mois, c'est-à-dire du 1er janvier 1874 au 1er juillet 1875, j'ai reçu et soigné dans les trois salles de mon service, qui se compose de quatre-vingt-seize lits :

I. Affections blennorrhagiques.	Simples.	307	Total.	801
	Avec orchi-épididymites.	434		
	Avec cystite du col.	49		
	Avec rhumatisme. .	11		
II. Syphilis.	Primitive ou chancres syphilitique. . . .	535	Total.	795
	Consécutive. .	260		
III. Chancres mous et bubons virulents. .				88
Total.				1,684

Comparez ces chiffres entre eux, et vous arriverez à cette conclusion, c'est que, actuellement, à l'époque, messieurs, où vous étudiez la médecine à Paris, les trois maladies vénériennes sont entre elles dans les rapports suivants, à l'hôpital du Midi :

1° La blennorrhagie *en représente la moitié moins 8 centièmes ;*

2° La syphilis *en représente la moitié moins 13 centièmes ;*

3° Le chancre simple *en représente la dix-neuvième partie.*

Vous en conclurez aussi que *le chancre simple est à la syphilis comme 1 est à 8,9 ; au chancre syphilitique comme 1 est à 5,9 ; aux affections blennorrhagiques comme 1 est à 9.*

XXV

Mettons en regard de ces chiffres ceux que m'ont donné mes statistiques de la consultation pendant les dix-huit mois compris entre le 1er janvier 1869 et le 1er juillet 1870. Vous les connaissez déjà ; mais il est intéressant de rapprocher les deux résultats.

Pendant ces dix-huit mois j'ai soigné, à ma consultation de l'hôpital du Midi :

I. Affections blennorrhagiques.				2,240
II. Syphilis.	Primitive ou chancres syphilitiques. .	1,044	Total. .	1,729
	Consécutive. . . .	685		
III. Chancres simples et bubons virulents. .				579
Total.				4,648

Comparons ces chiffres entre eux, comme je viens de le faire pour l'année 1874 et le premier semestre de l'année 1875. Voici ce que nous trouverons :

1° La blennorrhagie *représente la moitié moins un dixième environ du nombre total des maladies vénériennes ;*

2° La syphilis, *le tiers moins trois dixièmes ;*

3° Le chancre simple, *la huitième partie.*

Enfin le *chancre simple est à la syphilis comme 1 est à 3, moins une fraction minime ; au chancre syphilitique comme 1 est à 1,95, et aux affections blennorrhagiques comme 1 est à 4.*

Rapprochez ces deux tableaux et vous pourrez juger de la différence des résultats. Qu'y voit-on d'abord? Que la blennorrhagie est restée à peu près dans les mêmes rapports avec l'ensemble des trois maladies vénériennes, et ensuite que la décroissance numérique du chancre simple a augmenté dans des proportions énormes, et que tout ce qu'il a perdu a été gagné par la syphilis.

XXVI

On m'objectera sans doute que je compare deux ordres de malades, les consultants et les admis, qui ne peuvent pas donner la même proportion relative d'affections vénériennes. Je le reconnais ; mais je ferai remarquer que ce qu'il y a d'irrégulier, de défectueux, dans ce rapprochement est loin d'être défavorable au chancre mou. Sa rareté, en effet, est devenue telle depuis deux ans, que je reçois dans mon service tous ceux qui se présentent à ma consultation. Aussi peut-on regarder le chiffre 88 des chancres mous et bubons virulents soignés pendant ces dix-huit derniers mois dans mon service comme exprimant, à peu de chose près, tous les chancres simples et bubons virulents qui se sont présentés à ma consultation.

Or, comme je n'ai point reçu toutes les blennorrhagies ni toutes les syphilis tant primitives que consécutives, il en faut conclure que la proportion du chancre mou par rapport aux autres maladies vénériennes, est encore beaucoup moins forte que je ne l'ai établi plus haut, qu'il ne représente peut-être que la *vingt-cinquième ou la trentième partie* de leur totalité, qu'il n'est aux blennorrhagies et aux syphilis réunies que comme 1 est à 12 ou 15, et au chancre syphilitique que comme 1 est à 8 ou 10.

XXVII

Oui, messieurs, je crois qu'il y a actuellement à Paris *au moins dix fois plus de chancres syphilitiques que de chancres mous.* Et remarquez qu'il n'est question ici que des maladies vénériennes observées dans la classe pauvre de la population. Dans les classes aisées et riches, le chancre mou est infiniment plus rare encore. Quant à moi, je n'en vois presque jamais dans ma clientèle privée, depuis le siége et les huit ou dix mois qui le suivirent. Son infériorité par rapport à la blennorrhagie

et à la syphilis ne se chiffre pas. Dans le milieu dont je vous parle, elle équivaut presque à la *non-existence.*

Additionnons maintenant la statistique de ma consultation en 1869-1870 et la statistique de mon service en 1874-1875, et nous aurons :

I. Affections blennorrhagiques. . .	3,142
II. Syphilis.	2,454
III. Chancres simples.	667
Total.	6,263

La combinaison de ces deux statistiques, entre lesquelles il y a trois ans et demi d'intervalle, nous fait voir, d'abord, que :

1° La blennorrhagie représenterait, dans cette moyenne, *la moitié* du nombre total des maladies vénériennes ;

2° La syphilis, le *tiers* moins un dixième ;

3° Le chancre mou, le *neuvième.*

Ensuite, que le chancre mou serait *quatre fois et demi* moins fréquent que la syphilis.

Mais cette moyenne ne répondant à rien de réel à cause de la distance qui sépare les deux statistiques, il vaut mieux envisager chacune d'elles séparément.

Toutes les deux, mais surtout la dernière, mettent hors de doute l'infériorité numérique du chancre mou, et prouvent qu'elle se prononce de plus en plus chaque jour.

Ce fait étant démontré mathématiquement, j'ai dû rechercher s'il était général, ou bien si la ville de Paris avait seule le privilége de voir diminuer d'une façon si extraordinaire une des trois espèces vénériennes. *(A suivre.)*

FISTULE DU CANAL DE STÉNON

CONSÉCUTIVE A UN CALCUL SALIVAIRE. — GUERISON.

Par M. le docteur L. LOMBARD (de Terrasson).

La relation d'un cas de fistule du canal de Sténon, suivie de guérison, que je trouve dans la *Gazette des Hôpitaux* du mois de septembre dernier, m'engage à communiquer l'observation suivante :

Je fus consulté le 3 septembre 1871, par M. X..., ouvrier dans une fabrique de bouteilles, pour une tumeur qu'il portait à la joue droite depuis plusieurs années. Cette tumeur, très-dure, indolore, sans changement de couleur à la peau, avait acquis, au moment où je l'examinai, le volume d'un gros pruneau, elle faisait saillie à l'extérieur et constituait une difformité choquante. A l'intérieur et depuis longtemps aussi, il y avait, au même niveau, une ulcération à fond grisâtre. A certains moments, il en sortait un liquide d'odeur repoussante ; la grosseur diminuait alors de volume.

Un stylet me donna la sensation d'un corps dur et rugueux que je supposai un calcul et dont je proposai l'extraction au malade qui remit l'opération à quelques jours.

Le 6 septembre une parotidite interne se déclarait, et malgré un traitement énergique, se terminait par un abcès s'ouvrant spontanément à l'extérieur, au centre de la tumeur, dans la journée du 12. J'agrandis un peu l'ouverture et je pus sans aucune difficulté extraire un calcul très-dur, d'odeur infecte, hérissé d'aspérités, du poids de 4 grammes environ et affectant le volume et la forme d'une fraise ; par cette plaie, on pénétrait librement dans la bouche. Elle fut pansée à plat avec un plumasseau de charpie, enduit de cérat et recouvert d'une compresse assujettie avec une mentonnière. Le lendemain, les pièces du pansement étaient baignées d'une grande quantité de liquide qui n'était que de la salive, et qu'une légère compression sur la parotide faisait sortir à volonté. Nous étions en présence d'une fistule du canal de Sténon. Je ne laissais pas que d'être inquiet sur les conséquences possibles, d'autant plus que l'orifice extérieur était large ; d'autre part j'étais rassuré par la grande diminution de l'orifice interne.

Je fis panser chaque jour avec de la pommade camphrée après une lotion avec de l'eau alcoolisée, et j'exerçai une compression assez forte avec des compresses graduées.

Sous l'influence de ce traitement, la plaie se nettoya promptement et se rétrécit peu à peu, bien qu'un autre abcès, survenu à l'angle de la mâchoire et ouvert spontanément, fut venu entraver un peu le traitement.

Le 25 septembre, il restait un petit orifice fistuleux qui donnait passage à la salive ; l'orifice interne, bien que rétréci, la laissait écouler dans la bouche avec facilité.

Je cautérisai extérieurement avec du nitrate d'argent et continuai la compression. Le 28, il ne restait au dehors qu'un bourgeon cicatriciel que je cautérisai encore. Je recommandai des lotions avec du vin fortement astringent et une légère compression. Huit jours après, le malade était complétement guéri. Depuis quatre ans la guérison ne s'est pas démentie ; il ne reste d'autres traces de cette affection qu'une très-petite cicatrice.

Le malade continue encore l'exercice de sa profession.

La rétraction des tissus distendus par un calcul volumineux et par l'accumulation de la salive, de même que la largeur de l'orifice interne du canal de Sténon, a beaucoup favorisé cette terminaison heureuse, mais il n'en existait pas moins une vaste ouverture du canal, laquelle s'est cicatrisée sans grande difficulté.

Cette observation est donc une preuve de plus que le malade et le médecin ne doivent pas s'alarmer outre mesure en pareil cas et que de toutes les fistules, celle-ci est certainement une des plus curables surtout quand elle est récente.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 novembre 1875. — Présidence de M. WOILLEZ.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA THORACENTÈSE.

De la mort subite dans la thoracentèse et des convulsions épileptiformes à la suite des injections pleurales. — M. MAURICE RAYNAUD donne lecture d'un travail sur ce sujet. Il rappelle à la société le cas de mort subite à la suite de la thoracentèse relaté dernièrement par M. Legroux et le rapport de M. Desnos sur cette intéressante observation. Tandis que, dans ce cas, M. Legroux attribuait la mort uniquement à une syncope déterminée par l'anémie cérébrale au moment où le sang afflue dans les vésicules pulmonaires longtemps privées d'air, M. Desnos la rattache directement à l'hypérémie pulmonaire. M. Maurice Raynaud fait observer qu'il n'y a pas incompatibilité absolue entre ces deux interprétations, et il croit que les deux influences peuvent s'ajouter l'une à l'autre. En général, quand la mort a été subite, dans la rigueur du terme, il croit qu'il s'agit d'une syncope mais, suivant lui, cette syncope n'est presque toujours qu'un fait d'origine reflexe et la congestion pulmonaire peut légitimement figurer parmi les facteurs divers qui peuvent concourir au même résultat, l'arrêt instantané du cœur.

M. Maurice Raynaud, à l'occasion du cas intéressant de M. Legroux, rapporte un fait observé par lui en 1861, alors qu'il était interne à l'hôpital Necker. Un homme d'une quarantaine d'années, d'une robute constitution est amené à l'hôpital, présentant tous les signes d'un grand épanchement du côté gauche. La ponction thoracique était formellement indiquée, et M. Raynaud, sous les yeux du chef de service, M. Vernois, se disposa à pratiquer une ponction par la méthode de Reybard, la seule en usage, à cette époque. Au moment même où, suivant le principe formulé par Trousseau, il faisait une petite incision avec la lancette et avant qu'il n'eut le temps de plonger le trocart dans la poitrine, le malade s'affaissa ; il était mort. On ne peut, dans ce cas, invoquer la congestion pulmonaire ni la déplétion mécanique de l'encéphale. Le déplacement du cœur est insuffisant pour expliquer la mort. Une impression douloureuse, bien légère à la vérité, avait donc suffi pour transmettre

au bulbe une incitation reflexe dont les conséquences avaient été foudroyantes.

Or s'il faut si peu de chose pour déterminer une syncope avant l'évacuation du liquide, ne peut-on pas admettre que les mêmes causes puissent conserver leur efficacité même après l'opération terminée? L'opération ne fait qu'écarter le danger immédiat de l'asphyxie, mais pendant assez longtemps après, le malade traverse une période critique de transition entre les conditions où l'avait mis le développement graduel de l'épanchement et les conditions nouvelles où le met l'évacuation du liquide.

M. Maurice Raynaud a eu tout récemment l'occasion d'observer, avec M. Féréol, un cas de mort subite survenue dans la nuit qui a suivi le jour où avait été pratiquée la thoracentèse. Mais outre un état général très-mauvais, cette malade avait une angioleucite de la cuisse qui la faisait beaucoup souffrir, et cette douleur n'a sans doute pas été étrangère à cette terminaison funeste. L'enseignement à tirer de ce fait, suivant M. Maurice Raynaud, est qu'il ne faut pas attendre trop tard pour opérer.

L'orateur aborde ensuite l'étude d'un accident d'une tout autre nature, mais pouvant également être rangé dans la classe des phénomènes reflexes; il veut parler des convulsions épileptiformes qui peuvent survenir à la suite des injections faites dans la cavité pleurale. Les réflexions qu'il soumet sur ce sujet à l'approbation de la société sont basées sur deux faits observés par lui.

Le premier, receuilli en 1867, à l'Hôtel-Dieu, et rapporté depuis dans la thèse de M. Delpech (de Puycessi) a trait à un homme vigoureux, entrant à l'hôpital avec tous les signes d'une pleuro-pneumonie intense du côté droit. La maladie paraissait marcher vers la guérison lorsque surviennent des signes non équivoques de suppuration qui nécessitent la thoracentèse. Un mois après, reproduction de l'épanchement, application d'un drain à anse; une notable amélioration s'ensuivit; des lavages quotidiens sont pratiqués dans la plèvre; le malade presque complétement guéri demande à partir pour Vincennes; M. Maurice Raynaud se disposait à retirer le tube, mais à peine l'a-t-il retiré de quelques centimètres qu'il voit un peu de pus très-consistant dont l'écoulement avait été accidentellement empêché jusque-là par une croûte qui obstruait le tube. Il fit alors un nouveau lavage. Pendant la pénétration du liquide, le malade se plaint de gêne de la respiration. Comme le liquide ne sort pas complétement clair, M. Raynaud fait une dernière injection qui ne pénètre qu'avec un léger effort : tout à coup, le malade pâlit et tombe à la renverse, les pupilles sont largement dilatées, la face est très-pâle, le pouls nul, la respiration complétement suspendue; puis au bout d'une minute, le malade est pris de convulsions, en même temps la face, devenue livide, s'injecte prodigieusement, toutes les veines sont turgescentes, les lèvres deviennent violettes, une écume sanguinolente sort de la bouche.

Pendant cette attaque convulsive, deux énormes thrombus se forment avec une rapidité effrayante aux paupières supérieures; il y a perte absolue de connaissance et de sensibilité, et émission involontaire d'urines et de matières fécales. Cet état dura un quart d'heure et fut suivi d'une période de stertor et de coma d'environ trois quarts d'heure. Quand le malade revient à lui, il est atteint d'une hémiplégie portant sur le membre supérieur droit. Mais peu de jours après, le malade revient tout à fait à l'état qu'il présentait au moment où est arrivé l'accident qui a failli lui coûter la vie. Il ne sort plus par le canal que quelques gouttes de pus un peu fétide. On refait, avec beaucoup de précautions, quelques injections détersives.

Enfin le malade part pour Vincennes entièrement guéri; il ne se plaint plus que de quelques phénomènes lumineux du côté des yeux. Telle est, en résumé, l'observation qui a été publiée dans la thèse de M. Delpech. Mais dix-huit mois après cette guérison, en apparence définitive, grâce aux renseignements fournis par M. Hatton (de Fresnay), M. Maurice Raynaud apprit que l'épanchement s'était reproduit, que de temps à autre de notables quantités de pus étaient évacuées tantôt par les bronches, tantôt par le drain, que le malade était tombé dans un profond dépérissement, que tout, enfin, annonçait une mort prochaine. Le système nerveux n'avait présenté aucun phénomène particulier.

Il est naturel de se demander si, dans ce fait, il ne s'agissait pas simplement d'un sujet épileptique, chez lequel une attaque aurait éclaté pendant un pansement. M. Raynaud s'est bien posé cette question, mais il n'a pu avoir sur les antécédents de ce malade que des renseignements très-vagues; suivant les ouvriers qui avaient travaillé avec lui, il aurait été trouvé, plusieurs fois, couché à l'écurie, dans une sorte de coma. Mais il n'y avait là rien de bien précis, et M. Raynaud était resté dans le doute lorsqu'est venu s'offrir à son observation le second fait que voici, recueilli par M. le docteur Lorey, alors son interne.

Un jeune homme de vingt-sept ans, vigoureusement constitué, entre à l'hôpital avec tous les signes de la pneumonie. Au cours même de cette maladie, se forme avec une effrayante rapidité un énorme épanchement. M. Woillez, appelé en consultation, conseille de pratiquer immédiatement une ponction et annonce la purulence du liquide qu'on va évacuer. La ponction est faite au moyen de l'aspirateur Dieulafoy et donne issue à 450 grammes de pus. L'épanchement se reproduit rapidement, et quelques jours après, une nouvelle ponction est pratiquée. Le liquide ne s'écoulant pas librement, l'astrémité du trocart étant bouchée par une fausse membrane, M. Maurice Raynaud, sur l'avis de M. Woillez, pratiqua l'empyème : il s'écoule un litre de pus mêlé à une grande quantité de fausses membranes, la situation du malade est très-sensiblement améliorée dans les jours qui suivent cette opération; le traitement consiste désormais en lavages répétés avec de l'eau légèrement alcoolisée, au moyen de l'appareil Potain. Un jour, non satisfait de la façon dont s'écoulait le liquide, M. Maurice Raynaud enlève l'appareil et pratique une injection à l'aide d'un irrigateur Éguisier. Le liquide ressort un peu sanguinolent. Tandis que M. Raynaud renouvelle l'injection, le malade s'affaisse, devient d'une pâleur extrême; ses membres supérieurs sont agités de quelques mouvements convulsifs, il respire à peine, son pouls est faible et intermittent. Lorsqu'après les manœuvres mises en pratique en pareil cas, le malade revient à lui, il ne reconnaît plus les personnes qui l'entourent; une demi-heure après, il s'aperçoit qu'il ne voit plus clair. L'examen ophthalmoscopique, pratiqué avec M. Panas, montre que la papille de l'œil droit est entourée d'un cercle de suffusion séreuse notable; le veines sont, en certains points, très-volumineuses, étranglées et vides de sang dans d'autres points. La moitié interne de la papille est exsangue et d'un blanc mat, tandis que la moitié externe a des couleurs rosées et des contours diffus. Bref, la circulation de la papille du côté droit paraît suspendue. A gauche, on trouve des signes analogues d'ischémie papillaire. Le soir, le malade a recouvré son intelligence, mais la vue reste abolie. Un nouvel examen ophthalmoscopique permet d'apercevoir nettement des battements spontanés dans la veine centrale de la rétine du côté droit.

Une nouvelle injection est pratiquée le soir avec les plus grandes précautions, et donne lieu cependant à une nouvelle attaque épileptiforme encore plus violente que la première, et à laquelle succède un état de stertor absolument semblable à celui qui suit une attaque d'épilepsie franche. Cet état se prolonge pendant plusieurs heures, sans que rien puisse le modifier, puis surviennent une série d'accès épileptiformes bien caractérisés, et le malade succombe dans un de ces accès. L'autopsie ne révèle absolument rien de particulier du côté de l'encéphale. Jamais, auparavant, ce malade n'avait présenté aucun accident convulsif.

Comparant entre eux ces deux faits, M. Maurice Raynaud fait ressortir la remarquable similitude qu'ils présentent. Il rappelle les différents points de chacune de ces observations et les compare entre eux. Ces deux faits, ajoute-t-il, s'éclairent l'un par l'autre, e il se croit autorisé à penser que, dans les deux cas, il s'agit, non pas d'une épilepsie vraie, mais d'accidents épileptiformes dont l'injection dans la plèvre est bien et dûment responsable.

M. Maurice Raynaud recherche ensuite quel a pu être, dans ces cas, le mécanisme des accidents qui ont déterminé la mort. Il repousse la congestion pulmonaire et admet la syncope mécanique due, non pas au brusque déplacement du cœur, comme cela peut avoir lieu à la suite de la thoracentèse, mais à une action réflexe, que M. Raynaud explique de la façon suivante : l'injection du liquide n'agit ici, dit-il, qu'en provoquant une impression transmise au bulbe et ré-

fléchie, soit sur les nerfs d'arrêt du cœur, soit sur les nerfs vasomoteurs qui président à la circulation cérébrale de manière à déterminer une contraction vasculaire énergique et, par suite, l'ischémie du bulbe. Mais en quoi consiste l'impression initiale d'où part cet acte réflexe?

Ici, M. Raynaud rappelle que, dans les deux cas, les accidents ne se sont produits que lorsque la cavité pleurale a été réduite à un très-petit volume. Or il vient un moment où, par suite de l'accollement des deux feuillets de la plèvre, la face supérieure du diaphragme représente à elle seule la plus grande partie de la surface interne de la cavité injectée; cette face, la seule mobile, s'abaisse sous la pression du liquide injecté et de là, peut-être, un tiraillement et une compression du nerf phrénique. L'impression centripète une fois transmise au bulbe, ajoute M. Raynaud, se réfléchit-elle sur le nerf pneumo-gastrique, ou bien l'arrêt du cœur ne se produit-il que par l'intermédiaire d'une anémie bulbaire, déterminée elle-même par une contracture réflexe des vaisseaux de la base du cerveau? En faveur de la seconde interprétation, l'orateur invoque l'anémie du fond de l'œil observée dans le second cas.

M. Maurice Raynaud présente ici quelques considérations sur les affections rétiniennes, et il croit pouvoir affirmer que l'anémie de la rétine, dans le cas présent, était due à une contraction vasculaire réflexe des plus énergiques, et que cette même contraction vasculaire donne la clef de la syncope.

Il fait suivre ces réflexions de quelques considérations sur les rapports intimes de la syncope et de l'attaque épileptiforme, car il admet la production successive de ces deux phénomènes chez ses deux malades, et il rappelle les liens de parenté qui existent entre eux dans l'épilepsie d'une façon générale.

En terminant, l'orateur déduit de toute cette discussion cette conclusion pratique qu'après l'ouverture de la cavité pleurale, il ne faut pratiquer les injections détersives qu'avec une extrême circonspection; le danger, dit-il, est à peu près nul dans les premiers temps qui suivent l'opération; il s'accroît au fur et à mesure que se fait l'accollement cicatriciel des deux feuillets de la plèvre, et il y a surtout lieu de s'en préoccuper au moment où, par le progrès de la cicatrisation, on n'a plus affaire qu'à une très-petite cavité. Dans ce cas, il sera toujours d'une sage pratique de suspendre les injections, si elles ne sont pas absolument nécessaires, ou de ne les faire qu'avec une extrême lenteur.

M. FÉRÉOL fait observer que la malade dont a parlé M. Maurice Raynaud et qu'il a vue avec lui, a succombé non pas à une syncope, mais à un état général qui était des plus graves.

M. MOUTARD-MARTIN est disposé à voir simplement un épileptique dans le premier malade de M. Maurice Raynaud et à croire qu'il s'agit seulement d'une attaque d'épilepsie, provoquée peut-être par l'injection pleurale. Il fait observer, en outre, que dans les pleurésies purulentes, il arrive souvent de voir, très-longtemps après l'opération, se produire des accès de toux et de suffocation à la suite d'injections dans la cavité pleurale. Il s'agit, dans ces cas, d'une fistule pleuro-pulmonaire, qui s'est établie par suite d'un travail ulcératif du côté du poumon. M. Moutard-Martin ne serait pas éloigné d'admettre que l'attaque d'épilepsie, chez le malade de M. Raynaud, ait été produite par un accident de ce genre.

Quant au second malade, M. Moutard-Martin demande à M. Raynaud s'il n'était pas albuminurique.

M. MAURICE RAYNAUD répond négativement.

M. MOUTARD-MARTIN ajoute que, quoi qu'il en soit, c'est le plus souvent la force de l'injection qui est la cause déterminante de ces sortes d'accidents. Pour l'éviter autant que possible, il a toujours soin de placer deux tubes de façon à établir un double courant et à ne jamais pratiquer ainsi d'injections forcées.

M. BROUARDEL à l'appui des considérations présentées par M. Maurice Raynaud, cite le fait suivant : un jeune homme de seize ans a subi, dans son service, l'empyème pour un épanchement pleural. Son interne, M. Hirtz, en pratiquant une injection dans la plèvre de cet enfant, a vu tout à coup se produire des accidents convulsifs identiques à ceux que M. Brown-Sequard produit expérimentalement sur des cobayes en excitant ce qu'il a appelé la zone épileptogène. Cet accident s'est produit deux fois chez ce malade, la première fois tout à fait au début, la seconde fois pendant le cours même de l'injection. Cet enfant n'est nullement épileptique.

La discussion sera continuée sur ce sujet.

La séance est levée à cinq heures et quart.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 13 novembre 1875. — Présidence de M. CL. BERNARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Muscle vibrant chez les crustacés. — M. POUCHET, voulant s'assurer de la mollesse d'un homard qui venait de changer de peau, sentit, en approchant ses doigts de l'animal, avant même de le toucher, à une certaine distance de la peau, une sorte de vibration très-nette, comparable à celle d'une corde de piano. Un homard qui vient de changer de peau donne donc lieu à une vibration se communiquant par l'eau et dont la vitesse paraît supérieure à 16 ou 18 vibrations par seconde.

M. Pouchet rechercha à quel muscle pouvait être due cette vibration, et vit qu'elle était produite par le grand muscle antennaire qui s'insère à la base des antennes. Ayant étudié ce muscle histologiquement, il a constaté qu'il présentait une structure toute différente de celle des autres muscles. Sur des coupes, on voit qu'il n'a pas de myolème; les fibrilles musculaires contractiles sont extrêmement minces et séparées les unes des autres par un espace relativement considérable et occupé par une substance déjà granuleuse pendant la vie et portant de nombreux noyaux; les faisceaux sont anastomosés les uns avec les autres. En un mot, ce muscle présente une structure analogue à celui des ailes des insectes ou à celui qui constitue la queue des serpents à sonnettes. Si l'on fait agir un courant électrique sur lui, il n'entre pas en vibration, mais il donne lieu à un mouvement simple de l'antenne. M. Pouchet, frappé de ce fait, vit alors qu'il contenait un second muscle, un muscle normal.

En ayant cherché les usages, il trouve plusieurs explications possibles de l'existence de ce muscle : ce n'est pas toutefois un organe de défense; peut-être a-t-il pour but d'aider au détachement du nouveau test, peut-être est-ce un organe destiné à rendre des sons inappréciables pour nous. Ce qui semble appuyer cette dernière hypothèse, c'est qu'il est animé par un nerf spécial qui a été nommé par M. Milne Edwards nerf acoustique, et qui, en effet, se rend à l'organe de l'audition.

M. PAUL BERT fait observer que nous connaissons très-peu la physiologie de l'audition chez les crustacés. Il résulte d'expériences qu'il a faites que ces animaux sont extrêmement sensibles au bruit, mais il ne croit pas que les antennes soient pour quelque chose dans leur audition. En effet, dans ses expériences, il a coupé les antennes chez des crabes et a constaté que ces animaux restaient tout aussi sensibles au bruit. Il y a là plusieurs questions très-difficiles à résoudre, puisque l'homme ne peut se mettre dans la peau d'un homard.

M. POUCHET ne croit pas non plus au rôle des antennes dans l'audition; il croit, avec M. Milne-Edwards, que l'organe de l'audition chez les crustacés est constitué par une sorte de membrane qu'on trouve à la base de la grande antenne.

Phénomènes consécutifs à la cautérisation d'une partie de la surface du cerveau. — M. BROWN-SEQUARD présente plusieurs animaux chez lesquels il a pratiqué de larges cautérisations au fer rouge sur la surface cérébrale. C'est d'abord un chien dont toute la moitié droite du cerveau a été cautérisée; M. Brown-Séquard a constaté chez cet animal un certain nombre de phénomènes parmi lesquels il s'en trouve qu'il n'avait jamais observés jusqu'à présent. Ce chien présente d'abord tous les phénomènes de la paralysie du grand sympathique; il offre, en outre, une élévation de la température à la face et à l'oreille du côté correspondant à la

lésion, une paralysie du même côté, une paralysie du train postérieur ; ces faits sont déjà connus ; mais voici les quelques particularités nouvelles constatées par M. Brown-Sequard. Les muscles qui s'attachent à la gouttière vertébrale du côté gauche sont atteints de contracture ; le membre droit postérieur est très-faible ; de temps à autre, ce chien est pris d'attaques que M. Brown-Sequard a déjà constatées chez plusieurs malades, dans des cas de myélite localisée en certains points, et qu'il a étudiées sous le nom d'épilepsie spinale ; si, sur l'un des deux membres postérieurs devenus rigides, on tire le gros orteil, on fait aussitôt cesser la contracture. Il y a là plusieurs faits qui méritent d'être étudiés de nouveau.

On a déjà relevé un assez grand nombre de cas dans lesquels une lésion limitée à une partie du cerveau donne lieu à de la paraplégie ; chez ce chien, il y a de la paralysie mêlée à de la contracture. Les phénomènes oculaires constatés chez lui sont ceux que M. Brown-Sequard a déjà signalés : l'œil du côté correspondant est moins ouvert, il en est de même de la pupille qui est beaucoup moins dilatée.

Ce fait prouve donc qu'une lésion d'une partie superficielle du cerveau exerce une certaine influence sur la moelle épinière.

En passant en revue ces divers phénomènes, M. Brown-Sequard insiste aujourd'hui sur les phénomènes de paralysie des membres du côté correspondant à la lésion du cerveau et particulièrement sur le trouble qu'on observe dans le sens musculaire de ces membres.

M. HAYEM demande si, dans ces cas, l'examen de la moelle, à l'autopsie, ne révèlerait pas l'existence d'une méningo-myellite par propagation qui peut-être pourrait donner une explication des phénomènes insolites observés par M. Brown-Sequard.

M. BROWN-SEQUARD fait observer que tout en admettant une congestion de la moelle, il faudrait invoquer autre chose qu'une simple propagation, puisque les membres antérieurs de l'animal n'ont rien présenté de particulier et que le retentissement de la lésion cérébrale sur la moelle se fait à distance.

M. HALLOPEAU a observé un malade atteint d'hémorrhagie cérébrale, qui a présenté des phénomènes réflexes analogues à ceux que vient de faire connaître M. Brown-Sequard.

Action de l'oxygène comprimé. — M. PAUL BERT rappelle qu'il existe deux espèces de fermentation, la fermentation vraie et la fermentation diastasique. Si l'on sépare un fruit de l'arbre, on sait qu'il continue à mûrir. Cette maturation est-elle le résultat de la continuation de la vie des cellules, ou bien d'une sorte de diastase ? L'oxygène comprimé permet de juger la question : les fruits ne mûrissent pas sous son influence ; il s'agit donc là d'une maturation vraie. M. Paul Bert a résolu ainsi plusieurs questions de physiologie végétale par l'action de l'oxygène comprimé.

M. CHOUPPE, en cautérisant récemment la partie droite de la nuque chez un malade atteint d'une névralgie cervicale très-intense, a déterminé, chez ce malade, une congestion très-vive de tout le côté gauche de la face.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Il est établi à Lille une faculté mixte de médecine et de pharmacie, à laquelle devront s'appliquer les lois et règlements qui régissent les facultés actuellement existantes.

Art. 2. — Les offres contenues dans la délibération du conseil municipal de Lille, en date du 12 juillet 1872, 14 août et 21 octobre 1875, sont acceptées.

Art. 3. — A l'époque de l'ouverture de la nouvelle faculté, la moitié des professeurs sera nommée par décret rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, après avis du comité consultatif de l'enseignement supérieur.

Les autres chaires seront confiées à des chargés de cours.

Dans le délai de quatre années, il sera pourvu, par décret, à la nomination des professeurs desdites chaires, sur la présentation des professeurs déjà en exercice et sur celle du conseil académique de Douai, sans qu'il puisse être fait toutefois plus de trois nominations par année.

Art. 4. — Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Versailles, le 12 novembre 1875.

— M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie, commencera le mercredi 17 novembre, un *cours complet d'anatomie descriptive*, comprenant la description des principales régions et les questions les plus importantes de la physiologie. Ce cours se composera de deux leçons par jour ; la première aura lieu à midi et demi dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique ; la seconde à quatre heures dans l'amphithéâtre de M. Fort, rue Antoine-Dubois, n° 2. Les élèves seront exercés aux dissections entre les deux leçons. Le cours durera jusqu'à la fin de mars ; on en trouvera le programme, jour par jour, dans la dernière édition du *Guide de l'étudiant*.

— M. le docteur Garrigou-Desarènes, recommencera ses conférences cliniques sur les maladies des oreilles, le mercredi 17 courant à midi et demi, rue de l'École-de-Médecine, n° 37. Il les continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,
Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude..	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..........................		
Chlorure de sodium......................		
Matières organiques.....................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Thérapeutique des affections rhumatismales.

Baume à l'huile concrète de LAURIER D'ARABIE
contre la goutte, les rhumatismes, les douleurs, les névralgies, etc. (AL-GHAR DU Dr ALI.) — Lorsqu'on frotte avec ce baume la partie malade, il s'y développe bientôt une très-vive chaleur, mais qui ne produit aucune irritation de la peau, contrairement aux autres produits qui enflamment généralement les parties sur lesquelles on les applique et ne soulagent momentanément qu'en substituant une douleur à une autre.

Ph. Mariani, 41, bd Haussmann, et princ. pharm.

Dragées anti-épileptiques
au bromure arsenical et à la **picrotoxine** du Dr GELINEAU. En priant nos confrères de faire l'essai de nos dragées, nous sommes en mesure de leur affirmer que, le plus souvent, ils verront disparaître les crises dès le premier mois du traitement. — Le flacon : 8 francs. — Paris, pharmacie du Dr Détray, 1, rue des Tournelles, Paris.

VIN MARIANI
à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. 5 francs la bouteille.

Mariani, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

MALADIES DE LA PEAU
LES GRANULES
Et le Sirop d'Hydrocotyle asiatica

DE J. LÉPINE

Pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry sont, d'après le Dr Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : **Eczéma, Psoriasis, Lichen, Prurigo, Dartres,** etc., etc.

Dépôt général à Paris : 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré, et pour la vente en gros : 99, r. d'Aboukir.

Appareils vaporifères *portatifs*
du docteur LEFEBVRE (du Nord).

Approbation de l'Académie de médecine de Paris, pour bains de vapeur, fumigations, douches et inhalations, — 19, boulevard Montmartre.

Le Fer assimilable.

Pilules martiales de R. Coquet
Les acides faibles de l'estomac dissolvent très-bien cette nouvelle préparation martiale, et l'état maladif est modifié dès les premiers jours.

Les personnes rebelles aux autres ferrugineux sont guéries chaque fois que le fer est indiqué. Succès constant, la constipation cesse.

Dépôt : pharmacie centrale, 7, rue de Jouy, Paris.

ÉPILEPSIE
HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

SIROP ANTISCORBUTIQUE DE RIVIÈRE IODO-FERRÉ
Combinaison *stable*, intime et naturelle de l'iode et du fer avec les plantes antiscorbutiques ; très-efficace dans les *affections chlorotiques, lymphatiques, scrofuleuses* : Chlorose, Anémie, Pertes blanches, Menstruation irrégulière, etc. 3 fr. le flacon. — Dépôt à la ph. J. Rivière, 68, Chaussée d'Antin, Paris.

PRIME DE **16,600** FRANCS — MÉDAILLES D'**OR** A LAROCHE

QUINA LAROCHE
Extrait COMPLET **des 3 SORTES de quinquinas**

Triple ÉLIXIR *de* QUINQUINA, *reconstituant, tonique et fébrifuge.* A base de vin d'Espagne et d'un goût agréable, ce produit participe du *vin* et du *sirop* de quinquina, mais leur est bien supérieur en efficacité.

Le procédé **Laroche** consiste à ÉPUISER, par une série de véhicules variés et un outillage spécial, la *totalité* des nombreux principes contenus dans les trois meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), principes essentiels qui se complètent l'un par l'autre, et qui manquent presque toujours dans les préparations ordinaires de quinquina.

Combiné au fer le *Quina Laroche* **FERRUGINEUX** offre une préparation aussi *complète* que possible, pour tous les cas où le *quinquina* et le **Fer** sont jugés utiles.

PARIS, 22 et 15, rue Drouot, et dans toutes les pharmacies françaises et étrangères du monde.

J. Laroche

VIANDE ET QUINA

VIN ET SIROP AROUD AU QUINA
Et à tous les Principes nutritifs solubles de la Viande

Les préparations AROUD se recommandent à la plus sérieuse attention des docteurs et méritent leur préférence :

Parce qu'elles réunissent tous les principes actifs des plus riches écorces de Quina, soigneusement titrées et qu'elles renferment par 30 grammes, 3 grammes de Quina, et les principes solubles dans l'eau et l'alcool de 27 grammes de viande ;

Parce que l'association de la viande aux principales écorces de Quina a non-seulement l'avantage de donner des préparations tout à la fois toniques, nutritives et fébrifuges, mais encore de paralyser l'action locale irritante du Quinquina, de parer à tous les malaises nerveux, conséquence forcée de l'usage prolongé de cette précieuse écorce, et de disposer l'estomac à en subir la salutaire influence ;

Parce que, si la viande occupe le premier rang parmi les aliments, si le Quina est placé à la tête des toniques, l'association de ces substances, éminemment réparatrices, crée des **reconstituants par excellence**, les plus propres à donner à l'organisation la force de résister aux *fièvres, épidémies, diarrhées, influences insalubres et débilitantes.* — **Prix : 5 francs.**

Pharmacie **AROUD**, rue Lanterne, 4, Lyon. — Envoi *franco* par 5 bouteilles (en France).

Dépôt dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.






PEPSINE BOUDAULT
SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Elixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, SUCCESSEUR DE BOUDAULT, 24, RUE DES LOMBARDS, A PARIS.

N° 135. — JEUDI 18 NOVEMBRE 1875. 48e ANNÉE. JEUDI 18 NOVEMBRE 1875. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1855 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La pathologie et la physiologie expérimentales ont fait tous les frais de cette séance. Il y a un peu plus d'un an, M. le docteur Edm. Metzquer (de Montbozon) donnait lecture à l'Académie d'un travail fondé sur un nombre déjà considérable d'expériences (de 70 à 80), destinées à montrer, contrairement à la doctrine exposée par M. Villemin dans son ouvrage sur l'inoculabilité de la tuberculose, que la phthisie pulmonaire n'est ni inoculable, ni virulente, ni spécifique, que l'on avait pris pour du tubercule des embolies capillaires, des infarctus, des pneumonies alvéolaires. Dans la séance d'hier, M. Metzquer est venu lire un deuxième mémoire sur le même sujet, confirmatif et complémentaire du premier. Ce second mémoire a pour but d'établir ces deux points, savoir : que les animaux qui succombent rapidement aux expériences d'inoculation présentent bien, à l'autopsie, des nodules d'apparence tuberculeuse, mais que ces nodules ne sont point, en réalité, du tubercule, et que ces animaux ne sont pas morts phthisiques. La démonstration de ce premier point se trouve dans ce second fait que, chez les animaux qui survivent à l'inoculation, les lésions constatées à l'autopsie sont en raison inverse de la durée de la vie, et nulles s'il s'est écoulé un temps assez long depuis l'inoculation ; ce qui signifie que les nodules ont été peu à peu résorbées.

Ces conclusions du deuxième mémoire de M. Metzquer viennent à l'appui des objections théoriques et cliniques qui ont été faites à la doctrine de M. Villemin dans la discussion qui a eu lieu, il y a quelques années, sur la tuberculose, en même temps qu'elles confirment les expériences contradictoires du professeur Clarck (de Londres), plusieurs fois rappelées déjà dans la *Gazette*.

Voilà pour la pathologie expérimentale.

La question de physiologie a été introduite par M. Leven. C'est celle des fonctions de l'estomac. On connaît les diverses théories chimiques de la digestion stomacale, et la plus récente et plus accréditée de toutes, celle de la peptonisation. D'après une série d'expériences que M. Leven poursuit depuis déjà longtemps avec le zèle le plus louable, ce ne serait pas dans l'estomac que se passerait le travail de peptonisation des matières azotées, mais dans l'intestin, le rôle de l'estomac se bornant à emmagasiner, à diviser les aliments et à les pousser dans l'intestin. On trouvera dans le compte rendu l'exposé complet des expériences de M. Leven, que chacun pourra apprécier.

Mais, dira-t-on, c'est aussi sur des expérimentations que s'étaient fondés les physiologistes qui ont admis la théorie de la peptonisation dans l'estomac, comme c'est sur des expérimentations que s'était fondé M. Villemin pour créer sa doctrine de l'inoculabilité de la tuberculose. Ce ne sont certainement pas les premières contradictions qui surgissent de la méthode expérimentale, et il faut s'attendre à en voir surgir bien d'autres. Mais la méthode n'est pas plus passible des erreurs commises sous son nom que ne l'est la géométrie de toutes les erreurs qui ont pu passer sous les branches d'un compas. Le tout est de savoir bien manier l'instrument et de déduire logiquement des résultats obtenus.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Des complications cardiaques dans la fièvre typhoïde.

Depuis quelques années, on s'occupe beaucoup en France et à l'étranger des altérations que présente le cœur dans sa substance musculaire, dans ses orifices et dans son enveloppe externe sous l'influence des maladies générales et des phlegmasies. C'est un sujet auquel j'ai consacré deux ans de recherches, et le mémoire que j'ai publié dans la *Gazette des Hôpitaux* sous le titre d'*Endocardite végétante dans les maladies aiguës fébriles*, d'après un relevé de quatre cents observations, montre, par les faits nouveaux qu'il contient, tout l'intérêt de cette question.

Là, en effet, j'ai montré que, sur deux cents autopsies de maladies générales ou inflammatoires, telles que fièvres typhoïdes, varioles, scarlatines, diphtérites, érysipèles, méningites, pneumonies, etc., on rencontrait presque toujours l'endocardite végétante, la thrombose cardiaque et la myocardite avec des infarctus des viscères et des différents tissus. Ces faits ont une importance considérable. Ils sont la confirmation de ceux que Bouillaud, Andral, Louis, de Larroque, Desnos, Huchard, avaient déjà fait connaître en France, et sont l'origine de ceux qui ont été publiés plus récemment.

En ce qui concerne la fièvre typhoïde, ils ont un intérêt plus grand, car depuis qu'on s'est occupé de rechercher les causes de la mort subite dans cette maladie, on a fait jouer un rôle considérable aux altérations du cœur dans la production

de cet accident. La thèse de Dieulafoy est, à cet égard, très-intéressante à consulter. Ce n'est pas que la mort subite soit chose très-fréquente dans la fièvre typhoïde, mais à côté de ces cas malheureux, il en est d'autres où la présence de soufles cardiaques, et de diminution d'intensité des bruits avec ou sans collapsus indique un état morbide du cœur qu'il est bon d'étudier.

Le fait que vous venez d'observer dans la salle Sainte-Catherine, au n° 18, et qui s'est terminé par la mort sous vos yeux donne à cette étude un attrait particulier pour ma leçon d'aujourd'hui.

Comme vous l'avez vu, à la fin d'une fièvre typhoïde grave, l'enfant, qui se plaignait un peu de la région précordiale, nous a offert des symptômes de péricardite sans matité du cœur, et tout en vous faisant part de mes soupçons sur l'existence de la péricardite, je n'ai pas osé formuler de diagnostic précis. Elle a succombé non dans le collapsus, ni par syncope, mais dans un état d'agitation considérable. L'autopsie a révélé l'existence d'une endopéricardite sans épanchement et d'une myocardite très-prononcée, dont je vous présente les pièces. Je vais y revenir.

Voyons d'abord l'observation.

OBSERVATION. — *Fièvre typhoïde. — Endocardite végétante mitrale et tricuspide. — Myocardite et péricardite. — Mort.*

(Recueillie par M. de Boyer, interne du service.)

B..., âgée de neuf ans, est entrée, le 1er octobre 1875, au n° 18 de la salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut.

Cette enfant est malade depuis trois jours. Elle a été prise de courbature, de fièvre avec léger mal de gorge et de dysphagie, puis on l'a amenée à l'hôpital.

État actuel. — L'examen de la gorge montre un peu d'érythème, mais rien de bien caractérisé. Il y a une certaine douleur à la pression sur les côtés du cou.

L'enfant nous présente une grande prostration, la langue chargée d'un enduit muqueux; une fièvre assez vive, de la diarrhée, des douleurs dans les fosses iliaques, le ventre balloné et pas de taches rosées abdominales. Il y a de la congestion pulmonaire. La rate et le foie sont assez gros. Rien au cœur.

Eau vineuse. Extr. quinquina, 1 gramme. Trois affusions froides par jour.

3 octobre. — Persistance de la diarrhée. Taches rosées lenticulaires sur le ventre.

Même traitement.

5. — Épistaxis. Engorgement pulmonaire très-marqué. On continue à faire des affusions à cause de l'élévation de la température, qui dépasse 40 degrés le soir.

12. — Du 5 au 12 octobre, la marche de la maladie a été régulière, mais l'adynamie s'est prononcée.

Nouvel épistaxis. Plus de taches rosées lenticulaires.

Dans la poitrine, en arrière, à droite, l'on croit entendre du frottement vers la base, mais rien au cœur. Aucun trouble de la sensibilité. L'examen du fond de l'œil ne révèle qu'un peu de congestion papillaire. Un peu de subdélirium, mais plutôt un état semi-comateux, d'où l'enfant ne sort qu'avec difficulté.

La marche de la température est assez anormale et offre une série de rémissions matinales excessives par rapport aux températures du soir.

22. — On ouvre un petit abcès à la cuisse gauche.

23, 24, 25, 26, 27. — Température à 37 degrés. L'enfant mange, parle bien, semble entrer en convalescence complète; l'état pulmonaire est bon.

28. — Au trente et unième jour de la maladie, ascension brusque de la température à 40 degrés matin et soir. On en cherche en vain la cause; il n'y a plus de diarrhée, plus de congestion pulmonaire, plus de fièvre typhoïde; mais on trouve le pouls petit, les battements du cœur irréguliers, sans impulsion et à peine perceptibles. Pas de matité à la région précordiale.

29. — La température est retombée. Les battements du cœur semblent éloignés. Le pouls est toujours aussi petit. Le teint est redevenu jaune cireux et l'abattement recommence.

30. — Aux battements irréguliers du cœur, à la petitesse du pouls, à la faiblesse croissante de la malade, surtout à l'absence de bruits morbides coïncidant avec un tel état grave de la circulation, nous croyons pouvoir conclure à une myocardite.

2 novembre. — La malade baisse de plus en plus, malgré les toniques qu'on lui donne. Elle finit par présenter quelques symptômes d'excitation cérébrale, de l'agitation, des cris incessants, des mouvements de laryngée. La température s'abaisse et la malade meurt dans l'algidité. Le pouls était incomptable.

Autopsie le 3 novembre, vingt-quatre heures après la mort.

Émaciation considérable du sujet. Pas d'œdème. Un infarctus dans la couche cellulo-graisseuse tibiale gauche.

Poumons. — Un peu de congestion des deux côtés, à la base de ces organes, mais pas de points indurés ou de pleurésie d'aucun côté. Ganglions bronchiques normaux. Pas de tubercules.

Cœur. — Augmenté de volume. Il présente une *péricardite* caractérisée par l'adhérence des feuillets pariétal et viscéral avec faible épanchement purulent vers la pointe. L'organe est recouvert d'abondantes fausses membranes crémeuses de formation récente et recouvrant toute la surface extérieure du cœur. On constate une *endocardite végétante* prononcée des valvules mitrale et tricuspide. Les cavités renferment des *thromboses fibrineuses anciennes*.

Le tissu du cœur *est jaune muscade*, a un reflet gras, est mou, dépressible et friable. Il a subi en presque totalité la dégénérescence granulo-graisseuse, ce qu'on voit à l'examen histologique.

La fibre est plus friable, se dissocie en fibrilles, cassantes, réfrigérantes, noirâtres sur le champ du microscope. Entre les faisceaux musculaires, il y a peu de vésicules adipeuses. Et cependant, dans la préparation, de nombreuses gouttelettes graisseuses se forment sur le champ du microscope.

Reins. — Les reins sont assez gros, tous deux sont égaux en volume et présentent l'aspect du gros rein blanc, c'est-à-dire que la substance corticale lisse, blanchâtre, est augmentée de volume par rapport aux pyramides et n'adhère pas à la capsule, dont ne la séparent ni kystes ni granulations brightiques.

Intestins. — La terminaison de l'intestin grêle présente deux ou trois plaques de Peyer ulcérées, en voie de cicatrisation, dont les bords en saillie sont bourgeonnants et ont déjà rétréci l'ulcération primitive. Au fond de la petite plaie, on voit la tunique musculaire en voie de séparation. Exulcération du cæcum.

Foie. — Assez gros et gras.

Rate. — Peu volumineuse, ainsi, du reste, que les ganglions mésentériques.

Cerveau. — Suffusion séreuse des mailles de la pie-mère. Rien dans la substance cérébrale.

Moelle. — Non examinée.

C'est là un fait extrêmement rare. En effet, on n'observe presque jamais la péricardite dans la fièvre typhoïde. On n'y voit habituellement que le ramollissement des parois du cœur signalé par Louis, la coloration jaune clair des fibres musculaires indiquée par Andral, l'endocardite indiquée par Bouillaud et dont j'ai rapporté tant d'exemples, enfin les thromboses cardiaques qui sont parfois l'occasion d'embolies artérielles produisant la gangrène ou d'infarctus des membres produisant des abcès.

Ici, nous avons eu péricardite sèche, endocardite végétante mitrale et tricuspide, dégénérescence jaune graisseuse de la substance musculaire et embolies capillaires ayant formé un petit abcès de la cuisse.

(*A suivre.*)

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. PETER.

Pleurésie diaphragmatique méconnue chez un tuberculeux. Symptômes attribués à une pneumonie caséeuse (1).

Or voici quelles étaient les dispositions anatomiques du poumon : sous l'influence de l'inflammation, il s'était formé des fausses membranes qui avaient fait adhérer complétement la base de cet organe, en arrière, à la rigole costo-diaphragmatique, de telle sorte qu'en auscultant, nous avions affaire, en ce point, à une lamelle pulmonaire interposée entre l'épanchement et la paroi thoracique et dont nous percevions tous les bruits. Or, dans l'espèce, il s'agissait d'un poumon farci de granulations tuberculeuses, ayant déterminé une hypérémie de voisinage, de façon que les bruits morbides se trouvaient transmis à notre oreille avec un timbre spécial qu'ils empruntaient à la présence de l'épanchement. C'étaient des bruits pseudo-caverneux, avec le timbre presque retentissant des autres souffles bronchiques qui se produisaient au même point.

Latéralement, au contraire, et en avant, où il ne s'était pas fait d'adhérence entre le poumon et la plèvre, nous avions un poumon refoulé, donnant lieu à un souffle tubaire intense, mais non caverneux, et aux autres signes de l'épanchement.

Ainsi, en arrière, bruits pseudo-caverneux avec timbre sourd, dur, sec ; dans l'aisselle, souffle pur et sans gargouillement. De sorte que, si j'avais cherché l'absence des vibrations thoraciques en arrière, je ne l'aurais probablement pas trouvé, puisque là j'avais affaire directement au poumon, et que l'épanchement était pour ainsi dire enkysté, par le fait de la soudure de la base du poumon à la circonférence de la poitrine, et ne s'était librement développé qu'à la partie antérieure et externe. En ces points seulement j'aurais pu trouver les vibrations thoraciques abolies.

Une autre raison, cependant, aurait encore pu m'empêcher de porter le diagnostic de pneumonie caséeuse. En général, en effet, cette affection ne suit pas une marche aussi rapide que celle que nous avons observée ; pour que le parenchyme pulmonaire se détruise, il faut au moins de vingt à trente jours. Exceptionnellement, il est vrai, la maladie peut évoluer en moins de temps, mais ce fait, qui est l'exception pour la pneumonie caséeuse, étant au contraire la règle pour la pleurésie, il était bien plus naturel de s'arrêter à ce dernier diagnostic.

La pneumonie caséeuse est une maladie féconde en erreurs de diagnostic, de même, du reste, que la pleurésie pseudo-caverneuse.

L'erreur, dans mon cas, a été de prendre une pleurésie pour une pneumonie caséeuse; eh bien, l'erreur inverse peut être commise et l'a été. (Notez qu'il ne s'agit ici ni d'apologie ni de critique ; je ne cherche pas plus à m'excuser qu'à accuser autrui. Je fais de la science et je la fais avec sincérité). Donc on a pris, et l'erreur est des plus naturelles, la pneumonie caséeuse pour une pleurésie. MM. Hérard et Cornil citent l'exemple d'un malade qui toussait depuis deux ou trois mois, qui avait craché un peu de sang, et, à ces symptômes, joignait un point de côté et de la dyspnée. A droite, il existait une matité appréciable dans tout le tiers inférieur du poumon, et, étant donnée cette matité absolue, l'absence d'expectoration, etc., on avait diagnostiqué une pleurésie caverneuse. Le malade mourut et, à l'autopsie, on ne trouva pas trace d'épanchement dans la plèvre, mais bien une infiltration caséeuse de la presque totalité du poumon droit, d'où matité et souffle vers le point où l'on supposait qu'existait l'épanchement. Et cette erreur n'est pas la seule que mentionne l'excellent ouvrage de mes collègues.

D'un autre côté, rien n'est fréquent comme la pleurésie chez les tuberculeux, et, puisqu'on méconnaît de la sorte son existence, il est de la plus grande importance de s'assurer avec soin si tous les signes de la pleurésie existent réellement et de noter, en particulier, l'absence ou l'exagération des vibrations thoraciques.

Enfin, pour terminer, je vous dirai, après MM. Hérard et Cornil, que dans la pneumonie caséeuse, indépendamment de l'exagération des vibrations thoraciques, il peut y avoir abolition complète du murmure vésiculaire et absence de souffle tubaire, de telle sorte que, dans ce cas, c'est encore l'exagération ou l'absence des vibrations qui devra vous conduire tout particulièrement au diagnostic.

Un symptôme sur lequel insistent encore MM. Hérard et Cornil, c'est l'intensité très-rapide de la dyspnée et des accès de suffocation. Ces faits se sont réalisés chez notre malade et semblaient encore motiver notre diagnostic.

Laissez-moi maintenant, pour terminer, vous dire quelques mots de la pleurésie *pseudo-caverneuse* c'est-à-dire dans laquelle on entend du souffle amphorique et du gargouillement, comme s'il y avait une excavation pulmonaire.

Cette maladie, très-bien décrite par MM. Barthez et Rilliet en 1853, par M. Béhier en 1854, et enfin par M. Landouzy en 1856, avait été entrevue par Chomel, qui avait dit, comme en passant, dans son *Traité de pathologie générale*, que dans la pleurésie, certains bruits pouvaient simuler l'existence d'une caverne, sans que cependant celle-ci existât réellement. Dans certaines pleurésies *chroniques* on peut, en effet, percevoir, comme l'ont établi MM. Barthez et Rilliet, un bruit amphorique simulant l'existence d'une cavité, une sorte de bruit de gargouillement, sans que cependant l'autopsie ait démontré la présence d'une excavation dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire. Dans ce cas, au contraire, le tissu du poumon est condensé, et ce serait, d'après les auteurs que je viens de citer, à la transmission des bruits bronchiques, ainsi modifiés par l'induration du parenchyme, qu'il faudrait rattacher le souffle et les bruits pseudo-caverneux. M. Béhier, l'année suivante, observa ces mêmes symptômes dans deux cas de pleurésie *aiguë*, où il existait un souffle amphorique notable, sans gargouillement, et il donna l'explication de ce fait par la modification imprimée aux bruits par un épanchement considérable et la condensation du parenchyme pulmonaire. Enfin, M. Landouzy, ignorant les travaux de ses prédécesseurs, était arrivé aux mêmes conclusions. Il était même allé plus loin, car il a vu des formes de pleurésie, avec souffle amphorique, comme MM. Barthez et Rilliet, et M. Béhier, et dans lesquelles, après la ponction, alors que le liquide avait été complétement évacué et que le parenchyme pulmonaire devait être revenu sur lui-même, les bruits amphoriques persistaient avec la même intensité. Il a également cité des cas de pleurésie avec fausses membranes, accompagnées ou non d'épanchement, dans lesquels se produisait encore ce même souffle amphorique. De sorte que, dans l'état actuel de la science, on ignore complétement comment ces bruits peuvent se produire, puisque de fausses membranes suffisent pour les déterminer.

De tout ce que je viens de vous dire, je voudrais qu'il vous restât ceci, à savoir, que toutes les fois que vous vous trouverez, chez un tuberculeux, en présence de signes d'inflammation non douteux, croyez plutôt à une pleurésie qu'à une pneumo-

(1) Fin. — Voir le numéro du 16 novembre.

nie caséeuse, et cherchez avec soin l'état des vibrations thoraciques.

Quand vous supposerez une pleurésie diaphragmatique, n'omettez jamais, si la douleur est vive, de presser sur les insertions costales du diaphragme, surtout sur celles de la dixième côte, où la douleur a son maximum d'intensité, et allez ainsi, au début du moins, à la recherche des symptômes, plutôt avec le doigt qu'avec l'oreille.

D'un autre côté, si les signes de l'épanchement persistent à manquer, si, au contraire, vous avez plus de raison de croire à une pneumonie caséeuse, ne vous attendez pas à trouver les signes de la pneumonie franche, mais quelque chose de bâtard; d'abord des râles sous-crépitants plus ou moins fins, puis, peu de temps après, une faiblesse notable de la respiration, et enfin, fait très-remarquable et qu'ont justement signalé MM. Hérard et Cornil, une absence complète du murmure vésiculaire, au lieu du souffle tubaire que devrait vous faire supposer la matité. Les choses pourront rester ainsi jusqu'à la fin du malade; d'autres fois, au contraire, s'il vit assez pour que le ramollissement s'effectue, vous entendrez les râles correspondant à ce nouvel état du poumon, depuis les bulles humides jusqu'aux râles cavernuleux ou caverneux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 novembre 1875. — Présidence de M. GOSSELIN.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remercîments de M. le docteur Jacquemin (de Nancy), récemment élu membre correspondant;

2° Un mémoire de M. le docteur Gaetan Delaunay sur la syphilis;

3° Un travail intitulé : *Hygiène rurale, les maisons d'école*, par le docteur Émile Mayer;

4° Un rapport sur le service médical de l'hôpital militaire de Vichy pendant l'année 1874, par M. le docteur Barudel, médecin principal de première classe.

PRÉSENTATIONS

M. GUÉNEAU DE MUSSY, au nom de M. le docteur Oulmont, présente une brochure sur le traitement de la chorée par l'hyoscyamine.

M. LE SECRÉTAIRE présente un volume intitulé : *Les préjugés populaires sur les maladies de l'enfance.*

M. TARNIER présente, au nom de M. le docteur Chantreuil, sa thèse pour l'agrégation intitulée : *Des dispositions du cordon qui, la procidence exceptée, peuvent troubler la marche régulière de la grossesse et de l'accouchement.*

M. BROCA dépose sur le bureau un exemplaire de la *Statistique de la France*; il donne quelques chiffres sur le mouvement de l'aliénation mentale d'après les trois derniers recensements :

Recensement de	Population.	Aliénés. à domicile.	dans les asiles.	Total.	Proportion p. 1,000 habit.
1861	37,386,313	53,160	31,054	84,214	22,5
1866	38,067,064	54,707	35,972	90,679	23,8
1872	37,102,921	51,004	36,964	87,968	24,4

Or, le rapport 24,4 est erroné; le vrai rapport, pour 1872, est 23,7, un peu moindre par conséquent qu'en 1866.

LECTURES

Non-inoculabilité de la phthisie. — M. ED. METZQUER (de Montbozon), donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *De la non-inoculabilité des phthisies* (2e mémoire).

Ce mémoire a pour but d'établir :

1° Que les animaux inoculés qui succombent rapidement à l'opération subie ne sont pas phthisiques, bien qu'on puisse rencontrer chez eux des nodules d'apparence tuberculeuse;

2° Que, chez les animaux qui survivent à l'inoculation, — et c'est la majorité, — on ne retrouve plus rien à l'autopsie, si l'on a attendu assez longtemps; en tous cas, les lésions sont en raison inverse de la durée de la vie; conclusion : les nodules se résorbent.

L'auteur examine successivement ces deux propositions, qu'il appuie sur un grand nombre d'expériences, et il résume son travail en ces termes :

Mes expériences, plus nombreuses que celles qui ont été faites jusqu'ici, m'ont donc conduit à refuser aux phthisiques tout caractère de spécificité et de virulence et à expliquer, d'une façon toute différente de celle de M. Villemin, les résultats obtenus à la suite des inoculations. Arrivé au terme de mon travail et avant de lire mes conclusions, que l'Académie me permette de lui rappeler que plusieurs de ses membres dans leurs savants discours ont émis les idées et produit des observations que mes expériences n'ont fait que vérifier.

M'appuyant sur plus de 130 expériences, j'ose donc affirmer aujourd'hui que les nodules développés à la suite des inoculations ne ressemblent en rien aux tubercules :

1° Parce qu'ils se résorbent dans la majorité des cas;

2° Parce qu'ils peuvent être produits par l'inoculation des différentes substances;

3° Parce que, dans l'inoculation de substances tuberculeuses, l'expérience ne donne de résultats qu'autant que la matière employée est à un degré assez avancé de décomposition.

(Comm. : MM. Villemin, Hérard, Colin, Roger, J. Guérin, Hirtz, Béhier.)

Des mouvements et de la fonction de l'estomac. — M. LEVEN lit sous ce titre la note suivante :

La plupart des physiologistes admettent aujourd'hui que l'estomac dissout, peptonise les substances azotées et que les contractions des fibres musculaires de l'estomac ne servent qu'à mettre le bol alimentaire en contact avec le suc gastrique.

D'après Schiff, l'étude de la digestion stomacale, est avant tous une étude chimique et l'aliment pour devenir nutriment subit dans l'estomac une série de métamorphoses qui dépendent d'un agent spécial, le suc gastrique.

Corvisart est plus absolu encore et dit dans un de ses mémoires sur la digestion, qu'au besoin on peut se passer de l'estomac et qu'il suffit de donner aux malades de la pepsine pour que les fonctions dévolues à cet organe s'accomplissent.

La théorie de la peptonisation dans l'estomac qui s'est substituée à la théorie de la chimification a été fondée sur deux ordres d'expériences, les digestions artificielles, et les fistules stomacales pratiquées sur les animaux.

Avec les digestions artificielles, on a reconnu comment les matières azotées se transforment pour devenir absorbables.

Mais avec les fistules stomachales, les physiologistes sont arrivés à établir une théorie erronée qui a eu des conséquences funestes pour la clinique et la thérapeutique.

En admettant avec Magendie que le pylore est fermé durant la période digestive, les expérimentateurs essayèrent d'étudier la digestion directement dans l'estomac d'un animal muni d'une fistule; ils y introduisirent de l'albumine qu'ils laissaient à l'état de liberté ou qu'ils renfermaient dans un sac de tulle.

La quantité qui avait disparu représentait en poids celle qui avait été peptonisée.

C'est en suivant cette voie expérimentale que Schiff développa la théorie des substances peptogènes et que Bidder et Schmitt prétendaient évaluer la force digestive d'un estomac.

Ceux-ci déposaient un gramme d'albumine par exemple, dans l'estomac d'un chien; si après trois heures ils ne retrouvaient plus 8 centigrammes d'albumine, ils concluaient que l'estomac est capable de digérer 92 pour 100 des matières qu'il reçoit.

On peut objecter immédiatement aux partisans de la peptonisation stomacale, qu'aucun d'eux prenant la nature sur le fait, n'a pu

extraire de l'estomac à une heure quelconque de la digestion les peptones représentant plus ou moins la quantité de viande avalée.

Mais lorsqu'au lieu d'opérer des digestions avec une infusion de muqueuse stomacale, ou dans un estomac avec fistule qui ne permet pas de suivre les modifications de la substance alimentaire, on sacrifie les animaux après chaque repas, on se convainc que le rôle de l'estomac n'est pas de peptoniser les matières azotées, que si le suc gastrique peut convertir les matières albuminoïdes en peptones, ce n'est pas dans l'estomac que la conversion se fait; que l'estomac n'a pour fonction que d'emmagasiner les aliments, de les chasser dans l'intestin si à l'état naturel ils sont divisés comme le lait et l'œuf cru; si au contraire ils ne le sont pas, la viande par exemple, il est chargé de les diviser, puis de les pousser dans l'intestin. Il n'est pas exact non plus que le rôle des fibres musculaires soit de mettre l'aliment en contact avec le suc gastrique.

C'est là ce que nous nous proposons de démontrer en exposant un résumé des nombreuses expériences que nous avons faites sur le chien.

Je le laissais à jeun vingt-quatre heures pour que le tube digestif fût toujours vide au moment du repas; puis je le nourrissais avec une seule substance. Mes expériences sur les fécules m'ont démontré ce qui avait été vu par les autres observateurs, à savoir que la fécule pure chauffée avec de l'eau et du suc gastrique à la température de 37 degrés durant douze heures ne se change pas en sucre; et lorsque je faisais faire des repas avec 100 ou 200 grammes de fécule, je ne trouvais pas trace de sucre dans l'estomac. Après une heure, la fécule se retrouvait toute dans l'intestin et on n'y pouvait déceler de trace de sucre dans l'intestin qu'une demi-heure après le repas.

Il en est de même pour la graisse ; elle descend dans l'intestin non émulsionnée.

L'estomac n'a aucune prise sur ces deux ordres de substances. Il ne se conduit par rapport à elles, que comme organe d'expulsion et non de transformation chimique.

Si nous passons au groupe des matières azotées nous pourrons faire les mêmes constatations quand il s'agit de substances divisées naturellement comme le lait et l'œuf cru.

Si on alimente un chien avec du lait ou de l'œuf cru, et si l'on ouvre l'abdomen quelques minutes après le repas et que l'on pratique une fistule duodénale on verra sourdre à travers la fistule la caséine du lait coagulée, l'albumine de l'œuf non modifiée, non transformée. La caséine, l'albumine se peptoniseront dans l'intestin.

L'estomac ne se conduit par rapport à ces deux substances que comme organe musculeux; il les expulse mais n'exerce aucune action chimique sur elles.

La théorie de la peptonisation dans l'estomac est donc en défaut quand il s'agit de matières azotées naturellement divisées.

Mais qu'advient-il quand il s'agit d'une substance non divisée comme la viande.

Celle-ci séjournant douze heures dans l'estomac du chien quand on lui en donne 200 grammes, le phénomène physiologique est plus complexe.

Les physiologistes disent que le pylore étant fermé, la peptonisation se fait comme dans un bocal clos, mais que l'estomac jouit d'une propriété que n'a pas le bocal, celles d'absorber les peptones qui s'y sont formées.

Depuis une expérience célèbre de Magendie, les expérimentations n'ont plus mis en doute la question de l'occlusion du pylore.

Les physiologistes ont été séduits alors par l'idée si simple d'assimiler l'estomac à une cornue fermée où les aliments sont élaborés à une température de 37 degrés, peptonisés et absorbés, de réduire le travail de la nature à une opération élémentaire de chimie.

Malheureusement l'expérimentation ne permet pas de soutenir une pareille idée.

Il y a longtemps déjà que Beaumont expérimentant sur le canadien affecté de fistule stomacale avait démontré que durant toute la période digestive le pylore s'ouvre et se ferme alternativement.

Toutes les fois qu'il introduisait un thermomètre du côté de la région pylorique à n'importe quelle heure après le repas, il était saisi fortement, s'enfonçait de plusieurs centimètres, puis redevenait libre, ou bien il était immédiatement repoussé.

La même observation peut être faite sur un chien affecté de fistule stomacale.

Maintenant, l'expérience de Magendie ne démontre pas ce qu'il voulait démontrer.

Il poussait de l'air par l'œsophage dans la direction de l'estomac; celui-ci se distendait indéfiniment, l'air ne franchissait pas le pylore; et pour le faire passer au delà du pylore, il fallait pousser avec une très-grande force. Si l'air était retenu dans l'estomac, ce n'est pas que le pylore était fermé, mais l'estomac étant généralement vide de gaz ou n'en contenant au plus, d'après mes analyses, que 2 ou 3 centimètres cubes, l'air que poussait Magendie à travers l'œsophage obéissait à une loi de physique, s'acumulait dans une cavité qui n'en contenait pas, dilatait l'organe, paralysait ses fibres musculaires et le rendait incapable de se contracter pour le repousser dans l'intestin. Quand cette cavité était saturée d'air, il fallait déployer plus de force pour en pousser une plus grande quantité, et alors le gaz, qui ne pouvait plus rester dans un milieu saturé, arrivait à franchir le pylore.

Du reste, la question de l'occlusion du pylore se rattachant à celle des mouvements de l'estomac en général, on verra par l'étude de ces mouvements que le pylore ne reste pas fermé durant la digestion, comme Magendie avait cherché à le prouver et comme les physiologistes l'ont admis pour établir la théorie de la peptonisation dans l'estomac.

Pour observer les mouvements de l'estomac chez le chien, les expérimentateurs ouvraient, un certain nombre d'heures ou immédiatement après le repas, le ventre de l'animal ou bien ils l'endormaient avant de mettre l'estomac à découvert par l'éther ou le chloral.

Dans ces conditions, l'animal est pris de nausées, de vomissements, avale une quantité plus ou moins considérable d'air qui dilate l'estomac, paralyse ses fibres musculaires et altère les mouvements. On ne peut ainsi apprécier leur véritable signification et leur accorder l'importance qu'ils ont dans les fonctions de l'estomac.

Si l'on veut les étudier tels qu'ils sont, à l'état naturel, il faut que l'animal n'ait, par le fait de l'expérience, ni nausées, ni vomissements, ni qu'il avale de l'air.

En curarisant le chien quelques heures après lui avoir fait faire un repas de 200 grammes de viande, et en entretenant la respiration artificielle, on se met à l'abri des causes d'erreur qui résultent de l'observation telle qu'elle a été faite jusqu'ici.

M. Vulpian nous a conseillé de nous servir de curare, et M. Bochefontaine, l'habile préparateur du cours de pathologie expérimentale, a bien voulu m'aider pour ces expériences.

Voici ce que nous avons constaté :

Les fibres musculaires de l'estomac n'ont pas le même rôle physiologique à gauche et à droite.

A gauche, dans la partie correspondant à la grosse tubérosité, il y a peu de fibres, des fibres longitudinales et en anse, celles-ci obliquement implantées.

Leurs contractions sont lentes et faibles, et, même avec un courant électrique, on n'augmente pas beaucoup leur énergie.

A droite, et à 1 centimètre de l'œsophage environ, commencent les fibres circulaires, massées autour de l'organe, implantées perpendiculairement, et s'étendant jusqu'au pylore : elles commencent au point où l'estomac se rétrécit, où il présente encore 8 centimètres de diamètre, et occupent tout le côté droit.

Cette région se contracte avec une grande énergie, et une énergie qui croît à mesure que le diamètre se rétrécit. Au point de vue des mouvements, elle se divise en deux régions, l'une qui va jusqu'au coude de l'estomac, et une deuxième qui comprend la région pylorique longue de 3 ou 4 centimètres. Leurs contractions sont indépendantes les unes des autres, et, dans un estomac très-dilaté, dont les courants électriques n'arrivaient pas à rétablir la contractilité, nous avons observé que la région pylorique seule avait conservé ses mouvements; elle se contractait et se dilatait sept à huit fois par minute.

Les contractions de ces deux régions sont aussi indépendantes de contractions de la grosse tubérosité.

Les contractions de l'estomac sont faibles quand il contient un

aliment liquide, et deviennent très-fortes quand il est excité par la présence d'un aliment solide. La description rapide des mouvements de l'estomac suffit pour montrer que le pylore n'est pas fermé durant la digestion; il se ferme et s'ouvre alternativement avec toute la région pylorique dont il fait partie.

Si je rappelle qu'à gauche et au centre de la muqueuse stomacale il n'y a que des glandes peptiques, celles qui secrètent le suc gastrique, et qu'à droite, dans la région pylorique et à 2 ou 3 centimètres de cette région, il y a surtout des glandes muqueuses qui ne donnent pas de suc gastrique, on comprendra la raison des différences de structure et de fonction de la membrane musculeuse.

Celles de gauche, qui se contractent faiblement, n'ont pour but que de pousser le bol alimentaire vers le centre de la muqueuse, où il s'imprègnera de suc gastrique.

Une fois humecté, il glissera à droite où, à 1 centimètre de l'œsophage, il sera pressé par les fibres circulaires; pressé comme éponge, les liquides s'en écoulent, et il devient plus apte à en absorber de nouvelles quantités.

La pression augmentant à mesure que le diamètre de l'estomac se rétrécit, et le bol diminuant de volume, l'action compressive des fibres musculaires croît également. Les contractions ne se font, en général, que dans une étendue de 1 centimètre; les fibres circulaires des régions, en avant et en arrière de celles qui sont contractées, sont à l'état de détente; le bol, dont le volume s'amoindrit progressivement jusqu'au coude de l'estomac est donc déjeté à droite vers la région pylorique, et à gauche vers le centre de la muqueuse.

Finalement, la substance qui a subi une série de pressions est poussée dans la région pylorique. Là elle est véritablement triturée.

Entraînée par les contractions péristaltiques qui s'irradient jusqu'au pylore, elle le franchit si elle est suffisamment amincie; si son volume est trop grand, elle est ramenée par des contractions antipéristaltiques jusqu'à l'extrémité de cette région, au niveau du coude de l'estomac, et disons en passant que jamais on n'observe de de contractions antipéristaltiques dans le reste de l'estomac. Puis elle est ramenée de nouveau vers le pylore.

Cette description nous montre pourquoi la région pylorique est indépendante dans ses mouvements des autres parties de l'estomac; elle est un véritable organe triturateur et elle rend les aliments définitivement prêts à passer dans l'intestin.

Quand nous ouvrons une fistule duodénale chez le chien qui a fait un repas de viande quelques heures avant, nous voyons la viande sortir divisée, réduite en fibrilles.

En résumé, le lait et l'œuf cru ne restent pas dans l'estomac; ils en sont chassés sans aucune modification.

Si la viande y séjourne plusieurs heures, c'est qu'elle est massive; elle n'en peut sortir que si elle est réduite; nous avons reconnu qu'elle arrive dans l'intestin non transformée. La réduction, la division de la viande est due à la fois au suc gastrique et à la membrane musculeuse:

Le suc gastrique facilite le rôle de la membrane musculeuse. Si dans la théorie actuelle le rôle de la musculeuse n'est considéré que comme secondaire, c'est que les expérimentateurs s'étaient placés dans de mauvaises conditions pour la voir bien fonctionner. S'ils ont accordé au suc gastrique un rôle essentiel, c'est que ne connaissant qu'une partie du sujet, ils se sont exagéré l'importance de celui qu'ils ont étudié.

Nous avons dit au commencement de ce travail, que jamais ils n'ont pu retrouver dans l'estomac les peptones qu'il était censé faire.

Leur théorie n'est donc fondée que sur des hypothèses.

Que le suc gastrique dont sont imprégnées les fibrilles de la viande contribue à les peptoniser dans l'intestin avec les autres liquides digestifs qui s'y déversent, cela est probable.

Mais dans l'estomac le suc gastrique avec la membrane musculaire ne fait autre chose, pour les aliments azotés non divisés, que ce que fait le chimiste quand il veut agir sur une substance; il la triture et alors dans l'intestin, les liquides secrétés par le pancréas et le foie pourront agir chimiquement sur elle.

Le travail de M. Leven sera renvoyé à l'examen d'une commission.

La séance est levée à cinq heures et demie.

ÉTAT SANITAIRE

Paris : Population (recensement de 1872), 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 12 novembre 1875, on a constaté 817 décès, savoir :

Variole, 2; rougeole, 6; scarlatine, 2; fièvre typhoïde, 19; érysipèle, 4; bronchite aiguë, 33; pneumonie, 53; dysenterie, 2; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 5; choléra nostras, »; angine couenneuse, 15; croup, 17; affections puerpérales, 3; autres affections aiguës, 219; affections chroniques, 386, dont 128 dues à la phthisie pulmonaire; affections chirurgicales, 31; causes accidentelles, 20.

Londres: Population, 3,445,160 habitants. — Décès du 31 octobre au 6 novembre 1875, 1,477. — Variole, 1; rougeole, 40; scarlatine, 129; fièvre typhoïde, 18; érysipèle, 10; bronchite, 209; pneumonie, 77; dysenterie, 3; diarrhée, 24; choléra nostras, 1; diphthérie, 12; croup, 15; coqueluche, 51.

New-York : Population, 1,060,000 habitants. — Décès du 10 au 16 octobre 1875, 487. — Variole, 13; rougeole, 1; fièvre typhoïde, 11; scarlatine, 4; érysipèle, »; bronchite, 18; pneumonie, 35; dysenterie, »; diarrhée, 82; croup, 15.

Rome : Population, 256,153 habitants. — Décès du 18 au 24 octobre 1875, 167. — Variole, »; rougeole, »; fièvre typhoïde, 2; érysipèle, »; bronchite, 5; pneumonie, 10; diphthérie et croup, 10.

Buda Pesth : Population, 300,000 habitants. — Décès du 24 au 30 octobre 1875, 187. — Variole, 4; rougeole, 2; fièvre typhoïde, 2; pneumonie, 2; bronchite, »; diarrhée, 9; diphthérie, 8; croup, 1.

Bruxelles : Population, 188,264 habitants. — Décès du 24 au 30 octobre 1875, 69. — Variole, »; rougeole, »; fièvre typhoïde, 5; érysipèle, »; bronchite et pneunomie, 7; croup, »; angine couenneuse, »; entérite et diarrhée, 8.

Prague : Population : 165,526 habitants. — Décès du 24 au 30 octobre 1875, 110. — Variole, »; rougeole, »; scarlatine, », fièvre typhoïde, 8; érysipèle, »; pneumonie, 13; dysenterie, »; diarrhée, »; diphthérie et croup, 2.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Assistance publique vient d'organiser de la façon suivante le service des médecins dans les divers hôpitaux de Paris :

Hôtel-Dieu. — Médecins : MM. Béhier, Guéneau de Mussy, Moissenet, Fauvel, Frémy, Hérard, Oulmont. — Chirurgiens : MM. Richet, Cusco, A. Guérin.

Hôpital de la Charité. — Médecins : MM. G. Sée, Lancereaux, Bourdon, Empis, Bernutz, Woillez. — Chirurgiens : MM. Gosselin, Trélat.

Hôpital de la Pitié. — Médecins : MM. Lasègue, Gallard, Vulpian, Damaschino, Desnos, Gombault. — Chirurgiens : MM. Verneuil, Labbé.

Hôpital Lariboisière. — Médecins : MM. Millard, Jaccoud, Siredey, Maurice Raynaud, Isambert. — Chirurgiens : MM. Panas, Tillaux.

Hôpital Saint-Antoine. — Médecins : MM. Brouardel, Dumontpallier, Mesnet, Molland, Constantin Paul, Peter. — Chirurgiens : MM. Benjamin Anger, Duplay.

Hôpital Necker. — Médecins : MM. Potain, Chauffard, Laboulbène, Delpech. — Chirurgiens : MM. Désormeaux, Guyon.

Hôpital Beaujon. — Médecins : MM. Gubler, Moutard-Martin, Audhoui. — Chirurgiens : MM. Dolbeau, Le Fort.

Hôpital Cochin. — Médecin : M. Bucquoy. — Chirurgien : M. Després.

Hôpital Saint-Louis. — Médecins : MM. Besnier, Hillairet, Lailler, Hardy, Vidal. — Chirurgiens : MM. Péan, Cruveilhier.

— *Hospices civils de Saint-Étienne* (*Loire*). — *Concours public pour une place de chirurgien.* — L'administration des hospices civils de Saint-Étienne fait savoir que le *lundi* 24 *avril* 1876, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour une place de chirurgien.

CONDITIONS D'ADMISSION. — 1° Au jour fixé pour le concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs. Toutefois, cette condition n'est pas obligatoire pour ceux qui auraient fait, après une nomination au concours, pendant trois ans et à la satisfaction de l'administration, le service d'élève interne dans les hôpitaux de Paris, Lyon, Montpellier et Nancy.

2° Tout médecin étranger est admissible au concours, si indépendamment des conditions exigées par le précédent article, il exhibe son diplôme et justifie qu'il a obtenu du gouvernement l'autorisation d'exercer la médecine en France.

3° Les candidats seront tenus de se faire inscrire, quinze jours au moins avant l'ouverture du concours, au secrétariat de l'administration des hospices de Saint-Étienne (Loire), rue Valbenoîte, n° 40, et d'y déposer leur diplôme de docteur, ainsi qu'un certificat de moralité récemment délivré par le maire de leur résidence.

Tout candidat qui se présentera en invoquant le titre d'interne sorti d'un des hôpitaux civils ci-dessus désignés devra justifier, en outre, par pièces émanées de l'administration de cet hôpital, qu'il a été nommé interne au concours et qu'il en a fait le service pendant trois ans au moins, à la satisfaction de ladite administration.

4° Avant de concourir, chaque candidat prendra connaissance des règlements relatifs au service médical dans les hospices civils de Sainte-Étienne, et sera réputé de plein droit s'être engagé, en cas de nomination, à se conformer à tous ces règlements et à tous autres que l'administration jugerait convenable d'adopter pour le bien du service.

Les candidats pourront déposer au secrétariat leurs titres scientifiques, manuscrits ou imprimés concernant la médecine ou la chirurgie, et, s'il y a lieu, une note de leurs services. Ces documents seront mis sous les yeux de MM. les jurés.

Le chirurgien qui sera nommé à la suite du concours entrera en fonctions le 1er mai 1876. Son traitement sera de mille francs par an.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation, pour la recherche des cryptogames, le dimanche 21 novembre 1875, à Montmorency.

Rendez-vous à la gare du Nord, où l'on prendra le train de dix heures cinquante-cinq minutes.

— M. le docteur Hamon, de Fresnay, commencera lundi 22 novembre à trois heures de l'après-midi, un cours d'accouchements, qui sera continué les jeudis et samedis suivants à la même heure.

Ces leçons seront spécialement consacrées à la *dystocie*.

Les élèves seront exercés à la manœuvre du forceps, du rétroceps, des appareils à traction soutenues, des dilatateurs hydrostatiques et autres agents de délivrances, ainsi qu'à la pratique des opérations manuelles.

On s'inscrit de une heure à deux heures, 10, rue des Saints-Pères.

— M. le docteur Laskowski professeur libre a recommencé son cours d'anatomie le lundi 15 novembre, à midi et demie, dans l'amphithéatre n° 2 de l'École pratique et le continuera tous les jours à la même heure.

Ce cours durera tout le semestre d'hiver et comprenda : l'anatomie générale, l'anatomie descriptive et l'étude des principales régions du corps.

Les élèves inscrits au secrétariat de la Faculté seront exercés à disséquer sous la direction du professeur, dans le pavillon n° 7 de l'École pratique, tous les jours jusqu'à quatre heures.

On s'inscrit pour ce cours, 78 rue des Saints-Pères de quatre à cinq heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Vues sur l'enseignement supérieur, ou plan d'étude de la science de l'homme, par le docteur BARBASTE. — In-12. — Prix : 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'obésité, étiologie, thérapeutique et hygiène, par le docteur WORTHINNGTON. — In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Leçons cliniques sur les fractures de jambe faites à l'Hôtel-Dieu au mois de janvier 1875, par M. le professeur A. RICHET, recueillies et publiées par MM. L. GARNIER et A. LE DOUBLE. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Clinique de l'hôpital du Midi. Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris depuis la guerre de 1870-1871. Première leçon, par le docteur Charles MAURIAC. — In-8°. Prix 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Guide du voyageur sur mer, ou traité complet du mal de mer, etc., par le docteur GUIEN. — In-12. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Recherches physiologiques et thérapeutiques sur la picrotoxine, par le docteur PLANAT. — In 8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

SAINT-RAPHAËL

VIN TANNIQUE, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. Pasteur, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les deux principaux repas.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

TAMAR INDIEN
GRILLON

Fruit laxatif rafraichissant

contre **CONSTIPATION**, **Hémorrhoïdes**, la **Migraine**, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.
Ph. GRILLON, 25, r. Grammont. Paris. Bte 2 fr. 50.

TRAITEMENT
DES MALADIES CONSOMPTIVES

par la **Musculine Guichon** et les **Potions alcooliques** graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser *au F. Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain)*, et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

GOUDRON FREYSSINGE

Liqueur normale concentrée, obtenue par la concentration seule de l'**Eau de Goudron**.

Seule préparation qui permette d'obtenir l'**Eau de Goudron véritable**, les autres liqueurs étant préparées par émulsion ou par solution de *tout le Goudron*, et le plus souvent à l'aide de substances étrangères qui dénaturent complétement le produit.

VIN MARIANI
à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques.
5 francs la bouteille.
Mariani, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO.
PHTHISIES, *Anémie*, **Rachitisme**, DIABÈTE, *Diarrhée*, **Cachexies**, *Albuminurie, la* **Convalescence**, *l'épuisement*. (*Gros*), *8, r. Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

Fer dialysé Bravais
pharmacien-chimiste au Havre

LE FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide et par conséquent se présentant dans les meilleures conditions d'absorption ; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux, qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac, et qu'il ne noircit pas les dents. — Le flacon : 5 francs. — *Dépôt à Paris :* Pharmacie Vial, 20, rue de Châteaudun, où se trouvent aussi le **Sirop de Fer dialysé Bravais** et les **Pilules de Fer dialysé Bravais**. — *Vente en gros, exportation :* J. P. LAROZE et Ce, 2, r. des Lions-St-Paul, Paris.

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

(GOUDRON ET MONOSULFURE DE SODIUM INALTÉRABLES.)

Prescrit avec le plus grand succès dans la **Bronchite chronique**, le **catarrhe**, l'**Asthme**, la **Laryngite** et dans la **Tuberculose**, quand l'expectoration est très-abondante.
DÉPOT : rue Vieille-du-Temple, 21.

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE
AU QUINQUINA, PYROPHOSPHATE DE FER
Oranges amères et malaga

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.
Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

SOLUTION COIRRE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX
24, r. du Regard, Paris, et pharmacies

SIROP et VIN

Pour les personnes qui ne doivent pas en faire un long usage.

ÉPILEPSIE
HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le sulfo-tartrate antimonieux
de quinine et de fer de **Th. LAGARDE** est reconnu scientifiquement comme le véritable fébrifuge. — Paris, pharmacie centrale. Prix : 6 francs.

Liqueur de Carrié au tartrate
ferrico-potassico-ammoniaque.

La LIQUEUR DE CARRIÉ est la meilleure des préparations ferrugineuses pour combattre la **chlorose**, les migraines, les gastralgies. Toutes les fois que le sang a besoin de fer, cette liqueur doit avoir la préférence sur les autres ferrugineux, elle réussit mieux, l'estomac la supporte plus facilement et elle ne provoque **jamais de constipation**. — Le flacon, 3 francs, 38, rue de Bondy, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

A la même pharmacie, le **carton anti-asthmatique** de *Carrié*, la meilleure préparation connue jusqu'à ce jour. La preuve la plus frappante de son efficacité, c'est qu'elle a été admise à la page 653 du Codex de 1866, publié par ordre du gouvernement. — La boîte : 5 francs.

Eau anti-hémorrhagique de
TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur Bouchardat, par MM. Frémy, Monod, Ricord, médecins des hôpitaux; MM. Portalès, Riégé, etc.), pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris: pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. Faivre, place des Terreaux, 9. — Bruxelles, pharmacie Dupuy, montagne de la Cour.

Silphium cyrenaïcum

Expérimenté par le docteur **LAVAL**, avec le plus grand succès, dans le traitement de la **phthisie** pulmonaire à tous les degrés, de la phthisie laryngée et dans toutes les affections de la poitrine et de la gorge.

Importé et préparé par DERODE et DEFFÈS, pharmaciens de 1re classe.

PRIX DES PRÉPARATIONS :

Granulés jaunes à 5 cent., le flac. de 60.	5 fr. »
Granulés roses à 25 millig., —	4 »
Triture, en flacons de 2 fr. 50, 4 fr. et	6 »
Poudre de silphium, la boîte	3 »

MAISON DE VENTE : 2, RUE DROUOT, PARIS.

Hypersécrétions, pertes, hémorrhagies de causes internes.

Eau de Léchelle vivifiante,
Pectorale, la seule **Eau hémostatique** assimilable à haute dose, *sans fatiguer l'estomac*. Ordonnée contre les pertes, maladies de la poitrine et du sang. — **Se trouve partout**. Paris, 12, rue des Petites-Écuries; 35, rue Lamartine.

KOUMYS-EDWARD

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

14, rue de Provence, à Paris.
Expéditions en province.

PRODUITS de L'EUCALYPTUS par DELPECH et ARDISSON

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (**Eucalyptol**), l'alcoolature, le sirop, le vin, le liniment réussissent contre : **Affections du poumon et du larynx, névralgies, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.**

La Ph. DELPECH, r. du Bac, 23, Paris, prépare les CAPSULES A L'EXT. ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE

de Ad. CARPENTIER, pharmacien, à Paris

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. Le flacon, 3 fr. 61, Boulevard Malesherbes et toutes les pharmacies.

SIROP DE DIGITALE
DE LABÉLONYE

Excellent sédatif et puissant diurétique employé avec un succès constant depuis plus de 30 ans par les médecins de tous les pays contre les maladies organiques ou non organiques du cœur, les diverses hydropisies et la plupart des affections de poitrine et des bronches : pneumonie, catarrhes pulmonaires, asthmes, bronchites nerveuses, coqueluche, etc.

A la pharmacie, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*) à Paris, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonné part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les surprises de l'amphithéâtre.

Tout est sujet d'enseignement dans la clinique, les succès comme les revers de la thérapeutique, les diagnostics vrais, confirmés par l'autopsie, comme les erreurs qu'elle révèle, et les surprises qu'elle ménage si souvent. Voici quelques exemples de surprises qui se sont présentés dans le courant de cette semaine dans deux des grands services de clinique, à l'Hôtel-Dieu et à la Charité.

Epanchement pleural. — Ponction, épanchement purulent. — Empyème ; mort par asphyxie lente.

Un malade entré dans le service de clinique de l'Hôtel-Dieu pour un vaste épanchement pleural du côté gauche est ponctionné, on retire deux litres de sérosité environ. Quelque temps après l'épanchement se reproduit, mais cette fois avec tous les symptômes qui accompagnent et révèlent la purulence. M. Liouville invoque le concours de M. le professeur Richet, qui propose l'opération de l'empyème. Une large incision pratiquée dans le lieu d'élection ne donne point issue au pus, mais un tube introduit et promené dans la cavité, de manière à rompre l'une des fausses membranes cloisonnantes donne lieu à l'issue d'une quantité considérable de pus. — Ici il y a lieu de noter une circonstance qui avait été peu remarquée au moment de l'opération, mais qui va recevoir sa valeur de ce que nous allons dire tout à l'heure, c'est l'insensibilité presque absolue du malade à la douleur que produit ordinairement cette incision. — Le lendemain le malade est trouvé mort dans son lit.

La pensée d'une syncope est la première qui vient à l'esprit. Syncope ! le mot est bientôt dit, mais outre qu'il n'est pas toujours exact et qu'on ne meurt pas d'ailleurs nécessairement d'une syncope, il est loin de satisfaire à toutes les exigences ; témoin la dépense de frais d'imagination et de dialectique que nous avons vu faire tout récemment dans l'une de nos premières sociétés savantes pour expliquer des faits analogues. Or, voici ce qu'a montré l'autopsie faite par M. Liouville avec tout le soin qu'il apporte d'habitude à ces sortes d'examens.

Nous ne mentionnons que pour mémoire la compression et le retrait du poumon gauche, réduit à un petit lobule charnu enfermé dans une coque solide et qui depuis longtemps avait cessé de participer à l'hématose, ainsi que les cloisonnements de la cavité pleurale, qui expliquent l'insuccès si fréquent de la ponction ou de l'incision en pareil cas. Le cœur repoussé dans la cavité droite, était comme tordu sur son axe et en ouvrant ses cavités, on a trouvé le ventricule droit rempli par un caillot, non pas ce caillot agonistique ou *post mortem* qu'on y rencontre si fréquemment, mais un caillot en voie d'organisation et d'une formation déjà ancienne. Depuis quelque temps ce ventricule n'envoyait donc dans les poumons qu'une très-minime quantité de sang. D'où une véritable asphyxie lente, aux progrès de laquelle ce malade a succombé et qui s'accusait déjà par l'insensibilité constatée au moment de l'opération.

— Voici les deux autres faits à surprises qui se sont présentés en même temps, presque le même jour, à la clinique de M. le professeur Sée, à la Charité.

Rhumatisme cérébral sans aucune lésion appréciable du cerveau.

Le premier est un cas de rhumatisme cérébral. Un homme entre à l'hôpital avec un rhumatisme articulaire des plus bénins, siégeant au genou. Il n'avait que très-peu ou même pas de fièvre. Un jour il est pris de délire. Pendant les accès les plus intenses de délire, la température ne s'est jamais élevée au-delà de 38,2 à 38,4 ; elle était de 38 avant. Ce n'est que dans la période préagonistique seulement qu'elle s'est élevée au-delà de ce chiffre. Bref, le malade ayant succombé, on a fait l'autopsie, qui a donné des résultats complétement nuls. On n'a pu constater aucune lésion dans le cerveau, ni congestion, ni ischémie, ni œdème interstitiel.

Kyste hydatique du cerveau n'ayant donné lieu pendant la vie à aucun symptôme.

Le deuxième fait semble être la contre-partie du précédent. On vient de voir une affection du cerveau capable d'entraîner la mort sans laisser de traces appréciables. Nous allons voir ici une lésion des plus accentuées qu'aucun symptôme n'avait pu faire soupçonner pendant la vie.

Un jeune homme entre à l'hôpital de la Charité accusant une céphalalgie d'une très-grande intensité et ne présentant d'autre phénomène qu'une pâleur extrême et un bruit de souffle anémique au cœur, sans fièvre.

Cet état avait fait porter, par les diverses personnes qui l'avaient vu lors de son entrée dans le service, des diagnostics très-différents. L'une avait pensé à une grippe, une autre à un embarras gastrique, dont la céphalalgie eut été le principal symptôme.

Considérant la profession de ce jeune malade (pâtissier) et rapprochant cette circonstance de l'état anémique révélé par la décoloration des téguments et le bruit de souffle cardiaque, M. Sée était disposé d'abord à ne voir là qu'une de ces anémies professionnelles si fréquentes. Mais la persistance de la céphalalgie lui fit prononcer dès le lendemain le mot de méningite. Il ne pouvait plus y avoir de doute dès le jour suivant en voyant survenir deux ordres de phénomènes nouveaux, des vomissements et un certain degré de rigidité des muscles du cou, du dos et des bras. La température ne dépassait pas 38. Quant au pouls, sa lenteur extrême (50) ne faisait qu'ajouter un signe de plus en faveur de ce dernier diagnostic.

Le malade meurt le quatrième jour de son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on trouve les lésions de la méningite que l'on devait s'attendre à y trouver d'après les symptômes qui s'étaient manifestés dans les derniers jours de la vie. Mais on trouve aussi d'autres lésions complétement imprévues : une multitude de petits abcès dans le cerveau, et au milieu de ces abcès une petite poche séreuse renfermant des cysticerques, ou, en d'autres termes, un kyste hydatique.

Ce n'est pas, du reste, il s'en faut, la première fois que des kystes hydatiques du cerveau passent, en quelque sorte, inaperçus pendant la vie et ne sont révélés qu'à l'autopsie. Ce que nous disons des kystes hydatiques en particulier pourrait se dire des tumeurs cérébrales en général, et des abcès dont ce malade présentait également un exemple. Il serait beaucoup trop long de citer ici les faits de ce genre qui sont consignés dans les annales de la science. On en trouvera un grand nombre dans le très-remarquable article *cerveau* (pathologie) du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, auquel nous renvoyons le lecteur.

De l'application de la chaleur sur la région lombaire dans le traitement des métrorrhagies.

L'eau froide est très à la mode en ce moment, il ne faut pas que ses succès nous fassent oublier les bons résultats qu'on peut obtenir dans certaines circonstances de l'action topique de l'eau chaude sur des régions déterminées. Il n'y a, d'ailleurs, ni parité d'action, ni parité d'indications entre ces deux moyens. Ce n'est donc pas une opposition que nous prétendons établir. Nous laisserons également de côté pour le moment toute prétention à théoriser. C'est un fait purement empirique que nous tenons à enregistrer.

Parmi les nombreux moyens hémostatiques opposés aux hémorrhagies utérines figuraient autrefois en première ligne les topiques froids, les applications de glace et les injections d'eau froide ou même glacée. Il y a déjà pas mal d'années que nous rapportions dans cette Revue les résultats de quelques tentatives heureuses que Trousseau avait été conduit à faire, — nous ne saurions plus trop dire aujourd'hui en vertu de quelle idée — de l'emploi, en pareille circonstance, des topiques chauds, et en particulier des injections chaudes. Depuis lors, un médecin anglais, le docteur Chapman, se fondant cette fois sur une idée théorique, sur l'action récemment découverte à cette époque des vaso-moteurs, proposa, comme méthode générale de traitement, contre un grand nombre d'états morbides, et en particulier contre le choléra (c'était pendant l'épidémie cholérique de 1865), les applications du froid ou de la chaleur, suivant les cas, sur divers points de la colonne vertébrale, au moyen d'un sac en caoutchouc très-ingénieusement construit, et renfermant de la glace ou de l'eau à divers degrés élevés de température, selon l'indication d'exciter ou de ralentir l'afflux du sang dans le centre nerveux spinal et de modifier ainsi consécutivement l'état de contraction ou de dilatation des artères qu'il tient sous sa dépendance. (Voir *Gaz. des Hôpit.*, nos 138 et 141, ann. 1865.)

Partie en souvenir des faits de Trousseau, et des idées spéculatives du docteur Chapman, un peu aussi en considération des bons effets constatés des lotions chaudes sur les congestions conjonctivales, M. le docteur Noël Guéneau de Mussy a essayé récemment l'application de la chaleur sur la région lombaire dans deux cas de métrorrhagies rebelles aux moyens usuellement employés. Les résultats qu'il en a obtenus sont assez remarquables pour que nous ayons cru devoir les mettre sous les yeux de nos lecteurs. Voici la relation abrégée de ces deux faits, que nous empruntons à la petite brochure dont M. Guéneau de Mussy a fait hommage à l'Académie de médecine dans l'une de ses dernières séances.

— La première malade dont notre savant confrère rapporte l'histoire est une femme de vingt-six ans, entrée dans son service de l'Hôtel-Dieu le 14 décembre 1874. Elle avait déjà eu, trois mois auparavant, à la suite de ses règles, et sans cause connue ou avouée, une perte abondante, qu'aucun des nombreux moyens employés (bains chauds, injections astringentes, cautérisations utérines) n'avaient pu faire cesser.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle continuait à perdre abondamment, et, plusieurs fois par jour, elle expulsait des caillots volumineux. L'examen de l'utérus ne fit rien constater qui expliquât la métrorrhagie.

Après avoir inutilement essayé le sulfate de quinine, les vésicatoires hypogastriques, M. Guéneau de Mussy se demandant si une congestion chronique, avec état fongoïde de la muqueuse du col utérin, n'était pas la cause de cette hémorrhagie opiniâtre, fit, à plusieurs reprises, fondre un crayon de nitrate d'argent dans la cavité du col. L'écoulement fut suspendu pendant deux ou trois jours, mais recommença bientôt après.

Cependant, la malade s'affaiblissant de plus en plus, M. Gueneau de Mussy se décida à employer la médication préconisée par le docteur Chapman ; il fit faire, sur la région lombaire, à l'aide du sac en caoutchouc préconisé par ce médecin, des applications d'eau aussi chaude que la malade pouvait la supporter, de 46 à 48 degrés environ. Ces applications étaient renouvelées toutes les trois heures. — On était alors au 15 février 1875.

Le lendemain 16, l'hémorrhagie avait considérablement diminué ; le 17, elle était complétement arrêtée et remplacée par un léger flux leucorrhéique. Les douleurs iliaques et sus-pubiennes, dont la malade s'était plainte pendant la durée de l'hémorrhagie, avaient considérablement augmenté depuis l'application de la chaleur ; elle accusait aussi des sensations douloureuses dans la tête et dans les reins ; en même temps il se manifesta des symptômes de congestion pulmonaire succédant à la congestion utéro-ovarienne.

Au bout d'un mois les règles reparurent et ne tardèrent pas à prendre l'apparence d'une véritable perte. Le souvenir des accidents qui avaient suivi la suspension de la première métrorrhagie, commandant la prudence, M. Guéneau de Mussy attendit quelques jours avant d'intervenir. Mais la perte continuant et la malade éprouvant des défaillances, il appliqua de nouveau le sac d'eau chaude, et en trente-six heures, comme la première fois, l'hémorrhagie fut complétement arrêtée.

Cette fois les symptômes congestifs pulmonaires furent beaucoup moins intenses.

Les deux époques suivantes se passèrent sans accident.

— La deuxième malade sur laquelle M. Guéneau de Mussy eut l'occasion de faire, quelques jours après, l'application du même moyen, est une jeune femme de vingt et un ans, entrée dans son service le 22 février 1875.

Depuis le 11 février, cette femme rendait des caillots et ressentait des douleurs lombo-abdominales. Les jours suivants, l'hémorrhagie s'aggravant de plus en plus, elle se décida à entrer à l'hôtel-Dieu.

L'utérus était mobile, un peu augmenté de volume et en rétroversion. Le col était ramolli et assez entr'ouvert pour permettre l'introduction de la moitié de la phalange. Tout portait à présumer que l'hémorrhagie, chez cette jeune femme, était due à une fausse couche.

Après deux jours d'expectation, pendant lesquels la perte continue abondamment, la malade s'affaiblissant et ayant eu déjà des menaces de syncope, on commença (le 25) des applications d'eau chaude dans la région lombaire, à l'aide du sac du docteur Chapman.

Le 26, l'écoulement avait diminué d'une manière sensible; le 27, il avait complétement cessé. Les jours suivants, l'hémorrhagie était définitivement arrêtée et la malade avait repris des forces. De très-légers phénomènes congestifs vers la tête furent les seuls accidents, très-passagers d'ailleurs, qu'on peut imputer à la médication mise en usage. La malade quitta l'hôpital complétement rétablie le 8 mars.

Dr BROCHIN.

BRULURE PAR LE GRISOU

ET ACCIDENTS PRODUITS PAR SON EXPLOSION DANS LES MINES DE HOUILLE (1).

Par M. le docteur BOURGUET.

Le grisou est un mélange gazeux d'hydrogène proto-carboné surtout et d'hydrogène bicarboné, qui se rencontre normalement dans certaines mines de houille, et qui réuni à l'air dans certaines proportions, a la propriété de s'enflammer avec ou sans explosion au contact de la flamme.

Les conditions suivant lesquelles s'opère la combustion de ce gaz sont, on le comprend, très-variables; comme aussi les effets de cette combustion. Toujours le point de départ est le même : 1° présence d'air et de grisou dans certaines proportions (1 de grisou sur 2 d'air au moins : 1 de grisou sur 15 à 20 d'air au plus); 2° inflammation du mélange par une lampe à feu nu, une allumette, un coup de mine, etc.

Dans l'explosion du grisou il y a trois sortes d'accidents à considérer qui sont par ordre de fréquence :

1° La brûlure;

2° L'asphyxie (résultant de la production de gaz délétères);

3° Les lésions traumatiques.

On peut observer ces accidents séparément; voir manquer l'un d'eux, ou ce qui est malheureusement trop fréquent, les rencontrer tous ensemble dans la même explosion.

La brûlure sera étudiée ici à peu près exclusivement, quelques mots suffiront pour expliquer l'asphyxie et les traumatismes qui ne présentent rien de spécial.

En est-il de même de la brûlure et doit-on considérer celle du grisou comme une brûlure ordinaire ? Je ne le pense pas.

Le mélange gazeux s'enflammant, la température ambiante est portée subitement à un degré très-élevé suffisant pour carboniser instantanément dans certains cas les vêtements et l'épiderme de l'ouvrier qui se trouve dans la sphère d'action du mélange inflammable, et pour réduire en coke le poussier de charbon déposé sur les parois de la galerie. Alors même qu'on tiendra compte de l'état pulvérulent de la houille ainsi transformée et de la facilité qu'elle a dans cet état de division d'être portée au rouge, on ne peut se défendre d'admettre que la température ainsi obtenue représente au moins 500 degrés.

En effet, deux ouvriers, par curiosité, et sans réfléchir à leur immense imprudence, mirent le feu au puits Sainte-Barbe, dans l'ouïe du ventilateur qui était aspirant, le feu se communiqua au gaz qui fit explosion en développant une chaleur assez forte pour fondre les tuyaux de zinc du ventilateur sur certains points. Or, le zinc entre en fusion à 423 degrés.

Si on tient compte en outre de la puissance calorifique de l'hydrogène proto-carboné (13,205) et de l'hydrogène bicarboné (12,032) qui dépassent l'une et l'autre le tiers de celle de l'hydrogène (34,742), on conviendra que la température de la flamme doit être au moins de 500 degrés.

Elle varie d'ailleurs suivant les proportions du mélange. Dans certains cas, les effets de l'explosion sont si puissants qu'ils faut nécessairement admettre une dilatation extraordinaire pour les produire, d'où la nécessité pour expliquer cette dilatation d'une température énorme.

Nous voici donc en présence d'une brûlure instantanée, par un corps gazeux à 500 degrés au moins, condition peu commune on l'avouera.

L'ouvrier atteint en ce cas, dans quelque position qu'il se trouve, subit sur une étendue plus ou moins grande du corps l'influence de la flamme. Tous les points en contact avec elle (de préférence les parties saillantes), sont brûlés au premier ou au deuxième degré (1).

Jamais il ne m'a été donné de rencontrer le troisième ce qui peut s'expliquer par l'instantanéité de la combustion. C'est ainsi qu'on peut se rendre compte de la brûlure incomplète des cheveux et de la barbe dont la racine demeure souvent intacte.

C'est aussi le motif pour lequel certains points du corps quoique exposés ne sont jamais atteints, le conduit auditif, le creux des aisselles, l'espace interdigital aux mains et aux pieds, les replis du nombril ne sont jamais brûlés. Je ne saurais oublier un malheureux ouvrier gravement brûlé dans toute la partie sus-ombilicale du corps qui portait dans les gouttières vertébrales, au point le plus creux de la région lombaire, une plaque d'épiderme de 3 centimètres à 4 centimètres carrés parfaitement intacte, alors que le derme de la partie postérieure du thorax était à nu partout ailleurs.

Si certains points de la surface du corps jouissent d'une sorte d'immunité, à plus forte raison les cavités muqueuses doivent-elles échapper à l'action comburante. L'expérience démontre qu'il en est ainsi : le nez, la bouche, l'anus ne présentent jamais de lésions directes, les paupières ne sont jamais brûlées à leur surface interne pas plus que les globes oculaires qu'elles recouvrent.

Beaucoup de raisons ont été données pour ou contre la brûlure directe des voies aériennes. On a dit d'un côté qu'il y avait brûlure parcequ'on observait à l'autopsie des traces visibles et récentes, on a dit de l'autre qu'involontairement,

(1) Mes observations n'ayant eu lieu qu'à Graissessac, il est bien entendu que je ne prétends pas faire des généralités et que j'écris à un point de vue tout spécial.

(1) Si l'on observe quelquefois de minces eschares, c'est sur les points où le vêtement enflammé a continué à brûler après le passage de la flamme.

par action reflexe, si l'on veut parler le langage scientifique, la glotte se fermait convulsivement, mettant ainsi obstacle à toute pénétration du gaz enflammé. On a invoqué l'humidité des muqueuses, etc. Tout cela, je le crois, constitue des arguments médiocres et il est bien plus simple de comprendre que si le creux axillaire, le conduit auditif externe, etc., échappent toujours, à *fortiori* l'intérieur du nez, de la bouche, etc., seront préservés; l'explication de ces faits est avant tout de l'ordre physique.

Quant aux lésions laryngées ou bronchiques, ainsi que je chercherai à le démontrer plus loin, elles me paraissent la conséquence indirecte de la brûlure de la peau. Je ne nie pas pour cela, quoique ne les ayant jamais observées les lésions directes, mais on me permettra de faire observer que les auteurs qui les ont surtout signalées, citent des autopsies de gens qui ont succombé à des brûlures par des liquides ou par la vapeur. Ainsi par exemple le fait est commun en Angleterre où l'usage journalier du thé fait maintenir en permanence des vases remplis de ce breuvage à une haute température et expose les enfants surtout, à boire à même au goulot des récipients, d'où le contact direct du liquide brûlant sur la muqueuse buccale et pharyngienne et quelquefois l'introduction de la vapeur dans les voies aériennes.

Dans la brûlure par le grisou enflammé, les conditions sont bien différentes, chacun par un simple raisonnement peut se figurer ce qui se passe dans l'explosion instantanée et comprendre que l'introduction du gaz enflammé dans les poumons est matériellement impossible.

Les auteurs qui se sont occupés de la question, nient au moins en grande partie les brûlures internes. Mon expérience personnelle quoique faible, m'a toujours montré l'intégrité absolue de la langue, de la cavité buccale, du pharynx, de l'épiglotte, de l'intérieur du nez, etc.

Je regrette de me trouver ici en contradiction avec un de mes confrères d'une valeur scientifique reconnue, le docteur Riembault qui, dans son ouvrage sur l'hygiène des houilleurs, déclare avoir constaté des lésions de la bouche et de l'arrière-gorge, chez un brûlé de grisou (page 113) et avoir dans ses notes plusieurs faits pareils.

Boëns-Boisseau est moins affirmatif : « il peut se faire *dit-il* que les victimes portent des traces de brûlure dans la bouche et jusque dans l'arrière-gorge », dans tous les cas les auteurs ne parlent pas de brûlures qui auraient pour siége les voies aériennes.

(*A suivre.*)

ACCOUCHEMENT A TERME

HÉMORRHAGIE INTERNE PENDANT LE TRAVAIL ; GUÉRISON

Par M. le docteur Liégeard, de Bellême (Orne).

Mme K..., vingt-deux ans, mariée depuis deux ans, a déjà eu une fausse couche de trois mois, suivie d'une hémorrhagie inquiétante. La convalescence fut longue; le médecin qui la soignait alors conseilla au mari beaucoup de ménagements. Huit mois après, nouvelle grossesse, peu de temps après l'installation de Mme K... à B... Sur mes conseils, cette jeune femme, blonde, lymphatique et d'un appétit capricieux, est soumise à un régime réparateur, combiné avec l'hydrothérapie, et la grossesse suit son développement sans incident notable. Ce n'est que dans la dernière quinzaine avant l'accouchement que sont survenues des épistaxis empruntant à leur fréquence un caractère de gravité relative, vu l'état adynamique antérieur du sujet. Des taches de purpura apparaissent çà et là sur le tronc et les membres inférieurs, qui sont œdematiés et sillonnés de veines variqueuses énormes. Enfin dans la soirée du 27 septembre, après une assez bonne journée, les douleurs de reins se déclarent et le travail de l'accouchement suit une marche régulière. A deux heures du matin, le mari vient m'éveiller; il avait lieu d'être inquiet, car la parturiente était très-faible, elle avait des sueurs profuses, des lipothymies fréquentes, le pouls très-lent à 54-56, irrégulier et dépressible. Heureusement l'enfant se présentait bien OIGA, le col était dilaté et je me hâtai de rompre les membranes, pour faire une application de forceps, soupçonnant fort d'après l'état du pouls et la pâleur livide de la malade, qu'une hémorrhagie interne se faisait pendant le travail.

Mes prévisions n'étaient que trop fondées, car pendant et après l'extraction, un flot de liquide sanguin mélangé de gros caillots fibrineux, que j'évaluai à un litre et demi au moins, vint inonder l'enfant bien vivant et le lit. Heureusement j'avais fait administrer à la malade, aussitôt après la rupture artificielle des membranes, 1 gramme de seigle fraîchement pulvérisé, dose que je fis renouveler séance tenante. Peu d'instants après, la matrice se rétractait faiblement, il est vrai, mais l'extraction du délivre était suivie d'une nouvelle hémorrhagie. Alors, une main pratique l'expression utérine, pendant que l'autre retire les caillots distendant la matrice.

Troisième dose de seigle, état syncopal qui favorise l'arrêt du sang. On fouette le visage avec une serviette imprégnée d'eau vinaigrée et la malade reprend connaissance.

A partir de ce moment, la rétraction utérine s'effectue rapidement, et moins d'une demie heure après tout danger paraît conjuré. L'accouchée est déposée sur son lit, la tête basse et prend quelques cuillerées de vieux vin.

Le pouls se relève sensiblement dans la journée, le facies est bon. Le soir pouls à 64, respiration calme.

Suites de couches naturelles, lochies très-abondantes. Comme conséquence de la déplétion sanguine, notons que la montée du lait n'apparaît que le cinquième jour et que la secrétion lactée fut presque insignifiante, malgré le régime fortifiant suivi par la malade. Convalescence rapide.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 octobre 1875. — Présidence de M. Forget.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Dubrisay, qui remercie la société de l'avoir élu membre titulaire ;

2° Une lettre de M. le docteur Gallard qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

La correspondance imprimée comprend :

1° Un numéro du *Sud médical;*

2° Une brochure de M. le docteur de Beauvais, sur les *Varices traumatiques des parois abdominales;*

3° Six numéros du *Progrès médical.*

M. le secrétaire général. Vous n'ignorez pas, messieurs, que pendant les vacances nous avons eu la douleur de perdre un de nos membres titulaires les plus éminents, M. Duchenne (de Boulogne). Un grand nombre de membres de la Société de médecine se sont rendus au service de l'église, mais comme le corps a du être, immédiatement après, transporté à Boulogne, nous n'avons pu l'accompagner jusqu'à sa dernière demeure et prononcer sur sa tombe quelques paroles d'adieux. Je me réserve, dans mon compte rendu de la fin de l'année, de rendre hommage à cet éminent collègue et de vous rappeler les nombreux travaux dont il a enrichi la science et dont il a fait bien souvent profiter notre société.

Sur la proposition de M. le président, il est convenu qu'une lettre de condoléance sera envoyée à la famille de M. le docteur Duchenne (de Boulogne), au nom de la Société de médecine de Paris.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. DE BEAUVAIS. A la prison de Mazas j'ai pu souvent être témoin de lacération et même de séparation de parties par des morsures. Entre autres faits exceptionnels, j'ai pu observer un cas d'inoculation syphilitique par morsure d'homme à homme. C'était au doigt que siégeait la lésion dont je ne pus tout d'abord déterminer la nature, n'en connaissant pas l'étiologie. Plus tard j'appris que celui qui avait mordu était soigné à l'hôpital du Midi pour des plaques muqueuses. Le blessé eut un ulcère phagédénique dont l'importance nécessita l'ablation du doigt. M. le docteur Gery, m'a raconté le fait d'un jeune homme qui, étant atteint de plaques muqueuses, mordit la main de sa mère; celle-ci présenta plus tard des accidents consécutifs semblables à ceux que présentait son fils. D'ailleurs je suis en train de réunir ces faits qui seront plus tard l'objet d'une communication à la société.

M. FORGET Comme la communication promise par M. de Beauvais, ne doit avoir lieu que dans un certain temps, il serait peut-être utile d'avoir dès aujourd'hui quelques renseignements par exemple sur le temps écoulé entre la morsure et l'apparition des accidents, pour être d'accord avec les idées actuelles sur la syphilis.

D'autre part, il faut que l'affection ait été bien sérieuse pour avoir nécessité une amputation. Le phagédénisme s'est-il reproduit dans la plaie de section?

M. DE BEAUVAIS. Ce sont précisément les recherches que je fais en ce moment.

M. ONIMUS exprime le regret de n'avoir assisté au commencement de la séance, alors qu'il était question de M. Duchenne (de Boulogne). Il propose à la Société, la seule à laquelle appartint ce regretté collègue, de perpétuer son souvenir et de rendre hommage à sa mémoire en demandant à sa famille une photographie grand format, ou en acquérant quelques-unes des collections qui rappellent les travaux de Duchenne et qui auront par la suite une certaine valeur.

M. RELIQUET donne à la Société quelques détails préliminaires sur une *tumeur particulière de la région prostatique* et dont il se réserve de faire plus tard une étude plus approfondie.

COMMUNICATION

M. GILLETTE fait une communication sur le traitement des *abcès de la mamelle*.

Après quelques considérations cliniques sur les abcès mammaires qui surviennent pendant la grossesse et après l'accouchement, M. Gillette insiste au point de vue thérapeutique :

1° Sur la *suspension de la mamelle* pratiquée avec un double fichu en bandoulière relevant les glandes dans le but d'éviter la formation et surtout la récidive de ces abcès;

2° Sur l'emploi du *cosmétique Delacour*, dans la composition duquel le tannin entre pour une large part, pour les gerçures rebelles du mamelon;

3° Sur la *temporisation* qu'il préconise, non-seulement pour les collections tenant à l'aréole, mais même pour bien des abcès parenchymateux. Il s'appuie, à cet égard, principalement sur les faits émanés de la clinique de M. le professeur Gosselin, qui depuis longtemps redoute le développement de l'érysipèle à la suite des ouvertures de ces abcès par l'instrument tranchant;

4° Sur l'usage que l'on peut faire, toujours dans le but d'éviter ces accidents, de l'application des *caustiques* pour certains de ces abcès;

5° Sur l'ouverture, située à la partie externe de la glande, des *abcès sous-mammaires* et sur les bons résultats obtenus par le *drainage* et en particulier l'emploi de la *sonde molle* en caoutchouc rouge.

DISCUSSION

M. BLONDEAU. Il est très-probable que le tannin forme la partie active du cosmétique de Delacour. Je demanderai à M. Gillette si, en pareil cas, il a essayé tout simplement la décoction, ou l'extrait, ou la teinture de ratanhia.

M. GILLETTE. Chez une malade qui portait des gerçures j'ai tout essayé, rien n'a réussi; l'enfant n'a recommencé à téter et la mère n'a cessé de souffrir qu'après l'emploi de ce cosmétique.

M. LEBLOND. M. Gillette dit qu'il faut temporiser avec les abcès parenchymateux, mais ceux-ci peuvent dans certains cas acquérir de la gravité en devenant profonds, aussi serai-je plus disposé à ouvrir et à placer une sonde à demeure.

M. DE RANSE. Les accidents consécutifs à l'ouverture des abcès par le bistouri, ont-ils été observés en ville ou dans les hôpitaux?

M. FORGET. M. Gillette a divisé les abcès de la mamelle en aréolaires parenchymateux et sous-mammaires. Je ne veux pas revenir sur cette grande question si bien traitée jadis par Velpeau, mais je ne crois pas que M. Gillette propose la temporisation pour tous les abcès parenchymateux. Ceux-ci, en effet, ne se ressemblent pas tous. Ainsi, il en est qui pointent, et, tout en étant profonds ne s'étendent pas latéralement. Il faut les ouvrir de bonne heure, et le bistouri plongé dans ces abcès en fait jaillir une véritable fusée de pus dont on aide l'issue en exerçant une pression latérale. On peut perpétuer cette pression par des applications de collodion qui s'opposent en même temps à la propagation inflammatoire.

Il faut agir de même avec les abcès profonds, sous-mammaires, surtout lorsqu'en exerçant une pression directe d'avant en arrière, on voit se produire un bourrelet latéral formé par le refoulement du liquide. On ouvre alors dans un point saillant et on établit une compression permanente. Mais en somme, il ne peut y avoir de règles absolues pour le traitement de ces abcès au point de vue de leur ouverture.

M. GILLETTE. Quant à la temporisation que je préconise, je ne fais en cela que suivre l'exemple de plusieurs de mes maîtres. Ainsi, M. Gosselin adopte, *pour l'hôpital*, la règle d'abandonner à eux-mêmes les abcès de la mamelle depuis qu'il a observé *quatre cas* d'érysipèles ambulants graves partis de l'incision et dont deux se sont terminés par la mort. Dans un troisième, où il s'était également servi du bistouri, la mort n'a pas eu lieu, mais elle a été très-menaçante. Je crois cependant qu'il faut faire exception pour les cas cités par M. Forget, et se laisser guider alors sur la douleur et les phénomènes généraux. Mais en admettant que l'ouverture soit nécessaire, j'emploierai plus volontiers pour ce faire, les caustiques et non le bistouri. La compression est un moyen bien douloureux, mais cependant je la crois utile surtout pour les abcès multiples et à marche chronique, dans lesquels les mamelles, présentant un grand nombre d'ouvertures, ressemblent à une espèce d'écumoire.

M. FORGET. J'ai pour ma part ouvert bien des abcès du sein à l'aide du bistouri, sans avoir jamais constaté d'accident; et, de plus, j'hésiterais à me servir des caustiques, surtout chez une femme jeune, qui conservera une cicatrice difforme. Il faut songer aussi que les caustiques peuvent entraîner la destruction de bon nombre de vaisseaux galactophores. Cette crainte si grande de l'érysipèle qui vient aujourd'hui désarmer le chirurgien en repoussant le bistouri, tient à la fréquence des épidémies dans les hôpitaux. Mais j'ai vu des brulûres donner lieu à des érysipèles, et je ne sais pas pourquoi les caustiques n'en amèneraient pas.

M. LEBLOND. Un autre inconvénient se présente pour les abcès profonds, alors qu'il faudrait plonger le bistouri à 3 ou 4 centimètres. Si l'on se sert des caustiques en pareils cas, il faudra donc faire des applications successives?

M. GILLETTE. Je ne chercherai pas, pour ma part, à juger la question de la valeur comparative des caustiques et du bistouri. Je raisonne ainsi parce que des chirurgiens, et M. Gosselin entre autres, ont eu des accidents, et s'il est prouvé que les caustiques mettent plus à l'abri de l'érysipèle, j'aurais tendance à les préférer au bistouri. Quant à la cicatrice elle n'est pas excessive si on a le soin de bien surveiller l'action du caustique, et c'est la pâte de Vienne qui conviendrait le mieux. Dans le cas que j'ai cité, j'ai guidé l'eschare à ma fantaisie, et je n'aie scharifié que ce que j'ai voulu cautériser.

M. MERCIER. Je ne voudrais pas parler de ma pratique, mais j'ai ouvert bien des abcès par le bistouri sans accidents consécutifs. Que prouvent deux cas malheureux? A côté de cela les caustiques ne manquent pas d'inconvénients et il ne faut pas que l'eschare soit bien large pour détruire un grand nombre de vaisseaux galactophores

M. POLAILLON. Dans le traitement des abcès de la mamelle, je suis partisan de l'expectation comme M. Gosselin, et comme M. Gillette vient de l'indiquer dans sa communication, à moins que l'abcès soit sous-mammaire.

En tous cas, les raisons pour lesquelles je m'abstiendrais sont les suivantes : 1° les cicatrices qui résultent de l'ouverture spontanée sont insignifiantes et disparaissent même complétement par la suite, tandis qu'après une incision il reste au moins une trace linéaire; 2° l'incision n'expose pas toujours à l'érysipèle; cependant les régions riches en vaisseaux lymphatiques sont particulièrement prédisposées à cette complication ainsi qu'aux traînées angioleucitiques.

L'avantage du bistouri est de faire cesser la douleur et d'agir comme antiphlogistique, mais par contre on peut craindre l'érysipèle, et la cicatrice qui résulte de l'ouverture est plus apparente. Parfois, lorsque l'abcès s'est ouvert spontanément, il n'existe qu'un petit pertuis insuffisant pour l'écoulement du pus; on peut alors enfoncer là un petit trochisque de pâte de Canquoin, l'escarre tombe facilement et laisse une ouverture suffisante. Si d'autres abcès se forment, on les laisse s'ouvrir spontanément. Enfin s'ils communiquent entre eux en laissant au milieu de la mamelle une espèce de caverne, on introduit des tubes de drainage, soit par l'ouverture existante, soit en traversant la glande.

En résumé, je suis partisan de l'expectation dans presque tous les cas, des caustiques dans les cas particuliers que je viens d'indiquer, et je ne trouve au bistouri d'autre avantage que de faire cesser plus vite la douleur.

M. DE BEAUVAIS. J'ai vu en 1845, pratiquer la temporisation dans le service de Ph. Boyer, qui s'appuyait sur les mêmes raisons que M. Polaillon, et j'ai moi-même obtenu de très-bons résultats en me conformant à cette méthode.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Dr GILLEBERT-DHERCOURT fils.

VARIÉTÉS

Des rapports de la voix avec les professions

par M. le docteur MANDL (1)

L'occupation à laquelle on se livre habituellement peut exposer l'individu à l'action prolongée d'influences favorables ou nuisibles à la voix.

I. — *Professions diverses.* Certains ouvriers subissent constamment les effets d'une haute température (forgerons, fondeurs, boulangers, etc.), ou de brusques variations de température, (soldats, agriculteurs, etc.), ou de l'humidité (débardeurs, blanchisseuses, etc.), ou de poussières, ou de gaz ou d'autres substances volatiles (chimistes, photographes, peintres en bâtiments, etc.).

Notons encore ici les empoisonnements lents produits par le maniement de certaines substances minérales (plomb, mercure) et qui entraînent également des troubles dans les fonctions du larynx.

II. — *Exercice professionnel de la voix.* L'exercice régulier et permanent auquel sont soumis les organes de la voix chez les artistes lyriques ou dramatiques, chez les orateurs, les prédicateurs, les avocats, etc., exerce une influence notable sur les qualités anatomiques et physiologiques de ces organes mêmes.

Cette influence dépend d'une part de l'aptitude de l'individu pour la carrière choisie, d'autre part du fonctionnement même.

A. La première condition de l'APTITUDE est, en dehors de la *santé* générale, celle des organes de la voix au point de vue anatomique et physiologique. S'il existe un état maladif dans un point quelconque, il faut qu'il disparaisse ou que l'on renonce à l'exercice professionnel.

L'exercice de la voix est compatible avec les prédispositions morbides, surtout celles qui résultent de l'hérédité; nous verrons tout à l'heure l'influence que peut exercer sur elles le fonctionnement même des organes de la voix.

Lorsqu'on parle de la santé des organes vocaux, l'attention se fixe principalement sur le larynx. Dans l'immense majorité des cas, à moins qu'il n'existe une maladie particulière, le larynx est apte à l'émission de la voix et par conséquent à la production de la parole et du chant. Une voix fausse, rauque ou tremblante, si elle n'est pas le résultat d'une affection organique, peut être corrigée par l'exercice.

Toutefois il ne suffit pas que le larynx soit normalement construit pour que l'individu ait une belle voix. Un violon peut avoir des cordes excellentes et cependant ne posséder aucune valeur. Aussi est-ce une erreur que de chercher uniquement dans la perfection du larynx l'aptitude au chant. Avec un larynx normalement construit, on saura sans doute toujours parler et au besoin faire des gammes; le larynx pourra même, par l'éducation vocale, atteindre un haut degré de perfection et cependant la voix sera mauvaise, manquera de charme, de suavité, d'éclat, de volume. C'est que la santé du larynx et des autres organes qui concourent à la production de la voix n'est que la première condition à l'aptitude; pour que la voix produite réponde aux qualités artistiques exigées dans le chant ou dans la déclamation, il faut que la structure générale des organes de la voix y soit conforme. Le larynx peut avoir les développements les plus complets, ses tissus l'aspect le plus normal, ses muscles toute la vigueur voulue; la muqueuse du pharynx peut être exempte de tout défaut, et cependant la voix sera grêle, faible, sans éclat, si la configuratton de la caisse résonnante c'est-à-dire, le pharynx et le thorax ne sont pas favorables au timbre. Il faut donc examiner avec attention, lorsque les mauvaises qualités de la voix persistent après la mue, si elles tiennent à la conformation de l'individu ou à un état pathologique. Dans le premier cas, il faut faire abandonner la carrière artistique, ou du moins ne pas vouloir, par des efforts incessants, obtenir des résultats contraires à la conformation; non-seulement on manquerait le but que l'on se propose, mais encore on déterminerait des irritations permanentes qui amèneraient la perte totale de la voix. C'est ainsi que se développent les diverses affections dont il a été question à propos de la fatigue de la voix.

B. L'exercice professionnel de la voix exerce une DOUBLE INFLUENCE : d'une part, la santé générale peut s'en ressentir; d'autre part, les organes spéciaux de la voix en subissent l'action directe.

1. Nous avons déjà vu que la santé générale est nécessaire pour que la voix puisse s'exercer dans le chant et dans la déclamation. A son tour cet exercice agit sur l'économie générale et cette *influence sur la santé générale* ne peut-être que favorable, à la condition bien entendu que l'exercice se fasse sans fatigue et conformément aux préceptes exposés précédemment. En effet dans le chant et dans la déclamation, le travail plus actif de la respiration introduit dans la poitrine une quantité plus considérable d'air que la respiration habituelle; la quantité d'oxygène consommée par conséquent est plus considérable, la combustion organique facilitée et augmentée : toutes circonstances favorables à la digestion, à l'appétit, à la nutrition.

Ce que nous venons de dire s'applique également au jeu des instruments à vent.

On avait considéré comme particulièrement exposés à contracter la phthisie pulmonaire les individus obligés à faire de grands efforts de voix ou de respiration, tels que les chanteurs, avocats, joueurs d'instruments à vent, acteurs, etc. Mais des statisticiens (Benoiston, de Châteauneuf, Julius, Lombard, etc.) ont fait voir que l'exercice constant de la voix semble plutôt diminuer qu'augmenter le nombre des phthisiques; en effet, la moyenne générale étant de 114 phthisiques sur 1,000 malades appartenant à la même profession, l'exercice constant de la voix ne fournit que 75, tandis que les ouvriers qui respirent les vernis, la térébenthine, etc., donnent 369 sur 1,000.

Quelques médecins ont même conseillé des inspirations et des expirations forcées pour combattre la prédisposition à la phthisie.

Steinbrenner supposait que l'habitude d'une respiration incom-

(1) Extrait d'un ouvrage qui vient de paraître ces jours derniers à la librairie J. B. Baillère, sous ce titre : *Hygiène de la voix parlée ou chantée.*

plète est la principale cause d'une tuberculisation, et proposait comme moyen prophylactique la respiration forcée, moyen déjà conseillé par Autenrieth, Crichton, Carswell, Clark, Ramadge, pour prévenir la phthisie. La respiration se faisait avec un appareil fumigatoire, dans lequel l'air ne pouvait pénétrer que par une ouverture large de 3 à 4 millimètres.

Cette théorie ne repose pas sur des données positives. Il n'existe aucun signe scientifique qui permette d'affirmer avec certitude la prédisposition à la phthisie; il n'y a que des présomptions tirées de la constitution générale, des forces de l'individu, etc., mais qui n'ont aucune valeur positive. Même la prédisposition par hérédité est loin d'être certaine; sinon, comme dans toute famille on peut trouver au moins un père ou une mère morts de phthisie, tout le monde serait menacé de cette maladie. Un seul point est certain, c'est que l'exercice fortifie les poumons et devient ainsi un moyen prophylactique contre les affections inflammatoires.

2. En supposant le mécanisme de la production de la voix exécuté d'après les règles hygiéniques, l'exercice non-seulement ne sera pas nuisible aux *organes de la voix*, mais il leur sera même profitable.

Les muscles intrinsèques du larynx subissent les mêmes lois physiologiques que les autres muscles volontaires; l'exercice approprié à leurs forces et à leur destination les rend plus vigoureux, plus souples, augmente leur tonicité, favorise en un mot tout leur développement. Les larynx d'une texture faible deviendront par conséquent plus forts, à la condition que la faiblesse ne soit pas la conséquence d'un état pathologique. Les résultats ne sont pas moins heureux pour les poumons : les personnes qui ont la respiration courte, irrégulière, qui sont essoufflées à la moindre fatigue, voient disparaître ces incommodités; la circonférence de la poitrine devient plus considérable et augmente de plusieurs centimètres. Cette vigueur donnée aux poumons les rend moins impressionnables; les congestions, les bronchites et les pneumonies chroniques s'établissent plus difficilement. Ces affections sont souvent confondues avec la phthisie; de là vient l'opinion, suivant laquelle l'exercice de la voix (et plus particulièrement le jeu des instruments à vent) serait un moyen prophylactique contre la phthisie.

L'influence salutaire toutefois est modifiée par le genre d'exercice auquel on s'est livré : il en existe quatre, à savoir, la parole, la lecture à haute voix, la déclamation, le chant.

La parole, dans les habitudes ordinaires de la vie et dans la conversation intime, n'exerce en général aucune influence marquée. A la suite de l'abus, on voit se développer la sécheresse de la bouche et du pharynx, la soif, quelquefois de l'enrouement. De tous les exercices, le plus fatigant est la lecture à haute voix faite dans l'intimité, parce qu'habituellement l'on reste assis, le corps courbé en avant, et que la respiration est courte, précipitée, superficielle, le type abdominal ne pouvant s'exercer librement. La lecture mesurée à haute voix, devant une assemblée ou la déclamation occasionne beaucoup moins de fatigue, surtout si l'orateur n'est pas obligé de faire des efforts pour dominer le tumulte ou de se faire entendre dans une vaste salle. Cet exercice est même profitable aux organes de la voix, moins cependant que le chant, dans lequel chacun des organes qui concourent à la production de la voix profite largement de la gymnastique à laquelle il doit être soumis.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques décernera, dans sa séance annuelle de 1876, dont la date sera ultérieurement fixée, des médailles et mentions honorables aux travaux, mémoires et actes de bon concours qui auront le mieux répondu au but que l'association se propose. Ces travaux et mémoires, les attestations de nature à éclairer le choix du conseil d'administration, devront être parvenus au conseil, à l'adresse du secrétaire général, au siége de l'association, le 31 janvier 1876, au plus tard.

— M. le docteur Sichel recommencera ses conférences cliniques le mardi 23 novembre, à une heure et demie, à sa clinique, 12, rue Jacob, et les continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de chirurgie de guerre, par le docteur H. Heyfelder, médecin principal dans l'armée russe, traduit de l'allemand, par le docteur A. Rapp, médecin-major de 2e classe. — Édition revue et notablement augmentée par l'auteur. — 1 volume in-12 de 368 pages, avec 42 figures gravées sur bois. — Paris, Berger-Levrault et Ce, n° 5, rue des Beaux-Arts. — Prix 6 francs.

Contribution à la pratique des accouchements. Étude historique et pratique sur une espèce peu connue de version pelvienne par manœuvres internes sans extraction, qu'on pourrait appeler : la version simple, par le docteur Victor-Émile Hottenier. — In-8° de 53 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, 1875, Adrien Delahaye.

Du traitement des syphilides papulo-hypertrophiques par la cautérisation au nitrate d'argent, activée par le contact du zinc métallique, mode d'action de ce nouveau cathérétique, par le docteur Cheron. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 137. — MARDI 23 NOVEMBRE 1875. 48e ANNÉE. MARDI 23 NOVEMBRE 1875. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. le ministre de l'instruction publique a transmis à l'Académie une lettre adressée par lord Lyons à M. le ministre des affaires étrangères, pour lui annoncer l'organisation, à Londres, d'une exposition spéciale d'appareils scientifiques qui doit avoir lieu au mois d'avril prochain. M. l'ambassadeur de S. M. Britannique exprime, au nom de son gouvernement, le désir que le gouvernement français veuille bien prêter son concours à cette exposition, par la formation d'un comité français, choisi parmi les membres de l'Académie des sciences.

— M. Ch. Tanret annonce à l'Académie qu'il vient de découvrir dans le seigle ergoté un nouvel alcaloïde, l'*ergotinine*. Comme tous les alcaloïdes, ce nouveau corps a une réaction fortement alcaline et peut saturer les acides. Sa réaction la plus saillante est la couleur, d'un rouge jaune, puis d'un violet bleu intense, qu'elle prend par l'acide sulfurique de concentration moyenne. La grande instabilité de cet alcaloïde peut expliquer la rapide altération de la poudre de seigle ergoté.

— M. Fr. Glénard d'un côté, MM. Mathieu et Urbain de l'autre, et enfin M. A. Gautier, nous fournissent en ce moment la preuve des difficultés de l'expérimentation en physiologie. Tandis que MM. Mathieu et Urbain admettent que l'acide carbonique dissous dans le plasma du sang extravasé est la cause de la coagulation de la fibrine et que, si, pendant la vie, la fibrine concrète ne se forme pas dans les vaisseaux, c'est que le gaz acide, de même que l'oxygène, est combiné aux globules rouges, M. Glénard, d'autre part, affirme que l'acide carbonique ne joue aucun rôle dans le phénomène de la coagulation spontanée du sang de la saignée. Quant à M. Gautier, il exprime un doute sur la théorie d'après laquelle l'acide carbonique, sorti des globules sanguins après l'extravasion du sang, serait la cause de la coagulation spontanée.

Toutes ces affirmations contradictoires reposent sur des expériences de laboratoire. Nous sommes donc obligés d'attendre avant de nous former une opinion sur ce sujet, qu'un quatrième expérimentateur nous montre la vérité dans une nouvelle expérience.

— M. Balbiani adresse une note sur l'embryogénie de la puce.

Dr ÉDOUARD FOURNIÉ.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

La folie du doute (avec délire du toucher) (1).

Troisième période. — En proie à des anxiétés continuelles et à des souffrances devenues incessantes, ayant perdu chaque jour un peu de cette activité que nous leur avons connue, désillusionnés sur autrui et principalement sur la médecine et les médecins, appréciant toujours avec une parfaite conscience et leur situation et les étranges anomalies de leurs actes, les malades se font en quelque sorte justice eux-mêmes, sortent de moins en moins, abandonnent les antichambres des cabinets de consultations, ne suivent plus de traitement et restent volontiers confinés chez eux. Incapables de se ressaisir en public et d'accomplir vulgairement certaines obligations habituelles de la vie, ils s'éloignent; devenus absolument insociables, ils fuient le monde. Leur horizon se limite de plus en plus, le cercle des idées délirantes se rétrécit, les angoisses s'accroissent et prennent un caractère presque confus, l'égoïsme redouble, la lenteur des mouvements augmente et les heures sont négligemment dépensées au milieu de craintives irrésolutions, de vagues appréhensions, de préparatifs de toilettes et de préliminaires hésitants d'actions diverses. Les repas donnent lieu à mille soucis, deviennent une préoccupation, un embarras, un sacrifice, et exigent un temps considérable. La vie en commun n'était plus tolérable : l'isolement volontaire lui succède.

Tel est, en effet, après la transformation d'un état morbide paroxystique en situation pathologique continue, le grand caractère différentiel qui sépare la troisième période de la précédente : les malades renoncent spontanément et sciemment aux relations avec autrui. A ce moment, ils écrivent très-peu ou n'écrivent plus du tout, contractent l'habitude de beaucoup moins s'entretenir avec leur entourage et ne cherchent plus autant à être rassurés ; ils se parlent à eux-mêmes à demi-voix, puis à voix basse, et quelques-uns finissent même par ne plus exprimer du tout les terreurs qui les agitent et par remuer simplement les lèvres. Cette mussitation est le seul indice saisissable de leur persistante intégrité mentale, car, même au moment de ces manifestations ultimes, le niveau intellectuel n'a pas fléchi et la démence n'est toujours pas venue. Que le

(1) Suite. — Voir les numéros des 28, 30 septembre, 7, 14, 21 28 octobre et 11 novembre.

malade soit épouvanté à propos de rien, qu'il se couvre de ridicule cent fois par jour en n'osant plus ni marcher, ni s'asseoir, ni manger, ni toucher à quoi que ce soit; qu'il ne consente plus à sortir et qu'il se séquestre; qu'il ne puisse pas diminuer son invincible répulsion pour tels ou tels objets, qu'il se rende grotesque à plaisir et qu'il se voue volontairement à l'immobilité, peu importe, il n'est point dément et ne finira pas dément.

A l'appui de cette opinion très-vraie, mais peut-être inattendue de ma part, j'invoquerai la manière de voir de J. Falret, dont chacun connaît le jugement sage et éclairé : « Les malades, dit notre honorable collègue, peuvent encore conserver en public toutes les apparences de la raison, et s'ils n'en faisaient eux-mêmes l'aveu, nul ne pourrait se douter qu'il s'accomplit parallèlement en eux un double travail intellectuel, l'un extérieur, dont on est témoin, et l'autre intérieur, qui n'a pour spectateur que l'intimité de la conscience. Ce travail exige une dépense excessive de force nerveuse et intellectuelle, donne lieu à une souffrance morale des plus pénibles, et pourtant, soit par suite de la surrexcitation maladive, soit par l'effet de l'habitude lentement contractée, le système nerveux finit par s'adapter à cette déperdition de force exagérée, et les malades résistent, souvent pendant des mois et même pendant des années, à ce travail incessant, sans que leur santé physique en soit fortement ébranlée et sans que leur intelligence s'affaiblisse notablement; il est remarquable, en effet, que cet état mental, qui se prolonge souvent pendant toute la vie, avec des des alternatives irrégulières de paroxysmes et de rémissions quelquefois très-prononcées, n'aboutit jamais à une véritable démence. » (1).

En 1869, j'ai vu à Nogent-sur-Marne, en consultation avec le docteur Poinsot, un homme de soixante-dix ans, ancien négociant, veuf, sans enfants, soigné par une vieille parente et une domestique, qui n'était point sorti de sa maison depuis neuf ans. Il parlait extrêmement peu, mais en termes pleins d'urbanité; il se faisait lire le *Voyage autour du monde,* ne touchait plus à rien, ne mangeait même plus seul et se faisait habiller. Il passait ses journées dans un grand fauteuil à roulettes au milieu de sa chambre, pendant l'hiver, et au milieu de son jardin, pendant l'été. Il avait toujours les yeux tournés du côté de la porte d'entrée, et il devenait inquiet chaque fois qu'il entendait sonner chez lui. La domestique entr'ouvrait alors avec une précaution infinie un petit guichet pratiqué dans la porte et ne laissait pénétrer le visiteur qu'après lui avoir demandé s'il n'était point accompagné d'un chien et s'il n'y avait pas dans le moment un chien errant dans la rue, auprès de lui. Elle n'ouvrait définitivement la porte que dans le cas de réponses négatives réitérées. Ce vieillard, dont le niveau intellectuel n'avait pas baissé, était extrêmement malheureux et effrayé dès qu'il entendait aboyer un chien dans le voisinage. Il se parlait bas à lui-même, avait volontiers l'air préoccupé et vivait presque dans l'immobilité. « Vous voyez, me dit-il, que je ne suis ni fou, ni agité; je suis peut-être un peu poltron, mais je sais parfaitement ce que je dis et ce que je fais. » Son médecin, sa parente et sa domestique, étaient loin de le considérer d'ailleurs comme un aliéné. Or, c'était bien un aliéné, mais ce n'était point un dément.

En visitant, en 1874, un établissement spécial, je remarquai une femme de cinquante-cinq ans environ, presque immobile et paraissant s'effrayer de ma très-grande proximité de son fauteuil. En quelques instants, je fus mis au courant d'une foule d'excentricités anciennes absolument analogues à toutes celles que nous avons rapportées jusqu'à présent. En témoignant à la malade beaucoup de bienveillance et d'intérêt, je parvins à causer avec elle un certain temps et à savoir par quelles transes douloureuses elle passait sans cesse. Elle n'était point en démence, quoique aliénée depuis dix-neuf ans.

Cette troisième période, lorsque les malades n'ont point été placés dans des asiles publics ou privés — et c'est ce qui arrive le plus souvent — peut donc échapper à peu près complétement à l'observation. La vie se prolonge, sans soins médicaux nécessaires ou acceptés, et elle finit un beau jour par s'éteindre sous l'influence d'une affection intercurrente quelconque. Et le défunt, dont l'oraison funèbre est rapidement improvisée, passe pour avoir eu « une maladie noire » ou pour avoir été simplement « un original. »

Voilà, en résumé, l'exposé symptomatologique qu'il est possible de tracer aujourd'hui, dans l'état actuel de la science, de la folie du doute (avec délire du toucher). Ajoutons maintenant que le début de la névrose passe fréquemment inaperçu et qu'il remonte très-souvent à l'âge de la puberté; qu'il s'est manifesté alors sous la forme de scrupules de conscience, qu'il a pu réapparaître légèrement de temps à autre, sans éveiller l'attention des proches, et surtout sans que le malade se soit décidé à parler; qu'il a pu être incidemment masqué par des phénomènes chlorotiques, hystériques, dysménorrhéiques, gastralgiques ou hypochondriaques, et qu'il a pu enfin s'effacer complétement pendant des phases suspensives prolongées. On n'a point oublié d'ailleurs que le délire, à son origine première, est constitué par une idée bizarre qui s'impose à l'esprit, que cette idée prend peu à peu une importance plus considérable, qu'elle absorbe à elle seule une grande partie de l'activité psychique du malade et qu'elle devient le point de départ de séries complexes de raisonnement qui ont toujours pour centre, pour foyer d'irradiation, l'idée délirante primitive.

Les causes de cet état sont prédisposantes ou occasionnelles. L'hérédité morbide joue ici un rôle d'une accablante prépondérance. Nous ne reviendrons pas sur les caractères si aisément reconnaissables de l'aliénation transmise et sur ses terribles conséquences, car nous avons abordé cette étude si curieuse dans une série de leçons à l'École pratique (1), mais nous rappellerons que les excentriques, en général, appartiennent à des familles d'aliénés, et nous n'aurons pas beaucoup de peine à affirmer que la folie du doute (avec délire du toucher) va de préférence recruter ses victimes parmi les descendants officiels des névropathes, ces surnuméraires obligés de l'aliénation.

Au nombre des causes occasionnelles possibles, nous rangerons tous les grands troubles de la santé physique, quelques maladies aiguës graves, comme la variole, l'angine couenneuse, la fièvre typhoïde ou le choléra, l'onanisme invétéré, une grande émotion et une vive frayeur. Du reste, les malades sont, dans l'espèce, d'excellents appréciateurs de leur situation pathologique, et ils sont les premiers à donner au médecin des renseignements d'une irréprochable authenticité. Ils le peuvent d'autant mieux que la folie du doute (avec délire du toucher) éclate souvent à la suite d'une circonstance très-spéciale, qui imprime à la névrose une direction particulière et devient habituellement le point de départ de l'idée prédominante. Plusieurs des observations que nous avons rapportées ont précisément mis en saillie l'origine première de la maladie, mais l'un des exemples les plus concluants que je connaisse

(1) *La folie raisonnante*, p. 43. — 1866.

(1) *La folie héréditaire.* Paris, 1873, broch. in-8° de 75 pages.

est celui-ci : une dame, dont Baillarger a parlé, est atteinte d'une petite tumeur mammaire et elle consulte un chirurgien qui, tout en la rassurant beaucoup, lui recommande de prendre de grandes précautions et de ne point se heurter contre une porte, un meuble ou une clef. A partir de ce moment, cette dame devient perplexe et n'ose plus se laisser approcher par ses enfants, puis elle craint de franchir une porte, de descendre dans la rue, de monter en voiture, et elle parcourt enfin cette existence anxieuse et misérable que l'on sait.

Ce dernier fait peut être rapproché de celui qu'a cité Parchappe, d'après Van Swieten, et que voici : Un homme, à tout autre égard fort sensé, ayant entendu dire que plusieurs personnes mordues par un chien enragé étaient devenues hydrophobes, malgré l'emploi de la saignée et des remèdes les plus efficaces, s'imagina que si les chirurgiens s'étaient servis des mêmes lancettes pour pratiquer d'autres saignées, le virus avait dû, sans qu'on s'en doutât, être inoculé à un grand nombre d'individus qui, dès lors, pourraient le communiquer à d'autres. Pour se préserver d'un aussi grand malheur, il résolut de ne se laisser toucher désormais par personne, et, malgré sa tendresse pour sa femme et ses enfants, il ne put se décider à faire exception en leur faveur (1).

La folie du doute (avec délire du toucher) affecte beaucoup plus les femmes que les hommes, se montre très-souvent pour la première fois dès l'âge de la puberté et s'observe presque toujours dans les classes élevées de la société. C'est tout à fait accidentellement que l'on en voit passer un cas, de loin en loin, à l'infirmerie spéciale près le dépôt de la préfecture, ce kaléidoscope clinique sans égal, et encore ce cas ne donne-t-il pas lieu d'ordinaire à une séquestration. A moins d'actes délictueux ou criminels, on ne constate là, en effet, que les innombrables misères cérébrales du pauvre, les troubles toxiques du déclassé et de la fille de joie, les agénésies intellectuelles de l'enfance et toutes les anomalies psychiques des naufragés de la civilisation; mais c'est dans la consultation urbaine et dans le cabinet du médecin que se présentent les hystériques, les hypochondriaques, les émotifs, les délirants du tact, et tous les individus en général qui souffrent moralement et ont conscience de leur état.

Le diagnostic ne peut pas présenter de difficultés sérieuses, après tout ce que nous avons fait connaître sur l'absence des illusions et des hallucinations des sens, sur les idées, les interrogations personnelles, les représentations d'images, les incertitudes, les scrupules, les paroles, les angoisses, les excentricités, les rabâchages et les écrits des malades. Néanmoins, lorsque ces derniers ne se décident pas à faire des confidences, ils peuvent en imposer beaucoup et donner le change sur leur véritable état mental.

La marche et la durée de la névrose sont contenues tout entières dans la description que nous avons faite des trois périodes et des phases suspensives. Il s'agit, on l'a vu, d'une affection à marche chronique et à durée indéfinie, qui ne compromet absolument ni le niveau intellectuel, ni l'exercice des diverses facultés, ni la vie; qui s'observe assez fréquemment au dehors et rarement dans les établissements d'aliénés, et que l'on confond volontiers dans l'intérieur des familles, soit avec l'hystérie, soit avec l'hypochondrie. Personne ne devra s'étonner de la fréquence de cette confusion : les cadres de ces deux états nerveux sont d'une complaisance tellement élastique et l'on a si tôt fait de trouver une étiquette !

De terminaisons, il n'y en a pas de spéciales à proprement parler. Le pronostic est toujours très-grave. Parmi les guérisons constatées par quelques auteurs, je crains bien qu'il n'y ait eu que des rémissions très-longues, de trois à cinq ans, par exemple.

Le traitement n'est sollicité que pendant la seconde période, qui, il est vrai, est parfois très-longue. Il est d'une remarquable efficacité temporaire et repose tout entier sur un emploi très-sérieux du temps, sur une vie réglée et disciplinée, sur des occupations nouvelles qui viennent à être prescrites énergiquement et sur l'accomplissement quotidien d'une tâche déterminée. L'abolition du désœuvrement est la première condition du succès et conduit en peu de temps à des phases suspensives précieuses pour le malade et pour les siens.

Au moment où les délirants du tact s'inquiètent et viennent prendre des conseils, ils sont pleins de bonne volonté, extrêmement désireux de guérir et confiants. Ils témoignent au médecin autant de déférence que de sympathie et se mettent avec abnégation à ses ordres. Il faut savoir séance tenante tracer un programme écrit, quelque désagréable qu'il doive être, en donner lecture au visiteur, et le lui imposer avec une fermeté résolue, une conviction profonde et une autorité presque rigide. Le malade rapproche aussitôt les défaillance anxieuses de sa volonté des décisions catégoriques qu'on lui exprime au nom de la science, et il n'hésite pas. Rien ne l'arrête. Il obéit. Mais s'il ne reçoit que des consolations banales, des admonestations paternelles, des promesses vagues, et s'il transige avec vous sur un ou plusieurs points, il s'éloigne désappointé et ne revient jamais. Ce qu'il a tenu essentiellement à rencontrer chez le médecin, c'est une autorité qui commande à sa volonté et la subjugue, et non pas une affabilité raisonneuse qui discute ou capitule. Il a en quelque sorte abdiqué. Il cherche donc un tuteur qui ordonne en maître et non pas un complaisant qui opine servilement du bonnet. Aussi, tous les efforts les plus persévérants et les plus méritoires dans le sens des concessions gracieuses ont-ils fatalement échoué.

J'ai reçu un jour la visite et les confidences d'une dame très-intelligente, aux goûts artistiques, un peu négligée par son mari, mère de deux beaux enfants, et qui était en proie aux scrupules et aux craintes les plus multipliés. Cette dame, âgée de trente-six ans alors, se disait inquiète déjà depuis quelques années. Je l'interrogeai longuement sur l'éducation qu'elle avait reçue et sur les aptitudes qu'on avait développées chez elle. Elle avait très-bien dessiné autrefois et ne savait aucune langue étrangère. Je lui fis prendre des leçons de peinture et d'anglais, elle travailla considérablement pendant près d'un an et se rétablit. Sa famille avait tout à fait retrouvé le bonheur, car n'ayant point été questionné sur l'avenir réservé à la malade, je n'avais pas eu à me prononcer sur la possibilité d'une rechute ultérieure, lorsqu'un jour, après dix-huit mois de la plus franche rémission, cette dame refusa de sortir avec ses enfants et sa mère dans la crainte de rencontrer un chien enragé. Je fus rappelé, je prescrivis des exercices gymnastiques, une hydrothérapie sévère et des leçons de peinture sur porcelaine et de langue allemande. Une nouvelle phase suspensive n'a pas beaucoup tardé à se produire, et elle dure en ce moment depuis deux ans.

(*A suivre.*)

HOPITAL COCHIN. — M. Després.

Luxation de l'extrémité interne de la clavicule en arrière et en bas; fièvre intermittente quotidienne; guérison.

Recueilli par M. R. Berdinel, interne du service.

E....., Antoinette, dix-huit ans, célibataire, domestique, entrée e 18 août 1875 à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques, n° 8.

---

(1) *Symptomatologie de la folie*, 1851.

Il y a trois semaines, cette jeune fille est tombée sur l'escalier d'une cave et a roulé jusqu'au bas. Dans cette chute, c'est surtout l'épaule droite qui a porté, sans qu'on puisse préciser davantage le sens dans lequel a agi le traumatisme et la suite de cet accident, pour lequel du reste elle ne s'est pas soignée. Il est resté une grande gêne dans les mouvements du bras, dont quelques-uns même sont devenus impossibles; la malade accuse en outre une douleur sourde, persistante dans le haut du thorax en avant, un peu à droite de la ligne médiane. Du reste, la santé générale est excellente et la constitution robuste.

La malade se présente à nous dans l'attitude classique des sujets atteints de fracture de la clavicule. La tête est fortement inclinée du côté droit et légèrement tournée à gauche; le moignon de l'épaule droite est élevé, le coude rapproché du tronc. Les mouvements étendus du bras sont impossibles : la malade ne peut mettre la main sur la tête ni derrière le dos. En examinant comparativement les deux épaules, dans le décubitus dorsal, on est frappé du raccourcissement considérable de l'épaule droite et d'une déviation très-apparente de la clavicule du même côté. Au lieu de se porter presque directement en dehors, elle se dirige en haut, en dehors et en avant, ce qui augmente beaucoup la *profondeur du creux sus-claviculaire*. Si l'on explore la région supérieure du thorax, on constate au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite une dépression très-nette, au fond de laquelle on sent la tête de la clavicule portée en bas et en arrière. Il n'existe en ce point qu'une tuméfaction légère, mais la douleur produite par l'exploration est très-vive. Si l'on ramène le moignon de l'épaule fortement en arrière et un peu en dehors, on voit la dépression diminuer sans s'effacer complétement; on peut en accrochant la clavicule par sa partie moyenne avec les doigts enfoncés dans le creux sus-claviculaire, ramener la tête de l'os dans sa position normale, mais le moindre mouvement suffit pour reproduire la luxation. La malade ne peut en outre relever directement la tête de sur son oreiller : elle n'y arrive qu'en lui faisant exécuter un mouvement de rotation de gauche à droite, en demi-cercle complet. Si l'on porte les doigts sur le muscle sterno-mastoïdien droit pendant que s'exécute ce mouvement, on sent que le faisceau sternal se contracte seul, tandis que le faiseau claviculaire demeure flasque. M. Desprès diagnostique une rupture ou tout au moins un arrachement de ce faisceau près de son point d'implantation.

Un spica double des épaules, fortement serré et les ramenant violemment en arrière, grâce à l'interposition d'un coussin entre les deux omoplates au point où s'entrecroisent les tours de bande, maintient la luxation à peu près réduite.

D'ailleurs il n'existait pas le moindre trouble de la déglutition ou de la respiration, et la circulation dans le membre supérieur droit n'était nullement gênée.

20 août. — Pour soulager la malade que son spica fatigue beaucoup, M. Desprès le change pour un huit-de-chiffre des deux coudes, qui les ramène en arrière en tendant à les rapprocher derrière le dos.

25 août. — La luxation est à peu près réduite : la clavicule est dans une direction presque normale, et on ne sent plus qu'une dépression à peine sensible au niveau de l'articulation sternale. La douleur et le gonflement ont presque disparu, les mouvements du bras sont plus libres. Mais le raccourcissement du moignon de l'épaule et le mouvement de rotation pour amener la flexion de la tête persistent toujours au même degré. M. Desprès débarrasse la malade de tout appareil, lui prescrit le décubitus dorsal absolu pendant la nuit et lui recommande de porter pendant le jour de lourds fardeaux de la main droite.

28 août. — L'amélioration obtenue persiste, et une chute que la malade a faite aujourd'hui n'a compromis en rien le résultat.

10 septembre. — La luxation est absolument guérie : on ne constate plus la moindre dépression au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite, qui ne diffère en rien de celle du côté opposé. Tous les mouvements de la tête et du bras sont faciles, quelque étendus qu'ils soient; la malade peut relever directement sa tête et l'on sent se contracter le faisceau claviculaire qui avait été rompu. Le moignon de l'épaule n'est plus élevé et les deux régions claviculaires sont parfaitement symétriques.

Cette malade, qui il y a cinq ans, avait eu pendant trois mois des accès de fièvre tierce dans le département de la Creuse son pays, a vu de nouveaux accès apparaître, peut-être sous l'influence du traumatisme. A partir du 29 août, elle a eu des accès quotidiens bien caractérisés, présentant cette particularité curieuse de retarder de une ou deux heures chaque jour. Ils n'ont cédé que difficilement à l'usage du sulfate de quinine à la dose de 75 centigrammes ou 1 gramme et de la macération de quinquina.

Après s'être montrés tous les jours du 29 août au 10 septembre, ils ne se sont plus reproduits, et la malade a pu quitter nos salles le 10 septembre.

Réflexions. — Dans le cas relaté ci-dessus, on retrouve la symptomatologie classique des lésions de ce genre : attitude, raccourcissement de l'épaule, dépression au niveau du sternum, gêne des mouvements, etc. Cependant la saillie considérable de l'extrémité acromiale de la clavicule, à laquelle Morel-Lavallée attachait une si haute importance, n'existait pas ici. Nous n'avons remarqué non plus aucun de ces troubles de la respiration ou de la déglutition signalés par quelques auteurs, et qui ne doivent se montrer qu'avec des déplacements bien autrement considérables que celui auquel nous avions affaire. Car cette luxation, nous disait M. Desprès, est plus une simple diastasis qu'une véritable luxation. Par contre, il y avait un symptôme que nous n'avons vu signalé nulle part, c'est l'impossibilité de fléchir directement la tête et de la porter en avant.

Comment expliquer le mouvement de gauche à droite qui était nécessaire à notre malade pour produire la flexion? Le mouvement de rotation de gauche à droite n'était en somme que l'exagération du mouvement d'inclinaison de la tête du côté malade, inclinaison que l'on retrouve aussi bien dans les luxations que dans les fractures de la clavicule. Les malades évitent de contracter le muscle sterno-clido-mastoïdien du côté malade, afin que la clavicule ne soit point remuée, c'est-à-dire afin d'éviter la douleur.

D'autre part, la rupture partielle d'un des sterno-mastoïdiens s'opposait à la flexion directe. C'est alors par l'intermédiaire des autres muscles rotateurs et fléchisseurs de la tête (muscles prévertébraux et scalènes), que la malade arrivait à combiner un mouvement plus lent et plus difficile, il est vrai, mais qui avait pour elle l'avantage de ne point tirailler le muscle rompu et la clavicule.

Pour le traitement, nous ferons remarquer que la réduction est facilement obtenue par sa simple position, mais que la difficulté est de maintenir la réduction. Le bandage appliqué était péniblement supporté; cependant, après six jours d'application des appareils, la réduction a persisté sans bandage, et est allée en se complétant rapidement, grâce à des exercices appropriés, le transport de lourds fardeaux qui, en abaissant le bras, relevaient toujours l'extrémité interne de la clavicule.

Nous signalerons enfin une dernière particularité dans cette observation : c'est le réveil, sous l'influence du traumatisme, d'une fièvre intermittente palustre dont la première manifestation datait de cinq ans et n'avait laissé aucune trace. Nous pensons qu'il faut voir là plus qu'une simple coïncidence, et que ce fait est un nouvel exemple de diathèse palustre réveillée par le traumatisme (1).

(1) Voir Berger. Thèse d'agrégation, 1875. *De l'Influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques.* (P. 113 et suiv.)

RECHERCHES SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE

DE LA RESPIRATION D'AIR COMPRIMÉ (1).

Par M. le docteur DUCROCQ.

Conclusions. — L'air comprimé, en insufflation sur les poumons, agit sur la respiration et sur la circulation.

Sur la respiration : c'est une gêne apportée à l'expiration. La ligne d'ensemble du tracé est modifiée de la façon suivante : l'inspiration est verticale et droite, l'expiration décrit, au contraire, une ligne oblique brisée et plus longue qu'à l'état normal. L'expiration n'est plus possible par la seule force de l'élasticité pulmonaire. Les muscles expirateurs sont sollicités à entrer en jeu.

Sur la circulation, les effets sont : abaissement de la pression dans le système aortique. — Diminution de l'afflux sanguin dans le système aortique. — L'afflux du sang veineux dans le cœur droit est considérablement augmenté. — La circulation pulmonaire est interceptée. Le cœur droit ne peut plus vaincre la pression que supportent les capillaires du poumon. — Le sang s'accumule dans le cœur droit et dans les veines thoraciques ; les veines jugulaires sont distendues et turgescentes. — La fréquence du pouls subit de grandes modifications ; elle est de beaucoup augmentée quand la pression de l'air insufflé n'est pas trop forte ; elle peut être ralentie si, au contraire, la pression de l'air insufflé est de plus de 5 centimètres de mercure.

On peut appliquer l'air comprimé en insufflation au traitement de l'asthme nerveux, mais il est dangereux dans la phthisie.

Il est absolument inefficace contre les maladies organiques du cœur.

DU VIRUS TYPHOIDE

ET DE SON RÔLE DANS LES ÉPIDÉMIES (2).

Par M. le docteur F. VAN DER SCHRIECH (de Hal).

Conclusions. — La cause unique de l'iléo-typhus est un principe miasmatique ou contage nommé : virus typhoïde. — Ce contage est animé (Cousot). — Il naît exclusivement dans le corps d'un homme malade de cette maladie. — Il se multiplie dans le sang et s'élimine par toutes les sécrétions, spécialement par l'intestin. — Il reproduit la maladie dont il est né lui-même, et cette reproduction est la preuve de son existence. — En reproduisant la maladie, il éteint dans l'homme l'aptitude à cette maladie. — Il produit ce résultat en enlevant au corps humain les éléments qu'il apporte en naissant et qui sont nécessaires au développement de la maladie (Andouard). L'air et l'eau sont les véhicules habituels par lesquels il s'introduit dans le sang. — Il se répand dans l'air, spécialement par la fermentation des selles typhiques. — L'eau ne le détruit pas, mais le transporte souvent à de grandes distances. — La force contagieuse se conserve rarement au-delà d'une année. — Les désinfectants habituels, le perchlorure de fer, le sulfate de fer, le perchlorure de chaux, le chlore, l'acide phénique, etc., le détruisent facilement.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement de la chorée par les arsenicaux à haute dose. — Le docteur Smith prétend que les enfants, surtout les enfants choréiques, tolèrent très-bien des doses relativement fortes d'arsenic.

D'après lui, on peut donner aux enfants de cinq à douze ans la solution de Fowler à dose de 12 minimes (0 gr. 50), trois fois par jours après le repas. Ce mode de traitement a raison d'affections rebelles, à des doses plus faibles, sans qu'il soit nécessaire de l'employer plus de deux ou trois semaines. Cette méthode de traitement de la chorée a été employée avec succès par le docteur John Spender, qui a donné la liqueur arsenicale à dose de 7 minimes et demi (0,375) quatre fois par jour. — (*British. med. journal et Giornale veneto de sc. medich.*, agosto 1875.)

Combinaison du chloral, de la morphine et de l'atropine dans le traitement des maladies nerveuses. — Le docteur Bartholow a fait des expériences sur des lapins pour s'assurer de l'effet exact de ces trois substances.

Elles ont produit les résultats suivants :

1° Anesthésie complète après l'injection d'une solution de chloral sous la peau du premier lapin. Battements du cœur extrêmement rapides, mais très-faibles. (Cette faiblesse fut mise en évidence au moyen de l'appareil suivant : une paille d'un pied de longueur, et armée d'une aiguille à l'une de ses extrémités, est placée de manière que l'aiguille soit enfoncée dans le cœur de l'animal, et la vibration de l'extrémité libre indique la force de contraction du cœur.)

2° Solution de chloral, morphine et atropine, injectée sous la peau du deuxième animal. Anesthésie moins profonde (ce que l'auteur explique par l'antagonisme de la morphine et du chloral). Action du cœur beaucoup plus énergique. En irritant la membrane de Schneider, l'action du cœur augmentait de beaucoup en vigueur, les pulsations moins nombreuses.

L'auteur a obtenu, dit-il, *par l'usage combiné de ces trois substances, des résultats bien supérieurs à ceux qu'ils produisent isolément.* — (*The Chini of Cincinnati*, 28 octobre 1874, et *The Chicago-Journal*, 1875.)

Action des substances toxiques contenues dans le maïs avarié. — Le professeur Lussana a fait, à ce point de vue, une série d'expériences avec les substances *toxiques* du maïs gâté et l'*huile rouge* de maïs, afin de savoir quel rôle elles peuvent jouer dans l'étiologie de la pellagre.

Il est arrivé aux conclusions suivantes : qu'aucune des substances extraites du *maïs avarié n'est par elle-même vénéneuse.*

Les phénomènes graves observés à la suite d'injections de poudre de maïs dans les veines des chiens doivent être mis uniquement sur le compte des embolies capillaires qu'ils déterminent. Les extraits alcooliques ou aqueux de maïs gâté pris par la bouche ou injectées dans les veines à plus hautes doses que la poudre, ne produisent rien.

Action du chloroforme donné aux femmes en couche sur le fœtus. — Sweifel, à la suite de recherches assez nombreuses, se croit autorisé à admettre que le chloroforme respiré par la mère passe dans le torrent circulatoire du fœtus. — (*Berliner Klinisch. Wochenschrift*, 1875.)

Traitement du diabète avec l'acide phénique et salicylique. — Ebstein et Müller, à la suite d'un long travail sur ce sujet, sont arrivés aux conclusions suivantes :

Dans certains cas de diabète qu'il est par malheur impossible de déterminer, l'acide phénique supprime la glycosurie et les autres symptômes morbides, surtout chez les individus gras, chez lesquels le régime atténue déjà la maladie.

L'acide phénique ne réussit que dans les cas les plus légers, et ne préserve pas des récidives. Carlsbad peut réussir encore lorsque ce médicament a échoué.

D'ailleurs, l'acide phénique, au lieu de nuire aux fonctions digestives, les améliore. L'acide salicylique n'a aucun avantage dans le diabète.

De l'emploi des pulvérisations au vin d'ipéca dans la bronchite et le diabète. — Sydney Kinger et Wh. Murrell emploient ce médicament pur ou dilué. Ils le font respirer après qu'il a été soumis à l'action d'un pulvérisateur. Ils ont traité de cette manière trente-cinq cas de bronchite compliquée d'emphysème, dans lesquels la dyspnée était très-formée et accompagnée d'insomnie et d'impossibilité complète de travailler. A la première inhalation, on voit survenir une attaque de toux, mais c'était le plus souvent la seule. Le premier symptôme qui diminue est la dyspnée ; mais, avant sa disparition complète, elle subit quelques oscillations. Très-souvent, après une première séance, les malades peuvent retourner de chez leur

(1) In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.
(2) In-8°. — Bruxelles. Manceau.

médecin à leur domicile à pied, et, après un certain temps de traitement, ils font aussi aisément 2 milles anglais qu'ils faisaient auparavant 100 pas. Quand une amélioration très-marquée suit la première séance, elle n'est pas de longue durée. D'autres fois il s'écoule plusieurs jours avant que le malade ne ressente les bons effets du traitement.

On ne doit songer à la toux et à l'expectoration que plus tard. Les crachats sont quelquefois très-abondants au début, mais ils finissent par disparaître. Chez 21 des malades traités, la moyenne des séances nécessaires fut de 9,4, la durée du traitement, 12 jours.

Le plus grand nombre de séances fut 18, le plus petit, 2. Le temps le plus long, 24 jours, le plus court, 3.

Pendant l'inhalation, l'auteur fait, à plusieurs reprises, laver la bouche, et, malgré cela, il y a quelquefois des vomissements.

Dans les cas les plus graves, il faut d'abord plusieurs inhalations par jour, puis les séances deviennent de plus en plus rares. L'auteur a employé cette médication avec succès dans deux cas de dilatation bronchique. — (*Lancet*, II, n° 10, 1874, et *Allegemeine Wiener medezinische Zeitung*, 1875, n° 9.)

Du traitement de l'empyème. — Bull rapporte quatre cas d'empyème traités par l'incision et le lavage de la cavité pleurale avec l'eau phéniquée :

1° Homme de quarante ans, alcoolique, atteint de pleurésie purulente du côté droit. Incision dans le quatrième espace intercostal sur la ligne axillaire. Convalescence rapide, sort au bout d'un mois.

2° Homme de quarante-cinq ans. Pleurésie purulente du côté droit. Neuf jours après son entrée, incision dans le cinquième espace intercostal sur la ligne axillaire antérieure. Lavage et drainage. Le diaphragme remonte jusqu'à la sixième côte. La fièvre et l'exsudat diminuent, des granulations se forment. Trois jours plus tard, nouvelle incision : il y avait dans la poitrine une autre collection purulente enkystée.

Le lendemain, la température s'abaisse; mais, le jour suivant, on voit survenir un état typhoïde qui amena le collapsus et la mort dix jours après la première opération.

Autopsie. — On trouva que, outre les deux collections purulentes évacuées, il y en avait qui environnaient le poumon, les parois thoraciques et le diaphragme. Il y avait, en outre, une péricardite et une bronchite séro-fibrineuse.

3° Femme de trente-deux ans. Pleurésie gauche datant de quatorze jours.

Plèvre remplie, R. = 56, P. = 130. Ponction immédiate et évacuation de 1 litre 7 centilitres de liquide jaunâtre. Reproduction de l'épanchement; 6 jours après, nouvelle ponction : liquide grumeleux d'un jaune verdâtre (9 centilitres cubes). Quatre jours plus tard, exsudat franchement purulent. Incision dans le cinquième espace intercostal. Guérison au bout de quelque temps.

4° Homme de trente-cinq ans, alcoolique, malade depuis quatre jours. Pleuro-pneumonie gauche; pneumonie guérie le huitième jour, mais l'épanchement persista, et, huit jours plus tard, la plèvre était pleine de pus. Incision faite dans le sixième espace intercostal. Mort tardive, par suite d'une laryngite croupale. — (*Norsk. magaz. f. Logevid*. R. 3. B. 4, Forh. S. 174.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 novembre 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. TARNIER dépose, au nom de M. le docteur Chantreuil, sa thèse d'agrégation, intitulée : *Des dispositions du cordon qui, la procidence exceptée, peuvent troubler la marche régulière de la grossesse et de l'accouchement.*

M. PERRIN dépose, de la part de M. le docteur Hocquart, sa thèse inaugurale intitulée : *De la rétinite pigmentaire. Étude clinique avec quinze observations nouvelles et quatre figures en chromolithographie.*

M. DU BAR (d'Armentières), adresse une observation d'ovariotomie pratiquée sans le secours d'instruments spéciaux ordinairement employés. Le clamp a été remplacé par une forte ligature en fil de chanvre.

LECTURE

M. PONCET, professeur agrégé au Val-de-Grâce, donne lecture d'une note intitulée : *Un cas de rétinite pigmentaire. Examen histologique.*

RAPPORT

M. MARJOLIN termine la lecture de son rapport *sur l'insuffisance des ressources pour le traitement des maladies chirurgicales des enfants à Paris*, dont voici les conclusions :

1° Augmenter le nombre de lits dans les services de chirurgie et hôpitaux d'enfants, et celui des lits affectés aux nourrices et aux enfants allaités dans les hôpitaux d'adultes.

2° Admettre les petits malades dans les hôpitaux d'enfants, au-dessous de deux ans, pourvu qu'ils soient réellement sevrés.

3° Envoyer chaque jour à l'administration centrale le mouvement des hôpitaux d'enfants, comme on le fait pour les hôpitaux d'adultes, et autoriser les médecins du bureau central à admettre les enfants atteints de maladies aiguës ou réclamant une opération.

4° N'admettre directement à l'hôpital que les cas nécessitant des soins immédiats.

5° Supprimer les services de *chroniques*, et répartir tous les malades, comme dans les hôpitaux d'adultes, entres les services de *médecine* et ceux de *chirurgie*.

6° Créer deux nouveaux hôpitaux d'enfants à Paris, ou mieux à proximité de cette ville.

7° Créer dans chaque hôpital des salles d'isolement et des salles de rechange qui permettent d'en établir l'alternance qui donne de si précieux résultats.

8° Isoler absolument les malades atteints d'ophthalmie purulente, de teigne, d'épilepsie.

9° Établir dans les asiles, les écoles, et partout où le contrôle pourra être fait, une surveillance très-sévère pour empêcher l'admission des enfants atteints de la teigne.

10° Rétablir le traitement interne de la teigne, sans supprimer cependant le traitement externe que l'on a établi depuis quelques années dans différents hôpitaux.

11° Ouvrir dans les hôpitaux d'enfants comme dans ceux d'adultes, un service séparé pour les épileptiques.

Ces conclusions seront discutées dans une prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Myxôme du nerf sciatique. — M. TRÉLAT présente un névrome du nerf sciatique poplité externe qu'il a enlevé ce matin chez un malade de son service. Cette tumeur, bien limitée en bas du creux poplité, était, par le haut, moins nettement tranchée. On sentait un empâtement très-léger de toute la cuisse qui mesurait un demi-centimètre de tour de plus que celle du côté opposé. Toutes les parties étaient assez souples, et rien ne pouvait faire soupçonner ce que M. Trélat a découvert en mettant à nu cette tumeur. Le nerf sciatique tout entier, depuis l'anneau du soléaire jusqu'au bord du muscle fessier, présentait l'aspect d'un câble. Chaque faisceau nerveux était devenu le siége d'une infection myxomateuse très-caractérisée. M. Trélat se propose de publier ultérieurement cette observation lorsqu'il connaîtra le résultat de l'examen histologique dont a bien voulu se charger M. Cornil.

M. GIRALDÈS a observé sur un cadavre, lorsqu'il était prosecteur, l'infection myxomateuse du système nerveux tout entier.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. TILLAUX présente un malade, âgé de seize ans, qu'il a opéré au mois de juin dernier pour un cas de *genu valgum*, par le redres-

sement violent du genou, comme l'avait proposé M. Delore (de Lyon). Cette opération est plus effrayante que grave, et a pour résultat de briser le genou, probablement en décollant l'épiphyse du fémur en dehors (c'est sur les adolescents seulement que l'on peut la tenter). On place ensuite le malade dans un appareil inamovible. Ce malade est resté deux mois dans cet appareil, et le résultat est maintenant des plus satisfaisants. L'opéré marche sans boîter et se fatigue beaucoup moins qu'avant l'opération.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. GUYON a opéré le malade qu'il a présenté il y a quelque temps à la société et qui portait une tumeur de l'orbite. L'examen de la tumeur par l'acupuncture avait donné des résultats très-importants en faisant rencontrer un plan osseux, solide sur les deux points où elle a été pratiquée. Elle recouvrait le rebord orbitaire, s'enfonçait profondément dans l'orbite et prenait son origine sur le périoste. Depuis dix jours que le malade est opéré il n'est survenu aucun acccident. Mais la nature de la tumeur et ses connexions avec les parties molles, donnent des craintes sérieuses pour l'avenir. M. Guyon a pu aisément la décoller du pourtour inférieur de l'orbite, mais vers le cul-de-sac conjonctival supérieur, elle était complétement fusionnée avec les parties molles et on voyait même quelques prolongements entre les muscles. La véritable opération à faire eût été de vider l'orbite complétement, en ne laissant que les paupières; mais le malade n'ayant pas été prévenu de cette possibilité avant d'être soumis au chloroforme, et d'ailleurs la crainte d'une récidive n'étant même pas éloignée par ce moyen, M. Guyon se contenta d'enlever la tumeur en disséquant tout ce qui paraissait suspect sur la conjonctive et les parties molles. La tumeur examinée au microscope, était un sarcôme fasciculé.

M. PERRIN au moment de la présentation du malade s'était prononcé pour un sarcôme quoique la surface rappelât l'apparence et la dureté des tumeurs cartilagineuses. Ceux qu'ils a observés avaient le même siége et la même résistance, mais ils étaient peut-être d'une plus mauvaise nature.

M. GUYON fait observer qu'en effet, chez son malade, le développement de la tumeur n'a pas été rapide, et que le résultat immédiat de l'opération semble devoir être favorable. Mais il n'y a rien d'assuré pour l'avenir.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les consignations pour les examens de fin d'année ne seront plus reçus que jusqu'au 27 de ce mois, inclusivement.

— *Cours de chimie médicale.* — M. le professeur Wurtz a commencé ce cours le mardi 18 novembre, à midi, et le continuera les jeudis et samedis suivants à la même heure.

— *Cours d'histoire de la médecine.* — M. le docteur Bouchard, agrégé, chargé du cours d'histoire de la médecine, commencera ses leçons le mardi 30 novembre, à cinq heures (petit amphithéâtre), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le cours aura pour objet des études historiques sur les maladies épidémiques et contagieuses.

— *Hôpital du Midi.* — M. le docteur Charles Mauriac reprendra ses leçons sur la blennorrhagie et les affections consécutives des voies génito-urinaires, le samedi 27 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Chaque leçon sera précédée d'une revue clinique des malades du service, et suivie d'instructions pratiques sur le traitement des maladies vénériennes.

— *École pratique des hautes études. Laboratoire d'histologie zoologique.* — Directeur, M. le professeur Ch. Robin. — Les exercices relatifs à l'emploi du microscope dans l'étude comparative de la structure intime des tissus constitutifs des animaux, ont lieu tous les jours de midi à cinq heures, au laboratoire, rue du Jardinet, 8, où les élèves doivent se faire inscrire près du directeur adjoint, M. le docteur G. Pouchet.

Traitement de l'angine couenneuse par la glace, suivi d'un appendice sur le meilleur moyen de se procurer cette substance en toute saison, par le docteur LEBERT. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 138. — JEUDI 25 NOVEMBRE 1875. 48e ANNÉE. JEUDI 25 NOVEMBRE 1875. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 8,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la myopie continue à défrayer les séances de l'Académie et à leur donner de la vie et de l'animation. M. Jules Guérin, qui, ainsi qu'on a pu en juger par le compte rendu de la précédente séance, a pris la question à bras-le-corps, ne trouvant pas, dans le peu de temps dont il pouvait disposer (l'Académie devait avoir un comité secret) une marge assez large pour les développements qu'il se propose de donner à son argumentation, a demandé un sursis jusqu'à la séance prochaine. Le champ restant libre, M. Giraldès s'en est emparé.

M. Giraldès, qui est un des écouteurs habituels les plus assidus des débats académiques, n'était pas resté indifférent à celui-ci. Dès son début même il y avait marqué la place qu'il se proposait d'y prendre plus tard par quelques mots brefs, mais nettement accentués.

« Je proteste absolument contre les assertions et les affirmations de M. Jules Guérin. Elles sont en désaccord complet avec l'observation et les faits. » Ainsi s'exprimait-il dans la séance du 7 septembre dernier, à l'occasion du premier énoncé des observations que M. Jules Guérin opposait aux doctrines de M. Giraud-Teulon et de l'école ophthalmologique moderne.

C'est le texte que M. Giraldès a repris pour le développer dans la séance d'hier. Suivant lui, M. Jules Guérin n'est fondé ni dans les objections qu'il fait à ces doctrines, ni dans le maintien de ses opinions propres sur la question de la myopie ; ses négations, comme ses affirmations, sont également erronées, et les chirurgiens que M. Jules Guérin prétend enrôler dans son camp, loin de le suivre, passeront, dit-il, avec armes et bagages dans le camp des opticiens.

En somme, comme on le voit, M. Giraldès n'a introduit aucun élément nouveau dans la discussion, il n'a fait qu'appuyer les faits et les documents apportés aux débats par M. Giraud-Teulon. Ajoutons que, dans son argumentation, M. Giraldès n'a nullement entendu contester les principes de la doctrine étiologique générale des difformités de M. Jules Guérin, dont il déclare avoir entendu le développement avec un grand intérêt, — doctrine que nous avons eu trop souvent l'occasion de défendre nous-même dans ces colonnes, pour que nous croyons devoir y revenir en ce moment. Ce qu'il a contesté seulement, c'est son application dans l'espèce, c'est son adaptation aux troubles de la vision qu'il a considérée comme un de ces faux ornements, comme ces « fausses jalousies » dont parle Pascal. Mais M. Giraldès, qui était inscrit pour prendre la parole après M. Jules Guérin, s'est trouvé, par le fait de l'abstention de son collègue et par suite de son intervention un peu précipitée, dans cette singulière situation d'avoir à réfuter une démonstration qui n'a point encore été faite.

En effet, qu'avait dit M. Jules Guérin dans la dernière séance?

Nous allons le laisser parler lui-même, M. Jules Guérin, incité à répondre immédiatement à M. Giraldès, ayant donné lecture de ces quelques pages, qui devaient servir d'introduction à la deuxième partie de son argumentation :

« La première partie de mon argumentation a eu principalement pour objet d'assurer une base solide et certaine aux développements qui doivent atteindre les détails de la doctrine que je me suis proposé de combattre. Cette base, c'est la *rétraction primitive* des muscles de l'œil, cause de toutes les difformités qui sont susceptibles d'entraîner à leur suite les anomalies de la réfraction oculaire, qui ont été envisagées par l'école adverse comme causes de ces difformités.

« Jusque-là, il n'était pas besoin de préciser les catégories, de mesurer les degrés, et de discuter pied à pied les divisions et séparations adoptées par cette doctrine. Je le répète, je n'avais besoin que de faire rentrer le cas particulier de la déviation musculaire de l'œil, le strabisme, dans le grand système des difformités articulaires produites par la même cause : c'est ce que j'ai fait en rappelant les premières données de cette doctrine.

« Avant d'aller plus loin, j'ai besoin, pour ôter tout prétexte à méprise ou à équivoque, de bien faire comprendre que quand je spécifie les difformités articulaires par rétraction convulsive des muscles, comme système général dans lequel le strabisme a sa place légitime, j'en exclus toutes les difformités d'une autre origine comme j'exclus du strabisme proprement dit, tous les pseudo-strabismes, c'est-à-dire toutes les directions vicieuses de l'œil qui ne sont pas le produit de la rétraction convulsive de ces muscles. Il ne s'agit donc pas ici d'une théorie vague, arbitraire, englobant des faits obscurs mal définis et ne reposant que sur des analogies grossières ou des inductions hasardées. Il ne s'agit que d'un fait, d'un fait très-général, aussi matériellement constatable qu'une fracture ou une luxation. Le strabisme est donc une difformité au même titre

que le pied-bot, et, comme le pied-bot, il est le résultat des muscles serviteurs de ses mouvements.

« Ce point de fait bien établi et circonscrit aussi rigoureusement que possible, dans les limites de sa réalité objective, rappelons que, dans la première partie de cette argumentation, nous avons démontré :

1° Que, comme dans le pied-bot, la rétraction des muscles de l'œil, différemment distribuée dans chacun d'eux, est susceptible de produire autant de variétés de formes et de directions anormales qu'il peut exister de combinaisons et de degrés dans cette distribution.

« 2° Que, consécutivement à l'action persistante et prolongée de ses muscles rétractés, l'œil subit diverses déformations : aplatissement sous la pression des muscles rétractés et bombement de la portion de sphère opposée à cet aplatissement.

« 3° Que, consécutivement à ces déformations et conséquences d'icelles, les humeurs de l'œil subissent un déplacement permanent, suivant la direction des pressions exercées, d'où la décentration de la lunette oculaire.

« 4° Qu'en raison de cette décentration, les humeurs de l'œil contractent des rapports et subissent des directions qui entraînent autant d'anomalies de la réfraction qu'il y a de combinaisons de ces rapports et de ces directions.

« Ces quatre ordres de faits, établis par l'observation directe, par l'induction, et confirmés par la myotomie oculaire, qui fait disparaître les conditions immédiates de leur manifestation, ne laissent aucun doute sur l'antériorité de la rétraction musculaire dans la génération des anomalies de forme et de fond de l'œil, et sur la subordination des troubles de la réfraction à son action initiale.

« Muni de ces conclusions, que nous croyons pouvoir opposer à nos adversaires comme des principes inébranlables et sur lesquels nous appelons leur contradiction, nous allons les appliquer aux deux questions qui nous restent à résoudre, c'est-à-dire :

« A l'étude du mécanisme de la myopie et des autres anomalies visuelles de la même origine. »

C'est cette démonstration qu'il nous faut attendre maintenant, sans rien préjuger d'avance sur sa valeur, mais sans nous dissimuler, toutefois, les difficultés et les embarras où pourra se trouver engagé notre jugement après que les parties adverses auront complété leurs plaidoyers.

Puisqu'on a cité Pascal en cette affaire, qu'on nous permette de terminer par une citation que nous lui empruntons aussi : « La justice et la vérité sont deux points si subtils, que nos instruments sont trop émoussés pour y toucher exactement. S'ils y arrivent, ils en écachent la pointe, et appuient tout autour, plus sur le faux que sur le vrai. »

Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

Des complications cardiaques dans la fièvre typhoïde (1).

Étudions maintenant quels sont les caractères anatomiques de ces lésions du cœur dans la fièvre typhoïde.

Il y a d'abord l'*endocardite végétante* dont vous voyez ici un spécimen sur les valvules mitrale et tricuspide, mais surtout sur la mitrale. Le bord valvulaire est tuméfié, rouge, fortement épaissi, mamelonné et festonné, au lieu d'être mince et transparent. Ce rebord épais résulte d'une prolifération abondante du tissu conjonctif sous forme de cellules embryonnaires en quantité considérable mêlées çà et là à des fibres de tissu conjonctif. Par suite de cette lésion la valvule n'a plus sa souplesse et fonctionne mal. De plus, les tendons valvulaires sont épaissis et raccourcis, ce qui empêche un redressement complet de la valvule. Quant aux colonnes charnues ou s'attachent ces tendons, elles sont jaunâtres, décolorées comme le reste du muscle cardiaque.

La *dégénérescence granulo-graisseuse* des parois vient ensuite. M. Hayem dans un récent mémoire lui attribue une importance exclusive et n'admet pas l'existence d'autres complications. C'est cette dégénérescence qui donne aux fibres musculaires cette décoloration particulière et cette teinte jaune muscade, signalée par Louis et par Andral et dont Stein, en 1861, puis Zenker, E. Wagner, etc., ont fait connaître la nature d'après l'examen au microscope.

Les fibres musculaires en totalité ou sur quelques points seulement sont infiltrées de granulations moléculaires nombreuses et de gouttelettes graisseuses très-fines. Parfois elles offrent ce qu'on appelle aussi la dégénérescence vitreuse. Le tissu interstitiel est souvent gonflé, ce qui est dû à l'apparition d'un grand nombre d'éléments nouveaux de tissu conjonctif.

Cette altération n'a rien de spécial à la fièvre typhoïde, car ainsi que Desrues et Huchard l'ont indiqué, elle s'observe dans la variole. Je l'ai vue dans la diphtérite et dans une foule de maladies aiguës prolongées. C'est la conséquence de toutes les maladies générales graves. On aurait donc tort d'en faire une altération propre à la fièvre typhoïde.

La thrombose cardiaque indiquée par Louis et Andral dans la moitié des cas observés par eux n'a pas moins d'importance. Il ne s'agit pas ici des thromboses faites dans l'agonie ou après la mort, mais de celles qui, par leur couleur et leur résistance, indiquent qu'elles se sont formées pendant la vie sous l'influence de l'endocardite. Celles-là jouent quelquefois un rôle pathogénique considérable. On leur doit ces embolies artérielles qui engendrent la gangrène typhoïde connue en France depuis un grand nombre d'années, et les embolies capillaires formant les infarctus viscéraux et sous-cutanés dont la découverte est plus récente.

Chez notre malade il y a eu des infarctus sous-cutanés et c'est sans doute à l'un d'eux placé dans la cuisse, qu'il faut attribuer l'abcès formé dans cette région et que nous avons été obligé d'ouvrir.

Reste enfin *la péricardite*. Ici la lésion n'est pas difficile à découvrir. C'est une péricardite sèche faisant adhérer de la façon la plus intime le feuillet pariétal et le feuillet viscéral au moyen d'un exsudat épais, jaunâtre, assez adhérent. Cet exsudat fibrineux, en quelques points aréolaire, a un demi-centimètre d'épaisseur. Il n'y avait pas place pour un épanchement si peu abondant qu'on puisse l'imaginer et c'est pour cela que pendant la vie la matité précordiale n'était pas assez montée.

Telles sont, au point de vue anatomique, les complications cardiaques que l'on rencontre quelquefois dans la fièvre typhoïde, et que vous avez observées chez notre malade. Celles que l'on observe très-habituellement sont l'endocardite végétante et la myocardite. Quant aux thromboses cardiaques, elles ne se forment que dans les cas graves prochainement mortels et la péricardite n'est qu'une grande exception.

Maintenant que ces faits sont bien établis, cherchons quels sont les symptômes offerts par ces complications.

Chez notre malade, la péricardite est restée constamment douteuse. Nous l'avons soupçonnée par le défaut d'impulsion

(1) Fin. — Voir le numéro du 18 novembre

cardiaque, l'éloignement des bruits qui n'avaient plus de claquement valvulaire et la petitesse du pouls, mais comme il n'y avait pas de matité à la région précordiale, le diagnostic est resté incertain.

La myocardite était plus aisément reconnaissable. L'absence d'impulsion et de claquement valvulaire, le cœur marquant le pas, se contractant à peine sans se vider, ce qu'on pouvait affirmer d'après la petitesse du pouls et l'ischémie générale, nous permirent de songer à une cardite. C'est là le diagnostic auquel nous nous étions arrêté non sans hésitation, mais le fait seul était capable de rendre compte des signes observés chez la malade.

Quant à l'endocardite végétante, assez facile à reconnaître en général, ici, elle n'a donné lieu à aucun signe spécial. Habituellement, c'est elle qui engendre les bruits de souffle qu'on observe à la pointe du cœur dans la fièvre typhoïde, et qui disparaissent dans la convalescence. Chez notre malade, l'endocardite végétante constatée sur le cadavre ne s'était révélée pendant la vie par aucun phénomène appréciable. Cela s'explique par le défaut de contractilité ventriculaire dû à la myocardite. Il est impossible, en effet, qu'avec un ralentissement notable de la circulation, le sang puisse frotter assez fort sur des valvules boursoufflées pour produire un souffle.

D'ailleurs, je ne crois pas aux souffles valvulaires exclusivement produits par la dégénérescence granulo-graisseuse du cœur affecté de myocardite. Je ne comprends pas que la seule diminution de contractilité cardiaque, qui n'est qu'une asystolie peu prononcée, soit de nature à empêcher le redressement des valvules mitrale ou tricuspide, de façon à déterminer une insuffisance capable de produire un souffle valvulaire de la pointe. Si le cœur ne se contracte que faiblement, il ne peut chasser une forte ondée sanguine, et s'il n'a pas la force de pousser le sang dans l'aorte, il n'y a pas de reflux possible dans l'oreillette gauche occasionnant un souffle d'insuffisance.

Entre l'action douteuse de cette myocardite sur la formation des souffles valvulaires et l'action bien connue de l'endocardite végétante avec raccourcissement des tendons valvulaires sur la production de ces souffles, je crois qu'il n'y a pas à hésiter.

Comme chez les enfants, d'après mes autopsies, il y a sept fois sur huit une endocardite végétante, il me semble naturel de lui attribuer l'origine des bruits anormaux de la pointe du cœur observés pendant la vie. Un souffle de cette nature ne peut dépendre que d'une lésion de l'orifice mitral. Il peut manquer alors même que cet orifice est malade, si la myocardite a diminué la force contractile du cœur, et à plus forte raison ne peut-il exister lorsqu'il n'y a que myocardite sans végétation pathologique de la valvule mitrale.

Cette explication est, du reste, en rapport avec ce qu'enseigne la clinique, très-souvent, chez des enfants atteints de fièvre typhoïde grave, nous entendons vers l'apogée de la maladie un souffle mitral qui dure autant que la maladie, qui cesse quelquefois avec elle, mais qui peut se prolonger plusieurs semaines après la guérison. Est-ce qu'il est possible d'admettre que, chez une enfant guérie de la maladie, qui a repris ses forces et son embonpoint, il existe encore une dégénérescence graisseuse du cœur? N'est-il pas plutôt conforme à tout ce que l'observation et l'expérience nous ont appris, de croire qu'il y a dans ces cas une endocardite végétante qui a persisté, fait qui se retrouve d'ailleurs dans l'érysipèle, dans la rougeole, dans la scarlatine, etc., maladies où l'on n'a pas invoqué jusqu'ici la myocardite comme origine de ce souffle anormal.

Telles sont les complications cardiaques de la fièvre typhoïde constatées pendant la vie et après la mort dans les traces qu'elles laissent sur le cadavre. Mais n'exagérons rien. Ces complications sont rarement très-graves. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles entraînent la mort par *syncope*, ou qu'elles produisent ce *collapsus* dont je vous ai parlé tout à l'heure, ainsi que les embolies capillaires dues à *des thromboses cardiaques*. Ce qu'elles engendrent habituellement, c'est l'*endocardite végétante* mitrale ou tricuspide, mais surtout, comme je l'ai établi dans mon mémoire, l'endocardite végétante mitrale. Alors il en résulte un souffle à la pointe, remontant quelquefois à la base et durant plus ou moins longtemps, pouvant disparaître, mais pouvant persister de façon à créer pour l'avenir le danger d'une maladie organique du cœur.

En résumé :

Des complications cardiaques de la fièvre typhoïde, la péricardite est certainement la plus rare.

Il y a, mais rarement, des embolies artérielles dues à la thrombose cardiaque, et amenant la gangrène des extrémités.

Il y a souvent des embolies capillaires sous-cutanées formant des infarctus du tissu conjonctif, qui se résorbent ou qui produisent des abcès situés sous la peau ou dans les muscles profonds.

Il y a des embolies capillaires du poumon qui engendrent des pneumonies emboliques finales.

On trouve habituellement des endocardites végétantes qui expliquent les souffles valvulaires passagers ou permanents observés pendant la vie, ainsi que les infarctus et les embolies de la peau et des viscères.

Quant à la myocardite, qui existe incontestablement à différents dégrés, il faut qu'elle soit très-considérable pour produire l'asystolie, le collapsus ou la syncope mortelle, car dans les cas ordinaires elle n'a qu'une très-minime importance.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac

Rareté actuelle du chancre simple (1).

Leçon recueillie par M. Hugonneau, interne du service.

XXVIII

Il y a quelques jours, messieurs, j'eus la bonne fortune de recevoir dans mon service la visite de M. le docteur R. Bergh, médecin de l'hôpital communal de Copenhague, où il est chargé du service des maladies vénériennes et des affections cutanées parasitaires. Je ne laissai point passer l'occasion de causer, avec cet honorable et très-distingué confrère, de la question qui me préoccupe, et je lui demandai des renseignements sur la situation actuelle du chancre mou en Danemark, sans lui faire part préalablement du résultat de mes recherches. M. Bergh me répondit qu'il avait constaté que le chancre simple avait considérablement diminué en Danemark depuis plusieurs années; mais qu'au dire des médecins militaires il avait présenté en 1864, pendant la guerre avec les Prussiens, une recrudescence très-marquée. Il m'apprit en outre que M. le docteur Dmaûsson, de Stockkolm, faisait un travail sur la rareté du chancre mou.

L'année dernière, à peu près à pareille époque, j'eus l'honneur de recevoir la visite de M. Aug. Koren, docteur en médecine en Norvége, à Christiania, et, entre autres choses, nous causâmes du chancre simple, sur lequel je faisais alors quelques leçons. M. Koren avait passé par l'Allemagne pour venir

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 23 septembre, 7, 28 octobre, 11 et 16 novembre.

en France, et il me dit qu'à Christiania, à Prague, à Vienne, à Munich, à Strasbourg, les chancres indurés avaient augmenté de fréquence, tandis que les chancres mous devenaient de jour en jour plus rares.

M. le docteur Hardh, d'Helsingford, en Finlande, qui me fit aussi l'honneur de venir me voir il y a quelques mois, me racontait que dans cette capitale de son pays il y avait un hôpital de cent cinquante lits exclusivement consacrés au traitement des maladies vénériennes, et que ces lits étaient presque toujours tous occupés; que, parmi les maladies vénériennes, la syphilis avait une prédominance très-marquée, surtout à la campagne; mais que, dans les villes, on observait aussi un grand nombre de blennorrhagies et de chancres mous; — que ces derniers étaient rarement compliqués de phagédénisme, et qu'il n'avait point observé personnellement leur diminution; — que les blennorrhagies étaient rarement compliquées de rhumatisme, mais que l'épididymite blennorrhagique était très-fréquente; — que la syphilis s'arrêtait en général aux premiers accidents consécutifs, que les accidents dits tertiaires étaient rares, et que la plupart consistaient en des exostoses du tibia; que la syphilis viscérale était peu commune, mais probablement mal étudiée; — qu'enfin la prostitution était réglée dans les villes par la police, et que dans les campagnes la propagation de la syphilis était favorisée par les lits et les bains communs, par l'absence du confortable et des soins hygiéniques. Il paraît qu'en Finlande les prépuces sont en général fort courts. Voilà en résumé les réponses que M. Hardh voulut bien faire à mes questions.

Ce sont là, messieurs, les seuls documents étrangers que je puisse vous communiquer. Ils ont beaucoup de prix pour moi, surtout par la façon gracieuse avec laquelle tous m'ont été donnés. Et puis quelques-uns d'entre eux, ceux de M. Bergh en particulier, viennent si topiquement à l'appui de la thèse que je soutiens, qu'ils lui donnent une autorité basée tout à la fois sur l'identité des faits et sur l'identité des circonstances.

XXIX

Mais en France, dans les principales villes de la province, quel est actuellement l'état de la question? Où en sont, dans leurs rapports numériques respectifs, les trois espèces de maladies vénériennes? Ont-elles subi le contre-coup des événements? Sont-elles aujourd'hui ce qu'elles étaient il y a dix ans, par exemple?

Messieurs, je ne puis vous le dire; et, ici encore, je fais appel à mes collègues des départements. L'un d'eux, M. le docteur Jullien (1), un des plus jeunes et des plus brillants élèves de cette grande école lyonnaise qui a produit dans toutes les branches de la science médicale, et spécialement en syphiligraphie, tant d'œuvres remarquables, a eu l'obligeance d'aller au-devant de mes désirs, et, grâce à lui, j'ai déjà le relevé des comptes rendus annuels des médecins et chirurgiens de l'Antiquaille de Lyon. Dans ce relevé, il y a beaucoup de lacunes; mais enfin, tel qu'il est, je crois qu'il offrira quelque intérêt.

Dans le service des hommes, en 1864, M. Gailleton a soigné, (hommes) :

1° Blennorrhagies. 300
2° { Chancres syphilitiques. . 41 / Syphilis consécutive. . . 159 } 200
3° Chancres simples. 150

En 1867, M. Bormarie (service des femmes) a eu :

(1) Nommé au dernier concours professeur agrégé en chirurgie.

1° Blennorrhagies. 138
2° Chancres syphilitiques. 37
3° Chancres simples. 81

En 1868 (service des hommes), M. Gailleton :
1° Blennorrhagies. 300
2° Chancres syphilitiques. 67
3° Chancres simples. 60

Même année, chez les femmes :
1° Blennorrhagies. 195
2° Chancres syphilitiques. 30
3° Chancres simples. 95

En 1869 (hommes), M. Gailleton :
1° Blennorrhagies. 325
2° Chancres syphilitiques. 135
3° Chancres simples. 63

Même année (femmes), M. Dron :
1° Blennorrhagies. 310
2° Chancres simples. 82

En 1870 (hommes), M. Dron :
1° Blennorrhagies. 485
2° Chancres syphilitiques. 128
3° Chancres simples. 154

En 1871 (hommes), M. Dron :
1° Blennorrhagies. 392
2° { Chancres syphilitiques. . 18 / Syphilis consécutives. . . 313 } 331
3° Chancres simples. 221

En 1872 (hommes), M. Dron :
1° Blennorrhagies. 348
2° Syphilis. 429
3° Chancres simples. 224

En 1873 (femmes), M. Dron :
1° Blennorrhagies. 313
2° { Chancres syphilitiques. . 63 / Syphilis secondaire. . . 101 } 164
3° Chancres simples. 152

Tels sont les relevés, malheureusement incomplets, de l'Antiquaille de Lyon. Peut-on faire avec eux une statistique dont les résultats soient probants? Je ne le pense pas. Il y a, en effet, des lacunes, des incohérences et des confusions. Ainsi je ne puis pas admettre qu'il n'y ait eu, en 1871, dans le service des hommes, que 18 chancres syphilitiques, tandis que l'année précédente on en avait compté 128. Il est évident qu'on a noté comme syphilis consécutive beaucoup de cas d'accidents primitifs. La critique que je faisais de quelques-unes des statistiques de l'hôpital du Midi s'applique donc aussi aux statistiques de l'Antiquaille.

Mais, sans entrer dans une analyse détaillée de ces statistiques, on peut voir que dans leur ensemble elles concordent avec les miennes. Ne ressort-il pas en effet de la simple inspection des chiffres :

1° Que la blennorrhagie reste à peu près stationnaire.

2° Que le chancre simple, après avoir diminué peu à peu depuis 1864 jusqu'à 1869, puisqu'il était tombé de 150 à 63 dans le service des hommes, a présenté pendant les années de la guerre de 1870-1871, et dans l'année suivante, 1872, une recrudescence très-marquée, se traduisant par les chiffres 154 (1870), 221 (1872) et 224 (1872).

3° Que la syphilis, au contraire, paraît être à Lyon, comme à Paris, dans une période régulièrement progressive depuis plusieurs années.

Dans le compte moral de l'administration des hôpitaux de Lyon, il y a des rapports faits chaque année par les méde-

cins en chef. Dans un de ces rapports, M. Gailleton, chargé du service des vénériens, signalait, dès 1868, la diminution du chancre simple. Ce savant médecin trouvait que le rapport numérique établi par les syphiligraphes entre le chancre infectant et le chancre mou subissait des modifications telles que la prédominance du premier sur le second avait disparu, pour faire place à un ordre inverse, c'est-à-dire à la prédominance du chancre syphilitique sur le chancre simple. Enfin M. Gailleton signalait aussi l'augmentation progressive de la syphilis.

M. Jullien me racontait que pendant la guerre, à Lyon, il y avait eu, comme à Paris, une quantité énorme de chancres mous dont les statistiques précédentes ne peuvent donner qu'une faible idée. Actuellement, au contraire, il y en a si peu que l'interne de M. Brun disait, il y a quelques jours, n'en avoir pas observé plus de 4 ou 5 en six mois.

Ainsi, messieurs, la diminution du chancre simple est un fait hors de doute à Lyon comme à Paris. En est-il de même dans les autres grands centres de population en France : à Marseille, à Bordeaux, Nantes, Toulouse, Lille, etc.? Je regrette de ne pouvoir vous donner, à cet égard, aucun renseignement. Mais, sans avoir des données positives, je serais bien tenté de répondre par l'affirmative, en me fondant sur les *causes* de cette diminution du chancre simple, qu'il me reste maintenant à rechercher et à vous exposer.

(*A suivre.*)

D'UN PHÉNOMÈNE STÉTHOSCOPIQUE

PROPRE A CERTAINES FORMES D'HYPERTROPHIE SIMPLE DU CŒUR (1)

Par M. le docteur Exchaquet, ancien interne des hôpitaux.

Conclusion. — Le bruit de galop, déterminé par la production d'un bruit présytolique, appartient aux formes généralement appelées rénales d'hypertrophie simple du cœur. La présence de l'albumine dans l'urine est constamment observée chez les malades qui présentent ce signe. — Il n'existe pas indistinctement dans toutes les formes de néphrite. On l'observe aux différentes stades de la néphrite interstitielle chronique, au début de laquelle il peut avoir une grande valeur pour établir le diagnostic, et dans certaines néphrites aiguës que l'on peut en général rapprocher, anatomiquement, de la néphrite interstitielle.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 novembre 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Missoll, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Villefranche (Rhône), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Cogny pendant les mois de juin et juillet 1874.

2° Le compte rendu des épidémies observées dans le département du Lot en 1874. (Comm. des épidémies.)

3° Un rapport général sur les eaux d'Évian (Haute-Savoie) pendant l'année 1875. (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un note de M. le docteur Cazenave de Laroche, intitulée : *Note médicale sur les eaux de Saint-Boës* (*Basses-Pyrénées*).

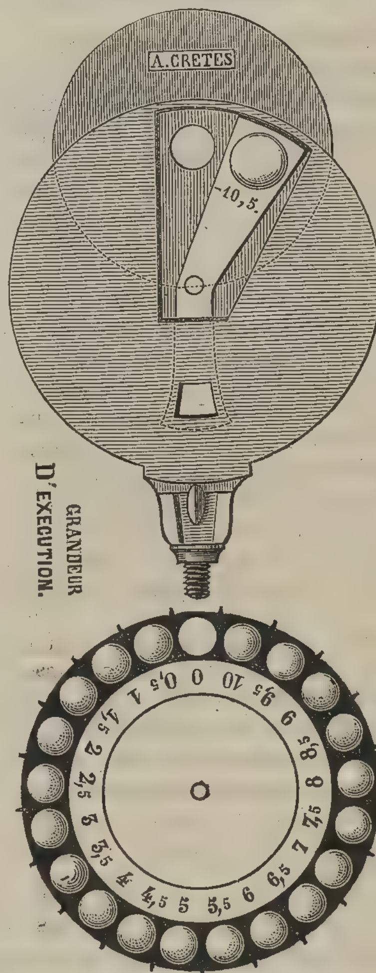
2° La relation d'une épidémie de dysentérie par M. Czernicki, médecin-major.

(1) In-8. — Prix : 2 francs. — Paris, Adr. Delahaye.

M. Broca, à l'occasion du procès-verbal, communique une lettre de M. de Loch, directeur de la comptabilité centrale et de la statistique, qui explique l'erreur signalée par M. Broca dans la dernière séance, relativement à la statistique de l'aliénation mentale, dans le rapport des aliénés à la population, en 1872. D'après M. Broca, ce rapport serait de 23,7 au lieu de 24,4 inscrit dans la statistique officielle. Il y a eu, en effet, dit M. le directeur, une erreur dans les chiffres du petit tableau cité par M. Broca, seulement elle est, non pas dans le rapport dont il s'agit, mais dans le chiffre de la population de 1872, lequel est de 36,102,921 au lieu de 37,102,921 que porte le texte imprimé.

PRÉSENTATIONS

M. Giraud-Teulon présente un *ophthalmoscope métrique*, destiné à déterminer la réfraction de l'œil, qui se distingue des instruments analogues de *Loring*, *Cohn*, *Knapp* et autres par les points suivants :



1° C'est le premier ophthalmoscope de ce genre construit suivant le système métrique. Il renferme dans un disque une série de 20 verres convexes. Cette série part de 0,50 dioptrie, verre le plus faible, pour aller jusqu'à 50 dioptries, verre le plus fort. Chacun des verres équivaut au précédent augmenté d'une demi-dioptrie, ce qui donne 0,50, 1, 1,50, 2, 2,50, 3, etc., dioptries positives.

2° En superposant sur ces verres un verre concave additionnel de 10,50 dioptries, on obtient la même série de dioptries, de signes contraires, ou négatives (verres concaves). Un seul disque de dimensions fort restreintes, sur lequel se meut un unique verre additionnel, nous fournit donc une série de 41 verres (20 convexes et 41 concaves), ce qui constitue l'ophthalmoscope à réfraction à simple disque le plus complet qui ait été jusqu'à présent construit.

3° L'ophalmoscope métrique renferme une série de verres à intervalles de réfraction réguliers, tandis que dans les instruments jusqu'à présent usités on a été contraint, à cause du nombre restreint des verres, de choisir des intervalles irréguliers et forcément arbitraires.

M. Bergeron. J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie, de la part de MM. les docteurs Dujardin-Beaumetz et Audigé, une brochure qui a pour titre : *Recherches expérimentales sur les alcools par fermentation*, c'est-à-dire, les alcools éthylique ou esprit de vin, propylique, butylique et amylique. Les expériences de ces honorables confrères ont été très-nombreuses, car elles atteignent le chiffre de cinquante, et, bien que le nombre des victimes ne soit pas tout à fait aussi élevé, parceque quelques uns des chiens ont successivement servi à plusieurs expériences, il n'en représente pas moins une large hécatombe qui, du moins, n'aura pas été sans profit pour la science.

En effet, MM. Beaumetz et Audigé, en opérant, soit par injection hypodermique, soit par ingestion dans l'estomac, et en prenant toujours soin de proportionner la dose d'alcool au poids des animaux, sont arrivés à démontrer d'une manière plus précise que ne l'avaient fait M. Cros et M. Rabuteau, d'abord, qu'étant donnée une série na-

turelle de corps analogues, les plus actifs sont ceux qui contiennent le plus grand nombre d'atomes et, par exemple, que l'alcool amylique dont la formule est $C^5H^{12}O$ est quatre fois, environ, plus actif que l'alcool éthylique dont la formule est C^2H^6O. Ils ont démontré de plus que si on mélange, pour l'expérimentation, ces divers alcools, leurs propriétés toxiques, loin ne se neutraliser s'ajoutent les unes aux autres. Une autre démonstration mise en évidence par les expériences de nos honorables confrères, c'est que le mode d'administration exerce une influence manifeste sur l'intensité des effets produits; ainsi, que les alcools agissent plus quand ils sont introduits dans l'estomac, à la condition que l'œsophage soit lié, que lorsqu'ils sont injectés sous la peau; enfin il ressort des mêmes expériences que, au point de vue des effets toniques, ces divers alcools ne diffèrent entre eux que par l'intensité des symptômes dont la forme et l'évolution restent toujours les mêmes.

Dans cette première série de faits, les expérimentateurs n'ont eu en vue que les propriétés toxiques des alcools, et, renfermés dans ces limites, leurs recherches présentent déjà un grand intérêt. Mais ce qui fait à mes yeux, et fera certainement aux yeux de plusieurs de nos collègues, le plus grand intérêt de ce premier travail, c'est qu'il est la base, le point de départ de nouvelles recherches en cours d'exécution, et dont les résultats pourront avoir une importance considérable au point de vue de la physiologie, de l'hygiène et de la thérapeutique, peut-être même au point de vue fiscal.

Ces recherches, en effet, ont pour but d'étudier l'action des alcools administrés non plus à doses toxiques, mais à petites doses, plus ou moins longtemps continuées. Elles doivent donc répondre à un *desideratum* que j'ai exposé, il y a cinq ans, devant l'Académie, et que, sur ma proposition, la Société de tempérance a donné depuis comme sujet de concours, à savoir, la recherche, à l'aide de l'expérimentation, à défaut d'observation clinique, des différences que pourraient présenter, dans leur action sur l'organisme, d'une part, l'alcool éthylique ou esprit de vin, et d'autre part, les alcools extraits de la betterave, des grains ou des pommes de terre, qui renferment en proportion variable les alcools propylique, butylique et amylique.

Je ne saurais oublier que, il y a quelques années, l'Académie s'est prononcée sur cette question, dans un sens opposé à la thèse que nous soutenions, M. Bouchardat, M. Fauvel et moi, et qu'admettant une identité absolue entre l'esprit de vin et les alcools bon goût, elle a déclaré que le vinage opéré avec ces derniers alcools était une pratique inoffensive. Mais les progrès de la science ne sont qu'une succession d'appels d'un jugement à un autre, et nous ne craignons pas d'en appeler du jugement de l'Académie, en 1870, à un jugement ultérieur, si l'expérimentation nous donne raison. N'est-ce pas un fait connu que jusqu'à ce jour, aucun chimiste, parmi les plus éminents, n'a pu encore établir chimiquement entre le vin de la Romanée et le vin de Volney, une différence que le moins chimiste des dégustateurs, et peut être de nos collègues, reconnaîtrait d'un coup de langue.

N'est-on donc pas autorisé à penser que, pour les alcools de diverses provenances, il peut également exister des différences que l'analyse la plus habile est impuissante à révéler; et n'est-ce pas répéter une banalité, que dire que quelque fins, quelque sensibles que soient les réactifs dont usent les chimistes, il y en a un plus fin encore et plus sensible, qui est l'être vivant. Or, c'est à ce réactif que MM. Beaumetz et Audigé ont demandé la solution du problème, et je ne crains d'être démenti par personne si je les en félicite et si j'ajoute qu'à tous les points de vue, leurs efforts méritent d'être encouragés.

M. LARREY présente, au nom de M. Bérenger-Féraud, un volume intitulé : *Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal* (1er volume).

M. BERTHELLOT offre en hommage un volume qu'il vient de publier sous le titre de : *la Synthèse chimique.*

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA MYOPIE

M. GIRALDÈS désire relever, dans le dernier discours de M. Jules Guérin, plusieurs assertions erronées que l'Académie ne peut pas laisser passer. Il félicite toutefois M. Guérin d'avoir bien voulu attacher quelque importance aux travaux modernes, et en particulier à ceux de Donders.

M. Guérin, ajoute-t-il, a divisé ses collègues en deux camps, l'un qu'il appelle le camp des physiologistes ou des chirurgiens, dont il s'honore de faire partie, l'autre le camp des opticiens ou oculistes, dans lequel il range ses adversaires.

Les premiers, a-t-il ajouté, ont cet avantage sur les seconds qu'ils guérissent leurs malades par des opérations chirurgicales, tandis que les seconds n'ont à opposer à leurs affections que des lunettes. Or, malgré ces avantages, M. Giraldès croit pouvoir affirmer à M. Guérin que tous les chirurgiens passeront, avec armes et bagages, dans le camp des oculistes.

M. Jules Guérin, dit-il, a nettement établi ses positions, et toute sa brillante argumentation roule sur une négation, d'une part, et, d'autre part, sur une affirmation. En effet, d'un côté il nie les progrès réalisés dans la science par les ophthalmologistes, qui ont démontré que les troubles de l'accomodation étaient liés à des changements de courbure dans les faces antérieure et postérieure du cristallin, de l'autre côté il affirme que ces troubles sont le résultat de changements de rapports déterminés dans les milieux réfringents par une cause unique, la rétraction musculaire. Mais tandis que les ophthalmologistes appuient leur doctrine sur des milliers de faits, parfaitement observés, sur des recherches très-nombreuses, sur des observations très-fines et empreintes d'une rigueur mathématique, sur quoi M. Guérin base-t-il sa théorie? Sur une opinion ancienne, aujourd'hui complétement abandonnée. Toute l'argumentation de M. Guérin peut se résumer dans ces deux mots : *sic volo, sic jubeo*, et cela lui suffit pour donner, comme démontrée, une proposition analogue à celle qui tendrait à prouver que la somme des deux côtés d'un triangle est plus petite que le troisième.

M. Giraldès combat successivement tous les arguments invoqués par M. J. Guérin à l'appui de cette opinion que tous les troubles de la vision sont le résultat de la rétraction musculaire. Il a écouté avec un vif intérêt les considérations que M. J. Guérin a rappelées relativement à ses beaux travaux sur les monstruosités. Mais il ne saurait admettre les rapports qu'il a établis entre le strabisme qu'il a appelé le pied-bot de l'œil et les autres difformités. On se rappelle cette image de Pascal qui parle de ces maisons auxquelles, pour la symétrie extérieure, on ajoute de fausses jalousies. Or M. J. Guérin, suivant M. Giraldès, a ajouté plusieurs fausses jalousies à son édifice.

L'orateur continue à réfuter les divers arguments présentés par M. J. Guérin, il repousse cette opinion que les changements de courbure de la cornée, les staphylomes, etc., puissent prédisposer à la myopie. Ces choses n'ont entre elles aucun rapport, puisque la distance focale est moins longue que l'axe antéro-postérieur de l'œil, et que les modifications survenues dans le segment antérieur de l'œil ne peuvent exercer aucune influence sur cette distance focale elle-même. Quant à l'action des muscles droits, ajoute M. Giraldès, si elle pouvait exercer une influence sur les troubles de la vision, au lieu de produire la myopie, les muscles, en se rétractant, devraient, au contraire, produire de l'hypermétropie, puisqu'ils raccourciraient l'axe antéro-postérieur de l'œil.

Les altérations de forme de l'œil n'ont également aucun rapport avec le strabisme; ce sont là des altérations concomitantes dans lesquelles il ne faut voir aucune relation de cause à effet. Enfin, en présence des nombreux arguments accumulés par M. J. Guérin, et reposant tous sur de pures hypothèses, M. Giraldès n'a pu s'empêcher de dire avec le fabuliste :

Le moindre grain de mil ferait mieux mon affaire.

En terminant, l'orateur fait observer à M. J. Guérin qu'il a laissé échapper, au congrès de Bruxelles, une belle occasion d'exposer une doctrine qu'il dit être démontrée. M. Donders et bien d'autres n'auraient pas mieux demandé que de pouvoir apprécier, discuter même cette doctrine; mais M. Guérin, qui pourtant était à Bruxelles en ce moment-là, n'a pas paru à la section d'ophthalmologie.

M. JULES GUÉRIN n'avait pas l'intention de prendre la parole aujourd'hui, dans la crainte de n'avoir pas assez de temps pour

achever ce qu'il avait à dire; mais il ne peut laisser passer sans réponse l'argumentation de M. Giraldès. Cette argumentation, dit-il, est une critique anticipée; en effet, elle porte surtout sur ce que M. Guérin n'a pas encore dit. La première partie de son argumentation avait uniquement pour but d'établir les bases sur lesquelles il établit la doctrine qu'il n'a pas encore exposée. Voici d'ailleurs l'exposé succinct de cette doctrine. (Voir le *Premier-Paris*.)

M. Giraldès considère comme admis, comme démontré que l'accommodation est due à des changements de courbure des faces antérieure et postérieure du cristallin. Rien n'est moins démontré, suivant M. Guérin, et ceux-là même qui soutiennent cette théorie avouent leur incertitude. Ici M. Jules Guérin cite deux passages, l'un du livre de M. Maurice Perrin, l'autre de M. Giraud-Teulon, dans lesquels ces auteurs révèlent les obscurités qui règnent encore sur le mécanisme par lequel se produisent les changements de courbure du cristallin. Les ophthalmologistes, ajoute M. Guérin, sont arrivés à cette doctrine par exclusion; ils l'ont adoptée parce qu'ils n'en ont pas trouvé de meilleure.

M. GIRALDÈS fait observer que M. Jules Guérin confond ici deux choses bien différentes : le fait en lui-même de l'accommodation qui est absolument démontré et le mécanisme par lequel se produit ce fait qui est encore inconnu. M. Jules Guérin n'a pu confondre ces deux choses..... avec une entière bonne foi.

M. JULES GUÉRIN met au défi tous ceux qui soutiennent cette théorie, de lui montrer un cristallin courbé. Il n'y a rien d'élastique, ni de contractile dans le cristallin. Et d'ailleurs M. Jules Guérin ne se rend pas compte comment le muscle ciliaire pourrait jouir d'une force nécessaire pour faire courber le cristallin. D'ailleurs les rapports de la cornée avec le cristallin peuvent changer sans que celui ci change de forme. C'est ce que M. Jules Guérin se propose de démontrer dans la prochaine séance.

M. GIRAUD-TEULON ne peut laisser passer de pareilles assertions; il ne faut pas que l'Académie paraisse les accepter. Les changements de courbure du cristallin sont un fait aujourd'hui aussi bien démontré que le carré de l'hypothénuse. Quant au mode d'action du muscle ciliaire, cette question est, en effet, encore entourée d'obscurités. Mais le défaut d'explication du fait ne peut empêcher que le fait existe.

M. J. GUÉRIN met précisément ce fait en doute, et dit, avec Montaigne : le fait est-il?

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission d'élection pour la place déclarée vacante dans la section des académiciens libres; elle se compose de MM. Richet, Verneuil, Hérard, Woillez, Goubaux, Dechambre et Amédée Latour.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats au titre d'associés étrangers.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La commission nommée par les professeurs de l'école de médecine, pour examiner la question relative aux cours libres, vient de déposer son rapport. Voici les modifications apportées à l'ancien ordre de choses : 1° l'autorisation d'ouvrir un cours libre est accordée ou refusée par la Faculté et non par le ministre auquel, toutefois, la décision doit être soumise; 2° l'annonce sera faite pour tous les cours libres, sur une affiche blanche qui sera apposée par les soins de la Faculté, dans les mêmes endroits que les affiches des cours officiels, et là seulement. Les professeurs libres qui, sans motifs plausibles, suspendront leurs leçons, se verront refuser à l'avenir une nouvelle autorisation.

— Par arrêté en date du 15 novembre 1875, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle sera ouvert le 15 mai 1876, à l'École de médecine de Tours.

— Par un décret du Président de la République, un projet de loi doit être présenté à l'Assemblée nationale par M. le ministre de l'instruction publique, autorisant ouverture d'un crédit de 2,370,000 francs, à la charge de l'État, somme destinée à la reconstruction de l'École pratique et des cliniques de la Faculté de médecine.

Cette somme sera payée à la Ville de Paris en trois annuités, de 760,000 francs chacune, en 1877, en 1878, 1879. La Ville deviendra donc propriétaire des nouvelles constructions, qui devront s'élever sur un terrain de 3,000 mètres, provenant des anciennes pépinières du Luxembourg, rue d'Assas.

A son tour, la Ville s'engage à conserver à perpétuité dans lesdits terrains et constructions les services de la Faculté, à approprier les bâtiments à l'usage desdits services et à pourvoir à leur entretien.

Les travaux seront exécutés par les soins de la Ville de Paris et devront être terminés dans l'année où sera payée la dernière annuité de l'État. (*L'Événement*.)

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 27 novembre 1875, n° 3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° rapport de M. le docteur Perrin sur les travaux envoyés à la Société, par le docteur de Montcorvo, membre correspondant. — 2° Note sur un cas d'hydrophobie vraie, par le docteur Gillebert-Dhercourt père. — 3° Suite de la discussion sur l'ovariotomie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 139. — SAMEDI 27 NOVEMBRE 1875. 48e ANNÉE. SAMEDI 27 NOVEMBRE 1875. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Paraplégie rhumatismale.

Nous parlions dans notre dernière Revue, à propos d'un cas de rhumatisme cérébral et de quelques autres exemples de discordance entre les symptômes et les lésions, des surprises que nous ménage quelquefois l'amphithéâtre. Sans arriver jusqu'à cet ultimatum, la clinique est souvent féconde aussi en péripéties du même genre. Qui se chargera jamais d'écrire l'histoire des jeux et des caprices du rhumatisme, la plus fantasque, la plus changeante des affections, n'était, toutefois, l'hystérie, qui ne le cède à nulle autre en fait de caprices.

Voici, entre mille exemples que l'on pourrait citer, un fait tout récent que M. le professeur Lasègue signalait à l'attention de ses élèves dans une de ses dernières conférences, et qui montre bien la mobilité du rhumatisme.

Un jeune homme d'une vingtaine d'années avait contracté, il y a trois ans, sous l'influence d'un refroidissement, un rhumatisme dont il fut guéri au bout de deux mois, mais guéri comme on l'est en général du rhumatisme, c'est-à-dire pour un certain temps. Ce n'était, en effet, qu'un premier accès, qui fut suivi, depuis, de plusieurs autres. Il y a trois semaines environ, il a été repris de son rhumatisme, devenu désormais sa chose, son tempérament, sa manière d'être pathologique. Après quelques alternatives d'améliorations et de reprises, fatigué de n'en pas voir venir le terme, il se décida à entrer à l'hôpital. Au moment de son entrée il était anémique, quasi-exsangue et souffrait de douleurs dans les cuisses, s'exaspérant à la plus légère pression. Le cœur commençait à être touché ; il était le siége d'une lésion rhumatismale encore toute récente et à peine ébauchée; enfin le malade éprouvait quelque peine à uriner, et son urine était légèrement teintée de sang ; il y avait un léger degré d'hématurie. Le malade était à peine depuis deux jours à l'hôpital lorsque l'on s'aperçut, un beau matin, qu'il était complétement paraplégique. Ses membres inférieurs avaient presque subitement perdu toute contractilité, ils retombaient comme une masse inerte sitôt qu'après les avoir soulevés on les livrait à eux-mêmes. En même temps qu'était survenue cette paraplégie, les douleurs des membres avaient cessé. Enfin, au bout de quelques jours, les symptômes de paraplégie se dissipent à leur tour, mais le malade accuse aussitôt des douleurs dans les pieds. Ce sont les articulations tibio-tarsiennes qui sont, pour le moment, le siége de la maladie.

Ainsi, voilà un malade qui, quoique jeune encore, a eu plusieurs atteintes de rhumatisme, dont nous ignorons les formes et les localisations, mais qui a dû en avoir très-probablement de diverses, à en juger par l'atteinte légère qui a déjà envahi le cœur. Il arrive à l'hôpital avec des douleurs dans les muscles des cuisses et un léger degré d'hématurie, dont il y aurait lieu, peut-être, de rechercher la liaison possible avec le rhumatisme. Ces douleurs cessent tout à coup pour faire place à une paraplégie, accusant manifestement un transport ou une communication de la fluxion rhumatismale aux enveloppes de la moelle; laquelle se dissipe à son tour pour être remplacée par des douleurs dans les articulations des pieds. Qu'arrivera-t-il ultérieurement? C'est ce que nous dirons à nos lecteurs si nous en sommes informé.

Nous avons rapporté déjà dans le temps des faits de ce genre, notamment les faits très-remarquables recueillis dans le service de Trousseau à l'Hôtel-Dieu, et qui sont consignés dans une de nos Revues cliniques de 1853. L'histoire des paraplégies nous en fournirait très-certainement plus d'un exemple.

Qui nous dira un jour ce que c'est que le rhumatisme?

Polype muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales.

Nous devons à l'obligeance de M. G. Poyet, interne des hôpitaux, la communication de l'observation suivante qu'il a recueillie à la consultation de M. le docteur Ch. Fauvel. Elle montre non-seulement tous les avantages que l'on peut retirer de l'examen rhinoscopique pour le diagnostic des tumeurs qui siégent dans l'arrière-cavité des fosses nasales, mais encore combien la laryngoscopie et la rhinoscopie facilitent les opérations que l'on peut avoir à pratiquer dans ces régions, ces moyens permettant désormais de substituer une opération simple par les voies naturelles aux opérations par les voies artificielles qui sont loin d'être exemptes de danger et entraînent toujours de grands délabrements.

Le 2 octobre, M... K..., âgée de 23 ans, lingère, se présente à la consultation du docteur Ch. Fauvel, se plaignant d'une grande sécheresse de la gorge et de ne pouvoir respirer par le nez. La respiration, qui, de jour et de nuit se fait par la bouche, entretient la sécheresse de tout le pharynx.

Voici les renseignements donnés par la malade.

Il y a huit mois environ, pendant le cours d'un rhume assez intense, la respiration par le nez fut complétement interrompue. Elle se rétablit bientôt du côté droit, mais le côté gauche resta bouché. Un mois plus tard, sans nouveau rhume, le côté droit du nez se boucha à son tour, et à partir de ce moment, M... K... fut obligée de respirer la bouche ouverte.

Dès le début de l'affection, la voix devint nasonnée. Le nasonnement augmenta progressivement d'intensité, et aujourd'hui, il est très-marqué. Le soir, la voix se couvre et la malade ne peut parler qu'en chuchotant.

Elle se plaint aussi de douleurs d'oreilles, principalement du côté gauche et d'un sentiment de pesanteur dans toute la région de la face.

Toutes les après-midi elle a des maux de tête plus ou moins intenses, qui n'apparaissent qu'après qu'elle a mangé.

La déglutition se fait normalement, mais il n'en a pas toujours été ainsi. A la suite de son rhume, elle remarqua que les liquides lui revenaient souvent par le nez.

L'audition est restée parfaitement nette.

L'odorat, au contraire, est complétement aboli. Le goût est intact.

Ces différents symptômes déterminèrent la malade à aller à la consultation d'un hôpital, où on lui prescrivit simplement de se gargariser avec une solution de chlorate de potasse.

Ce traitement n'ayant amené aucun résultat, et la sécheresse de la gorge et la gêne de la parole augmentant chaque jour, elle consulte le docteur Ch. Fauvel.

A l'examen du pharynx, on trouve la paroi postérieure complétement sèche. Le voile du palais est légèrement repoussé en avant, et un assez grand espace le sépare de la paroi postérieure du pharynx. Les mouvements d'élévation sont à peu près complétement abolis. La sensibilité est presque nulle. Ces différentes particularités rendent l'examen rhinoscopique très facile.

Le miroir montre une tumeur arrondie, lisse, d'apparence gélatineuse, paraissant être du volume d'un fort marron, dont il est impossible de voir le point d'insertion. Cette tumeur, qui obstrue toute l'arrière cavité des fosses nasales, repousse le voile du palais en avant, et empêche de voir la cloison et les cornets. A part le sentiment de pesanteur dont nous avons parlé, elle n'éveille chez la malade aucune sensation de corps étranger.

Le doigt, introduit derrière le voile du palais, permet de constater que la tumeur est immobile et qu'elle n'est pas développée à ses dépens. On ne peut atteindre le point d'insertion.

Dès le premier jour, avec les pinces ordinaires à polypes des fosses nasales, légèrement recourbées et à l'aide du miroir rhinoscopique, M. Fauvel enlève un morceau de la tumeur de la grosseur d'une fève.

Malheureusement, l'extrémité de l'instrument n'étant pas assez recourbée pour atteindre parfaitement la tumeur, celle-ci n'a pu être saisie que par sa portion la plus inférieure, qui a cédé à l'effort de traction.

L'arrachement n'a déterminé aucune douleur et n'amène qu'un écoulement de sang insignifiant. La malade se sent un peu soulagée.

Après plusieurs tentatives infructueuses renouvelées les jours suivants, M. Fauvel fait construire par M. Mathieu des pinces spéciales, présentant à leur portion antérieure des cuillers à mors analogues à ceux des pinces avec lesquelles on saisit et on maintient les kystes de l'ovaire pendant l'ovariotomie. De plus, la partie antérieure de l'instrument est recourbée à angle droit, ce qui permet de l'introduire facilement derrière le voile du palais pour arriver jusque sur le polype.

C'est avec ces pinces que, le 29 octobre, M. Fauvel arrache en entier la tumeur.

Voici comment l'opération est pratiquée, en présence de M. le docteur Bonnemaison, professeur à l'École de médecine de Toulouse :

Un aide déprimant fortement la langue avec un abaisse-langue coudé à angle droit, le miroir rhinoscopique est introduit et sert de conducteur à la pince, que l'opérateur tient de la main droite. Une première tentative est rendue infructueuse par un mouvement intempestif de la malade. A la deuxième tentative, la tumeur est saisie dans son cinquième inférieur environ. Des mouvements de latéralité, combinés avec l'effort de traction en bas et en avant, la détachent, et elle est ramenée dans son entier. Elle est de la grosseur d'un œuf de poule, arrondie et sans bosselures dans ses trois quarts antérieurs environ; elle est, au contraire, très-inégalement bosselée dans son quart postérieur, qui paraît être moulé sur les cornets. Tout à fait à sa partie postérieure, on trouve un pédicule de la grosseur d'une plume d'oie. Par ce pédicule il s'est écoulé quelques gouttes de sang et un liquide séreux analogue à celui qui s'échappe des polypes vésiculeux de la portion antérieure des fosses nasales. D'ailleurs, la tumeur ressemble beaucoup à ces sortes de polypes. Comme eux, elle est transparente, d'un jaune clair légèrement rosé, et elle a la même consistance.

Son arrachement n'a causé aucune douleur à la malade, qui éprouve de suite un soulagement considérable. Immédiatement la voix perd son timbre nasonné et la respiration nasale se rétablit, ainsi que l'odorat. L'écoulement de sang est très-modéré.

Au rhinoscope, on voit alors que la tumeur était insérée sur la portion la plus postérieure du cornet inférieur gauche.

L'examen microscopique de la tumeur, fait par M. Duret, interne des hôpitaux, apprend que c'était un polype muqueux, présentant ceci de particulier, qu'il contient une assez forte proportion de tissu fibreux, et qu'on y constate l'absence complète de glandes.

Le siége de cette tumeur, développée à la partie postérieure de l'un des cornets, son volume considérable en raison de la petitesse de son pédicule, sa structure particulière, le diagnostic de son existence, qui n'a pu être fait que par le rhinoscope, lequel a permis d'employer une méthode opératoire spéciale et efficace, avec un instrument nouveau, sont autant de circonstances qui nous ont paru donner un intérêt particulier à cette observation.

Il est inutile de faire remarquer combien cette opération remplace avantageusement l'ancienne méthode, qui consistait, en pareil cas, à fendre le voile du palais, et même à enlever une portion du maxillaire supérieur, pour arriver jusqu'au siége de la tumeur et pour l'extirper.

De l'action du sulfate de quinine dans la grossesse.

Nos lecteurs n'ont pas oublié sans doute l'enquête que nous avons ouverte dans le temps sur la question vivement débattue de l'action du sulfate de quinine sur la matrice, et de son influence sur la grossesse. M. le docteur Charles Vicoli (de Costa de Rovigo, Italie) nous adresse à cette occasion la relation de six cas cliniques datant de peu de temps, qui permettent d'apprécier de quelle façon s'est comporté le sulfate de quinine chez des femmes enceintes atteintes de fièvres intermittentes qui, par leur caractère de gravité ou de persistance, réclamaient impérieusement l'usage de cet agent fébrifuge.

Voici en peu de mots les cas :

Obs. I. — Marie G..., âgée de trente-sept ans, était enceinte de sept mois environ lorsqu'elle tomba malade de fièvre intermittente quotidienne. Chaque accès présentant régulièrement les trois temps distincts de cette pyrexie, était caractérisé par des symptômes très-imposants, température très-élevée, vomissements incoercibles pendant la période du spasme tétanoïde des artérioles de la périphérie (frissons). Point de douleur dans le bas-ventre, point de douleur lombaire, bref, aucun des phénomènes précurseurs de l'accouchement. M. Vicoli ordonna 70 centigrammes de sulfate de quinine par jour, pendant quatre jours, mais sans résultat; les accès fébriles se montrèrent rebelles. La dose du fébrifuge fut élevée alors à 1 gramme chaque jour, pendant huit jours. Le résultat fut tout aussi nul; M. Vicoli eut recours enfin à une médication plus énergique; il fit dissoudre le sel fébrifuge dans une décoction saturée d'écorce de quinquina. Ce ne fut qu'après plusieurs jours de cette médication que les accès cessèrent. La grossesse poursuivit régulièrement sa marche jusqu'à son terme, bien que le sulfate de quinine ait été continué sans interruption presque durant un mois entier. L'utérus ne parut avoir été en rien impressionné par cet agent.

Obs. II et III. — Catherine J... et Antoinette M..., l'une et l'autre entre le cinquième et le sixième mois de la grossesse, furent affectées de fièvre paludéenne tierce. Point de complications morbides dans la marche de cette pyrexie, laquelle, quoique élevée au plus haut degré sphygmique et thermométrique, céda néanmoins toutes les fois que l'on fit usage du sulfate de quinine, et bien que cette administration fut répétée quatre fois chez la première malade et cinq fois chez la seconde. Toutes les deux accomplirent leur grossesse et accouchèrent heureusement au bout du neuvième mois.

Obs. IV. — B..., âgée de vingt-quatre ans, était à peu près dans le septième mois de sa deuxième gestation, lorsqu'elle fut prise d'une violente douleur occupant le bas-ventre, et ne lui laissant aucun répit pendant plusieurs heures. Peu de temps après la douleur devint intermittente, suivant une ligne qui, commençant au niveau du pubis, se terminait à l'angle sacro-vertébral. Le calme, qui durait quelques minutes, devançait le retour de la douleur qui, par degrés, était devenue assez forte pour lui arracher des cris. La sage-femme, après avoir pratiqué le toucher, ayant reconnu les signes d'un commencement de travail hâtif, fit appeler un accoucheur. Aussitôt que M. Vicoli fut auprès d'elle, il constata, en effet, l'imminence d'un enfantement prématuré, soit par l'état du vagin et du museau de tanche, soit par le retour périodique de contractions qui devançaient de quelques moments l'invasion de la douleur, et s'éloignaient lorsque celle-ci venait à cesser. En outre la copieuse uroérythrine dans l'urine, dont le poids spécifique selon l'uromètre de Skoda était augmenté, l'élévation de la température (39,4), la fréquence du pouls qui atteignait 110 par minute, convainquirent notre confrère que le centre principal de tous ces symptômes était une pyréxie. Il prescrivit sur le champ le repos le plus absolu et 1 gramme de bisulfate de quinine à prendre aussitôt, après la sueur, ne doutant pas qu'il se trouvait en présence d'un véritable accès de fièvre marécageuse.

En effet à l'aube du jour suivant, survint la troisième période : c'est-à-dire la sueur, durant laquelle la malade ingéra le bisulfate de quinine, et chose incroyable, dit notre correspondant, quoique l'utérus eût été préalablement en proie à une action myocinétique à cause de l'intensité du mouvement fébrile, néanmoins la contraction de l'utérus ne se reproduisit ni ne s'accrut sous l'influence de l'usage du sulfate de quinine.

L'accès fébrile s'étant répété avec le même cortége de phénomènes morbides, M. Vicoli prescrivit de nouveau le sulfate dont l'usage renouvelé plusieurs fois ne détermina aucune action sur les fibres musculaires de l'utérus. La malade se rétablit au bout d'une semaine et la marche de la grossesse ne fut pas d'ailleurs entravée et l'enfantement se fit normalement.

Obs. V. — Isabelle P..., au bout de sa troisième gestation, entre le huitième et le neuvième mois tomba malade en proie à de très-violents accès fébriles. Elle se plaignait de douleurs assez vives tout le long des lombes et de la région du bas-ventre. Cette douleur persistait opiniâtre et rebelle, alors même que le mouvement fébrile tendait à s'éteindre. Elle accusait, en outre, une sensation pénible de poids à l'hypogastre, qui la fatiguait dans la station debout et pendant la marche. Elle paraissait s'inquiéter beaucoup moins de la pyréxie tierce dont elle était affectée, que des souffrances intenses qu'elle éprouvait dans toutes les parties dépendantes du plexus sacré. Ces accès fébriles intermittents et de nature miasmatique, ne purent être coupés que par de hautes doses de quinine longtemps répétées et qui n'eurent aucune action sur la matrice. Au bout de deux semaines le mieux continua de jour en jour; il n'y avait plus ni fièvre, ni sensation de poids hypogastrique, les douleurs lombaires s'étaient peu à peu complétement dissipées, et la station debout et la marche ne gênaient plus la malade qui se sentant tout à fait rétablie refusa tout traitement ultérieur.

M. Vicoli, termine et résume sa communication en disant que, d'après sa propre expérience très-étendue par le grand nombre de cas des pyréxies marécageuses qu'il a observés chez des femmes enceintes, jamais il n'a vu se produire ni contraction de l'utérus, ni avortement, ni couche accélérée, quoique le sulfate de quinine eût été mis en usage à doses élevées et répétées.

Dr Brochin.

RAGE TARDIVE ET RAGE IMAGINAIRE

Par le docteur Delore.

L'histoire de la rage renferme plus d'une question qui a besoin d'être étudiée encore, et je pense qu'on ne lira pas sans intérêt les observations qui suivent :

Obs. I. — *Cas de rage survenue deux ans et demi après la morsure.* — Mme P..., âgée de soixante-trois ans, demeurant à la Guillotière, a eu plusieurs enfants qu'elle a tous perdus. Rien de particulier n'est à signaler dans ses antécédents. Quoique brusque et vive, elle n'avait pas d'habitudes alcooliques.

Le 17 mars 1871, elle fut mordue par son chien dans les circonstances suivantes : l'animal refusant de prendre toute espèce de nourriture, ce qui l'avait rendu suspect à l'entourage, elle voulut le contraindre à boire du lait qu'elle lui présentait dans le creux de la main, le chien irrité lui fit une légère morsure à l'avant-bras droit. A ce moment, elle ne douta pas que l'animal ne fût enragé; son mari cautérisa la plaie avec un charbon incandescent, et par surcroit de précaution, la malade alla manger un massepain *approprié* (?)

Quant au chien suspect, on le conduisit à l'école vétérinaire de Lyon où il vécut quatre jours.

Voici les observations que j'ai trouvées consignées sur les registres: chien griffon, roux, âgé de six ans, entré le 17 mars 1871, rage constatée; plusieurs accès de fureur; meurt le 21 mars au matin.

Depuis cet événement, Mme P... continua comme par le passé à jouir d'une excellente santé. Vers le milieu du mois de juillet 1873, elle éprouva une émotion des plus violentes, et l'impression pénible

ressentie a été telle que ni elle ni sa famille n'ont hésité à rattacher à cette cause les accidents que nous allons décrire.

Le 26 juillet 1873, apparition des premiers symptômes; céphalalgie, vomissement bilieux, insomnie; la malade est préoccupée, inquiète; l'état de surexcitation dans lequel elle se trouve, se traduit par une loquacité excessive, une impressionnabilité plus grande, une propension marquée à s'irriter. Mentionnons la perte absolue de l'appétit.

Pendant les deux jours qui suivent, l'aversion pour les liquides se manifeste et s'accentue de plus en plus : appelé pendant la nuit du lundi au mardi (du 28 au 29), je suis témoin d'accès convulsifs très-caractérisés : spasme pharyngien, respiration spasmodique, suffocation, face congestionnée, angoisse; surexcitation extrême sans délire; sputation d'une bave écumeuse; pouls très-calme. Dans l'intervalle des accès, on observe l'hydrophobie très-prononcée accompagnée d'une soif vive : crachotements fréquents, respiration entrecoupée. Insistons sur ce fait que la malade a complétement oublié l'accident qui l'avait effrayée deux ans et demi auparavant, et que son esprit est complétement éloigné de toute idée d'infection rabique.

La malade est transportée à l'Hôtel-Dieu; les symptômes ci-dessus décrits persistent en s'aggravant.

Morte, le 29 juillet dans la soirée. Autopsie non faite.

Cette observation me conduit aux remarques suivantes:

Chez notre malade, l'hydrophobie éclata après une émotion morale des plus pénibles. Au milieu de juillet 1873, elle entendit du bruit pendant la nuit; elle se leva et trouva son mari sur le point de se pendre. Depuis ce moment, elle fut souffrante, et la rage se déclara quinze jours après sans qu'elle songeât à l'hydrophobie.

L'apparition des rages tardives se fait habituellement sous l'influence d'une impression physique intense, exposition à un soleil ardent, coup sur la blessure, et surtout d'une forte commotion morale, une frayeur (Berthot), l'émotion causée par un lièvre (Rigaud); une histoire de rage (Robert). Dans certains cas, il semblait donc nécessaire qu'il y eût inoculation d'abord, et ensuite impression intense sur l'organisme. Si cette impression fait longtemps défaut, l'hydrophobie peut être indéfiniment retardée; le germe sommeille et l'évolution ne se fait pas.

Comme toutes les maladies virulentes, la rage a une période d'incubation. Chez Mme P... elle a été de deux ans, quatre mois, neuf jours.

En général, cette période est de vingt-cinq à quarante jours; mais un certain nombre de faits démontrent qu'elle peut varier. Fouteau et Mead citent des cas de développement quelques heures après la morsure. L'intervalle fut de trois jours dans le fait d'Astruc; il a été de quinze jours dans plusieurs cas.

Quant aux faits tardifs, ils ont toujours laissé planer quelques doutes sur leur authenticité. Voici les principaux :

Mathey a rapporté l'histoire d'un homme mort cent dix-sept jours après la morsure; Galien un an; Cœlius Aurélianus sept ans; Chirac dix ans; Salmuth dix-huit ans; Schmid vingt ans et Dodonaus trente ans.

L'impossibilité absolue d'une aussi longue incubation n'est pas démontrée, mais il est clair qu'au bout d'un si long espace de temps, les preuves scientifiques font presque toujours défaut. Il y a deux éléments essentiels de certitude, la confirmation de la rage chez le chien et chez la personne mordue. Les hommes de l'art, seuls, sont à même de fournir ces documents. Dans le fait que je relate, la rage est incontestable chez le chien par les notes précises et laconiques du registre de l'école vétérinaire; elle est non moins certaine chez Mme P..., que plusieurs médecins ont pu observer comme moi à l'Hôtel-Dieu.

Ainsi le virus rabique peut incuber pendant deux ans et demi et probablement davantage. Ne peut-il en être de même de beaucoup d'autres affections virulentes, telles que la rougeole, la scarlatine, la variole, etc., qui paraissent souvent se développer spontanément.

Le docteur Féréol a publié, en 1874, un cas de rage survenue également deux ans et demi après la morsure chez un médecin âgé de quarante-huit ans; abordant la discussion du fait, il affirme que ce n'est pas un cas de manie hydrophobique, le malade ne délirait pas et n'avait aucun symptôme d'aliénation mentale.

Quant à l'hydrophobie nerveuse ou imaginaire chez cette femme, elle est improbable, car le chien était enragé, et on n'en meurt pas.

Voici deux faits de rage imaginaire que j'ai observés et qui donnent raison aux assertions du docteur Féréol.

Obs. II. — M. L..., étudiant en médecine, reçut à Montpellier, un coup de paume qui lui fit une légère plaie contuse du bord de la lèvre supérieur. Trois jours après il donna des soins à M. Vanel, médecin de la Drôme, qui se mourait d'hydrophobie. M. Vanel désirait embrasser sa sœur, celle-ci manifestant de la répugnance et de l'hésitation, L... voulant l'encourager par son exemple, embrassa le malade à plusieurs reprises.

Le trente-neuvième jour après, il devint triste et annonça qu'il était enragé. Pendant trois jours, il présentait des sympômes si accusés, que la plupart des médecins qui allaient le visiter, croyaient à l'hydrophobie.

Le quatrième jour il mangea un œuf.

Le cinquième jour il prit un bain et l'accès de rage imaginaire fut terminé.

L..., doué d'une imagination vive avait été fortement impressionné par la maladie de M. Vanel, et sans le vouloir il reproduisait tous les symptômes avec une perfection telle, qu'il était possible de s'y méprendre.

Obs. III. — N..., ancien zouave, doué d'imagination et de peu de jugement, fut amené dans mon servive pour être traité d'une légère morsure du mollet faite par un gros chien de garde. Il était convaincu qu'il deviendrait enragé. Je le rassurai en lui disant que le chien qui l'avait mordu, n'étant pas enragé, ne pouvait lui communiquer l'hydrophobie, et je le renvoyai guéri au bout de dix jours.

Un mois après je fus appelé à l'Hôtel-Dieu pour un employé du chemin de fer atteint de la rage et qui succomba rapidement.

Le lendemain je fus appelé de nouveau pour un second hydrophobique, c'était le zouave N...

Voici ce qui lui était arrivé. Le matin étant au café, il lut dans un journal la nouvelle de la mort de l'employé du chemin de fer. Son imagination en fut violemment frappée, et toutes ses terreurs que j'avais réussi à calmer momentanément l'assaillirent de nouveau. Voulant se donner du courage il but plusieurs petits verres de liqueurs et sortit. A quelques pas du café il entre dans une pharmacie et dit brusquement à l'employé : je suis enragé donnez moi un remède. Celui-ci épouvanté lui donne immédiatement un petit verre, le fait entrer dans un cabinet où il le ferme à clef. N... devient furieux de ce procédé et voyant qu'on ne se hâtait pas de lui rendre sa liberté, il se met à briser fioles, bocaux et appareils. La garde accoure, on s'empare de lui et on l'emmène. Il s'échappe, on le poursuit, on le traque, on l'entoure. Il tient les assaillants à distance en leur disant : prenez garde je suis enragé. Enfin on lui jette une couverture sur la tête, on se précipite sur lui, on le garrotte sur un brancard et on l'emporta.

Jamais dans le grand Hôtel-Dieu de Lyon entrée d'enragé n'avait été plus dramatique. Quand j'arrivai N... était au cachot, au fond d'un long corridor garni de fortes grilles à travers lesquelles tous les malades valides de l'hôpital venaient le contempler; sa figure convulsive exprimait la fureur et l'anxiété. Je le reconnus immédiatement et au grand étonnement des assistants, j'allai à lui et je lui adressai les reproches les plus vifs sur le ridicule de sa conduite et sur l'absurde comédie qu'il avait donnée dans la ville. Je terminai

en lui annonçant qu'il allait sortir du cachot et qu'il coucherait dans la salle voisine à côté des autres malades. Ma mercuriale et surtout ma conclusion firent de l'effet sur N..., il me promit d'être sage et il tint parole. Le lendemain confus de son équipée, il quitta l'Hôtel-Dieu, sans bruit, à quatre heures du matin.

Voici donc deux observations de rage imaginaire. Dans la seconde le chien n'était pas enragé ; dans la première le virus pouvait à la rigueur provenir d'un homme, mais il n'existe pas actuellement dans la science de contagion avérée d'homme à homme.

Ces deux faits présentent encore une différence importante qui nous éclaire au point de vue de la génèse de la rage.

Le zouave dépourvu d'instruction et n'ayant jamais vu probablement de sujet atteint de la rage, reproduisait la maladie d'une façon grossière, suffisante tout au plus pour en imposer à l'imagination frappée du public; au contraire L..., étudiant en médecine, d'un esprit cultivé, qui avait observé M. Vanel pendant son hydrophobie, en reproduisait tous les symptômes avec une si grande perfection que plusieurs médecins crurent à une rage véritable.

BRULURE PAR LE GRISOU

ET ACCIDENTS PRODUITS PAR SON EXPLOSION DANS LES MINES DE HOUILLE (1).

Par M. le docteur Bourguet.

Dans les cas bénins, quand il y a peu de gaz, ce sont les parties découvertes qui souffrent seules ; le nez, le lobule et le pavillon de l'oreille, les cils, les sourcils, la barbe, les cheveux, les mains, les coudes. Notons que tous ces points sont plus ou moins saillants. Parfois on observe simplement de l'érythème, d'autrefois des ampoules se forment, enfin l'épiderme peut manquer sur certains points limités. Ces cas ne sont jamais graves et ne se distinguent des brûlures ordinaires que par le gonflement considérable qui survient quelques heures après l'accident. Il atteint des limites considérables et surprend toujours quand on est novice. Appelé en 1867 auprès du premier brûlé par le grisou que j'ai observé, et qui se trouvait légèrement atteint à la face, je ne le reconnus pas le lendemain, tant le gonflement était considérable. Depuis, ce fait m'a toujours frappé et il est très-remarqué par les assistants.

Dans les cas plus graves, il y a peu d'ampoules, mais en revanche, de larges surfaces d'épiderme sont détruites aux membres supérieurs, au tronc surtout. Les pieds peuvent être atteints pareillement, mais il est rare qu'ils soient dépouillés complétement, l'épiderme pend en larges lambeaux sur les côtés, aux talons. La plante des pieds, la paume de la main presque toujours sont intactes.

La face elle aussi n'est jamais dépouillée complétement, sauf aux parties saillantes qui n'échappent pas aussi bien à cause même de leur proéminence. Personne n'ignore qu'un solide quelconque plongé brusquement dans un foyer à température élevée et retiré brusquement aussi est surtout atteint dans ses parties saillantes, ainsi par exemple, jetez au feu un morceau de bois et retirez le assez rapidement, presque toujours les angles seront noircis ou même incandescents quand les parties lisses et les creuses n'auront pas souffert.

L'aspect du derme des brûlés par le grisou est caractéristique, au lieu de le trouver rouge, lisse, humide comme chez les brûlés ordinaires on le voit toujours d'un gris sale et d'une sécheresse remarquable. Évidemment toute circulation est suspendue dans le réseau capillaire qui ne reprendra ses fonctions qu'au bout d'une période de temps qui varie de vingt-quatre à quarante-huit heures. Le sang est violemment refoulé dans les organes profonds, ainsi que le prouvent l'augmentation de la tension artérielle générale, le ralentissement des mouvements du cœur, la petitesse et la concentration du pouls (84 dans un cas de brûlure excessivement grave qui amena la mort de l'ouvrier en dix heures ; deux autres ouvriers atteints mais plus légèrement dans le même coup de feu avaient 140 pulsations) et quelquefois l'augmentation de la quantité des urines, conséquence d'une pression plus élevée dans le système aortique (expériences de Ludwig et de Cl. Bernard). L'ouvrier cité ci-dessus et dont le pouls battait 84, urina deux fois très-abondamment dans les cinq ou six heures qui suivirent l'accident.

La sensation de froid qu'éprouvent les ouvriers presque immédiatement après la brûlure, le besoin de boire, les nausées, la stupeur ou l'excitation s'expliquent par la congestion brusque des poumons, des organes digestifs ou du cerveau. Notons que les lésions profondes ne surviennent pas aussi vite que les phénomènes physiologiques signalés ci-dessus. On comprend évidemment qu'une modification organique durable, en dehors d'une lésion directe de l'organe ne puisse s'établir instantanément.

Ainsi brûlé, un ouvrier qui succombera infailliblement avant la fin du deuxième jour, ne paraîtra pas sérieusement blessé au médecin non prévenu; après quelques instants passés dans le bon air, on le verra en effet reprendre toute son intelligence, répondre avec à propos à toutes les questions qu'on lui pose, ruser même et déguiser très-bien la vérité quand il est coupable d'imprudence. Il marche, rentre parfois à son domicile seul, sans lumière, pendant la nuit, sans accuser la moindre fatigue musculaire, sans avoir conscience de sa mauvaise situation, sans même dans certains cas relativement graves accuser beaucoup de douleur.

La scène ne tarde pas à changer, la douleur paraît bientôt et avec elle le pouls fréquent et petit, l'agitation, le délire, à moins qu'au contraire le ralentissement du pouls, la prostration, le coma, ne fassent du brûlé un corps inerte qu'on verra s'affaiblir en quelques heures et s'éteindre rapidement sans convulsions et sans agonie.

Ces derniers phénomènes sont la règle chez les grands brûlés, mais aussi on l'observe quelquefois dans des cas en apparence absolument pareils à ceux qui présentent de l'excitation.

Est-ce au trouble plus ou moins grand de la circulation cérébrale qu'il convient d'attribuer le coma ou l'excitation, ou doit-on faire intervenir l'altération du liquide sanguin résultant de l'empoisonnement dû à la respiration des produits de la combustion du grisou ? En un mot la quantité et la qualité du sang que le cerveau reçoit influent-elles sur l'organe et sur son mode de réaction ?

J'estime que ces deux causes agissent puissamment l'une et l'autre et sont suffisantes pour bien expliquer l'existence d'une modification de l'organe cérébral, toujours la même, quoique se traduisant par des symptômes dissemblables suivant le degré de cette modification.

Cet état, sous l'une ou l'autre de ses faces, dure deux jours environ, jusqu'au moment où la circulation se rétablit dans les capillaires et où se développe l'inflammation. Si le brûlé n'est pas mort dans cette période, il a quelques chances de guérir surtout s'il est robuste; dans plusieurs cas, malheureusement,

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 novembre.

des suppurations interminables, des lésions d'organes peuvent à la longue amener la mort.

C'est après cette première période de la brûlure que paraissent ou que peuvent paraître les lésions des organes internes, déjà préparées par le changement brusque survenu dans le fonctionnement de la peau à la congestion ou l'inflammation qui n'en est qu'un degré plus avancé. Je n'ai pas à énumérer ici les causes invoquées par les auteurs pour expliquer la réaction inflammatoire. Je dois seulement mentionner l'existence de lésions fréquentes, surtout dans l'appareil digestif où elles se traduisent par la présence de signes indiscutables.

Le poumon et le cerveau, sont atteints aussi quelquefois, mais plus rarement, si j'en juge par mes observations personnelles et en ne tenant compte que des ouvriers qui guérissent. Dans cette catégorie, je serais en désaccord avec les auteurs les plus récents, qui invoquent un ordre de fréquence justement inverse. Il ne faut pas oublier que je parle ici d'une brûlure toute spéciale, et que ce n'est pas par l'autopsie que j'ai établi ce degré de fréquence, mais bien par l'observation sur le vivant. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 novembre 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

La société a reçu en outre : 1° un volume intitulé : *Manuel de chirurgie de guerre*, par M. O. Heyfelder, médecin principal dans l'armée russe, chirurgien de l'hôpital Séménoff à Saint-Pétersbourg, membre correspondant de la Société de chirurgie, traduit par le docteur Rapp, médecin-major ; — 2° un mémoire intitulé : *Essai sur la résection du genou* (*cas de tumeurs blanches et de difformités*) par le docteur Albert Picard, ancien interne des hôpitaux de Paris.

M. Larrey dépose au nom du docteur Béranger-Féraud, médecin principal de la marine, le premier volume d'un ouvrage intitulé : *Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal.*

M. Tillaux dépose de la part de M. Jules Backel (de Strasbourg), candidat au titre de membre correspondant, un mémoire intitulé : *Résultats de l'ostéotomie dans le traitement des courbures rachitiques.* (Commis. : MM. Trélat, Périer, Tillaux.)

M. Desprès dépose de la part de M. Boissary, candidat au titre de membre correspondant, un travail sur les *Corps fibreux intra-utérins.*

M. le Président annonce la mort de M. Hamilton (de Dublin), membre correspondant étranger.

COMMUNICATION

Quelques modifications apportées à l'appareil instrumental de la lithotritie périnéale. M. Duplay. L'opération de la *lithotritie périnéale* n'a subi aucune modification depuis que M. le professeur Dolbeau en a posé les règles, il y a quelques années, devant la Société de chirurgie. Elle est restée supérieure aux divers procédés de taille, par l'absence de délabrement du col et de la vessie et la suppression des accidents graves qui en résultaient. Mais, pour réussir cette opération, il est nécessaire de la pratiquer *exactement* comme M. Dolbeau l'a indiqué : *premier temps*, section du périnée et de l'urèthre dans sa portion membraneuse ; *deuxième temps*, dilation de la portion prostatique et du col ; *troisième temps*, broiement de la pierre ; *quatrième temps*, extraction. Mais son exécution est quelquefois difficile et dangereuse, notamment pendant les deuxième et troisième temps. La dilatation du col, qui doit atteindre 2 centimètres, est quelquefois très-longue à obtenir. Souvent il faut persister une demi-heure et trois quarts d'heure. De plus les pointes qui terminent les branches du dilatateur peuvent déchirer les prostates et les parties molles.

M. Trélat avait paré à ce dernier inconvénient en coiffant les pointes d'une sorte de capuchon qui, par un mécanisme ingénieux, rentrait entre les branches après son introduction dans la vessie. Mais ce perfectionnement même a été cause d'une complication, le capuchon métallique s'étant détaché une fois, et étant tombé dans la vessie. M. Duplay, sur douze opérations, a éprouvé trois fois des accidents graves suivis d'infiltration urineuse et de mort. Ces divers inconvénients effraient les chirurgiens et les empêchent de recourir à cette méthode qui promettait de si beaux résultats.

M. Duplay a essayé de parer à ces difficultés en modifiant quelque peu les instruments employés. Le dilatateur de M. Dolbeau doit être introduit en plusieurs temps d'après des règles fixées par l'éminent chirurgien. Celui que M. Duplay propose peut être introduit d'un seul coup. Il est construit sur le plan d'un dilatateur du rectum composé d'un conducteur et de quatre branches métalliques, présenté l'année dernière à la Société, et qui s'est trouvé par hasard semblable à celui que M. Guyon avait fait construire antérieurement par M. Collin, pour la dilatation du col de la vessie. Après avoir essayé vingt fois cet instrument sur le cadavre, et avoir obtenu toujours une dilatation prompte sans aucune lésion, M. Duplay l'a employé deux fois sur le vivant, dans des conditions opposées, qui en ont fait ressortir les avantages. Dans le premier cas, il s'agissait d'un jeune homme de dix-sept ans, porteur d'un calcul vésical énorme, qui avait mis plusieurs années à se développer. La dilatation a été obtenue en 7 à 8 minutes sans aucun accident. Opéré le 8 septembre 1875, il a été guéri en quinze jours. La seconde opération a été faite le 4 novembre sur un vieillard de soixante ans. Le calcul était gros et très-dur ; la prostate très-développée. La dilatation a duré également 7 à 8 minutes. Il est actuellement en voie de guérison.

Les deux derniers temps ont été aussi modifiés par M. Duplay. M. Dolbeau conseille, avant d'extraire la pierre, de l'explorer au moyen d'une tenette pour reconnaître sa consistance et son volume, et même l'extraire entière si elle peut passer par la boutonnière pratiquée au périnée. Mais il arrive quelquefois que le calcul saisi par la tenette, trop gros pour être extrait en entier, trop dur pour être brisé par elle, reste saisi entre les mors de l'instrument, dont l'articulation ne permet pas d'en augmenter l'écartement. De là, la nécessité d'employer des manœuvres qui peuvent amener des déchirures, l'infiltration de l'urine et la mort.

M. Duplay a éprouvé deux fois cet accident, qui est arrivé aussi à d'autres chirurgiens. Pour y obvier, il a fait placer l'articulation des branches plus près des mors de l'instrument, de manière à empêcher que ceux-ci ne s'écartent au-delà de la dilatation de la plaie. De cette manière, ils ne peuvent embrasser un calcul ou un fragment de calcul plus gros que l'ouverture par laquelle ils doivent sortir. L'extraction des fragments offre encore un autre danger.

Les anciennes tenettes, à mors plats, peuvent embrasser des fragments qui les débordent, et ces fragments peuvent présenter des prolongements aigus qui blessent le col et la prostate, et tout le trajet qu'ils doivent suivre. M. Duplay a cherché à parer à ce danger en modifiant les mors de la tenette, qu'il a faits creux, à bords demi-tranchants, et au moyen desquels, dans un cas déjà, il a pu extraire des fragments à bords presque mousses, et ne dépassant pas un certain volume.

Enfin, une petite modification a été apportée aussi au casse-pierre de M. Dolbeau, qui est et reste le meilleur. Cependant, quand la pierre est dure, elle glisse entre les mors au lieu de se broyer, et cela tient à la disposition de l'articulation qui, cette fois, ne permet pas un écartement suffisant pour bien embrasser un gros calcul. Il a suffi de transporter à cet instrument la disposition de l'articulation de l'ancienne tenette, pour en avoir un avec lequel on n'a plus à redouter cet inconvénient. Le casse-pierre est seulement un peu plus long, parce qu'il a fallu allonger les branches pour laisser à la main du chirurgien la même prise, et au levier la même longueur qu'avant la modification de l'articulation.

DISCUSSION

M. Guyon avait fait construire son instrument avant la présentation du dilatateur du rectum dont a parlé M. Duplay. Il est fait d'ail-

leurs d'après le principe de celui de Woillemier. Il avait pour avantage qu'il pouvait être introduit plus facilement que celui de Dolbeau en suivant la rainure du cathéter qu'on pouvait retirer plus tôt. Le premier mandrin, qui n'était pas plus gros qu'une sonde ordinaire, était un simple mandrin conducteur qui était ensuite remplacé successivement par les mandrins dilatateurs. Mais M. Guyon lui avait aussi reconnu des défauts. Très-satisfaisant chez les jeunes gens, il l'était moins chez les vieillards dont la prostate hypertrophiée fuyait devant les gros mandrins et se laissant mal dilater. Dans les expériences nombreuses qu'il a faites sur le cadavre, la vessie étant ouverte, M. Guyon a constaté ce fait bien des fois, et ne pouvait achever la dilatation qu'avec le doigt. Ces inconvénients avaient empêché M. Guyon de l'employer sur le vivant, au moins sur les vieillards, et chez les jeunes gens, il préfère la taille, qui réussit toujours sur eux. L'expérience de M. Duplay, qui s'en est servi avec succès sur un vieillard à grosse prostate, l'autorisera à l'employer maintenant plus hardiment.

M. TRÉLAT a employé la lithotritie périnéale dès que M. Dolbeau l'a fait connaître, et a constaté les inconvénients qui viennent d'être signalés. Le dilatateur est trop court et ne peut pas assez se dilater; mais M. Trélat a été surtout frappé du danger des pointes qui peuvent pénétrer au-dessous de l'urèthre, comme il l'a vu une fois, et ouvrir la porte à l'infiltration urineuse. C'est pour éviter ce danger qu'il avait fait recouvrir les pointes d'un capuchon métallique. Si ce capuchon s'est détaché une fois, cet accident, qui tient à une construction défectueuse, ne peut en rien diminuer l'avantage de cette modification. M. Trélat a éprouvé aussi avec la tenette la difficulté qu'a signalée M. Duplay; aussi a-t-il renoncé à l'employer et ne se sert-il plus que du casse-pierre, qui, comme le céphalotribe, peut servir à briser et à extraire.

Le dilatateur de M. Guyon, qui a la forme d'un pain de sucre très-allongé, aurait-il encore l'inconvénient de refouler la prostate s'il était absolument conique et très-aminci à son extrémité?

M. PAULET a été frappé d'un inconvénient commun à tous les dilatateurs à valves. Peu sensible sur l'urèthre ou sur la prostate dont les tissus ne tendent pas à se rapprocher, il l'est au contraire beaucoup sur le rectum dont la muqueuse est très-lâche. A mesure qu'on retire le premier mandrin, la muqueuse s'introduit entre les valves qui l'étranglent et si l'on veut introduire un autre mandrin on est arrêté par la douleur due au froissement que son passage fait subir à la muqueuse. On ne peut plus alors, sans causer des douleurs très-grandes, ni continuer la dilatation, ni même retirer l'instrument. On obvie facilement à cet inconvénient en enveloppant les valves d'une chemise de caoutchouc qui n'empêche nullement la dilatation, mais s'oppose à la pénétration des tissus entre les valves.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. TERRILLON, candidat, présente un malade sur lequel on peut observer un frottement sous-scapulaire et le développement d'une bourse séreuse sous l'omoplate. (Commiss. : MM. Verneuil, Lannelongue et Le Dentu).

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le conseil général de la Seine, sur le rapport de M. le docteur Villeneuve, a adopté à l'unanimité le vœu suivant présenté par M. le docteur Paul Dubois.

Considérant :

1° Que la loi de 1858 donne à tout docteur en médecine le droit de faire entrer d'urgence dans un établissement d'aliénée toute personne qu'il a jugée affectée d'aliénation mentale,

2° Qu'un très-grand nombre de docteurs en médecine jusqu'au moment où leur diplôme leur a été délivré, n'ont jamais eu l'occasion d'examiner un aliéné; l'enseignement des affections mentales n'existant pas dans les facultés de médecine de France,

3° Qu'il est impossible que le Gouvernement continue de donner un tel droit à des hommes dont la plupart sont incompétents,

Les soussignés ont l'honneur d'émettre le vœu que M. le ministre de l'instruction publique étant mis au courant de cette situation, un enseignement *clinique* des affections mentales soit créé dans le plus bref délai à la Faculté de médecine de Paris.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 140. — MARDI 30 NOVEMBRE 1875. 48e ANNÉE. MARDI 30 NOVEMBRE 1875. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOTEL-DIEU. — M. le professeur Béhier.

Paralysie générale des aliénés.

(Leçon recueillie par M. G. Marseille.)

Il est entré, au n° 41 de la salle Sainte-Jeanne, un homme très-intéressant pour nous, par cette raison qu'il est atteint d'une maladie qu'on n'a guère occasion d'observer dans les hôpitaux ordinaires; elle est, en effet, généralement réservée à des services tout à fait spéciaux. Malheureusement, par suite de dispositions administratives qu'on ne saurait trop déplorer, les asiles où sont reçus ces malades nous sont à peu près fermés. Cependant, il est très-utile que vous connaissiez cette maladie, non-seulement parce qu'elle constitue un problème clinique intéressant, mais surtout parce qu'elle se trouve mêlée, dans une forte proportion, à des intérêts sociaux très-respectables. Il faut que vous sachiez, en effet, qu'elle vous mettra souvent dans des situations fort embarrassantes, et qu'il vous faudra des connaissances spéciales et un certain degré de fermeté dans le caractère quand il s'agira, par exemple, de disputer à une accusation criminelle des individus qui ne sont nullement responsables de leurs actes.

Le malade qui va nous servir de sujet de leçon est un homme maigre, sec, assez bien constitué, âgé de trente-neuf ans et exerçant la profession de placier.

Dès le premier abord, on est frappé par l'expression béate et un peu niaise de sa physionomie, ainsi que par une hésitation particulière de la parole. Il se dit malade depuis un an à peu près, époque à laquelle il éprouva une violente céphalalgie frontale. En même temps, il vit sa mémoire s'affaiblir considérablement, au point de le forcer à abandonner sa profession de placier; il oubliait, dit-il, le nom et la rue des négociants qu'il avait à voir; les gens qui l'entouraient semblent avoir, dès ce moment, constaté son affaissement intellectuel, et sa femme surtout en fut frappé, car elle paraît le lui avoir reproché, parfois, avec une vivacité dont il garde encore aujourd'hui le souvenir.

Il n'a, du reste, jamais fait de maladie grave; il n'a jamais eu de syphilis et prétend n'avoir pas abusé des liqueurs alcooliques. Il est très-affirmatif sur ce point.

La faiblesse intellectuelle ne tarda pas à s'accompagner d'une notable débilité corporelle; des idées tristes et déraisonnables se manifestèrent chez lui, et, la vie de famille n'étant plus possible, on se décida à l'envoyer à l'hôpital, où il est entré le 28 avril.

A son entrée, le facies, nous l'avons dit, est presque à lui seul caractéristique; il exprime l'indifférence et un certain degré d'étonnement intellectuel; les deux pupilles sont inégales, la gauche plus contractée que la droite.

L'articulation matérielle de la voix est elle-même troublée; la parole, par sa lenteur et sa difficulté, ne traduit pas seulement la difficulté de la pensée; l'émission des sons elle-même est troublée; par moment, quand le malade veut parler vite ou lorsqu'il parle depuis quelques instants, il hésite en prononçant un mot, il répète deux ou trois fois la même syllabe, il bégaie, en un mot. C'est bien du bégaiement, et non la parole lente et scandée de la sclérose en plaques que vous pouvez étudier comparativement chez un autre malade du service.

Si on lui fait tirer la langue, elle sort nettement et sans déviation mais on constate bientôt un signe assez important. C'est un tremblement fibrillaire de l'organe qu'on constate soit lorsque le malade la tire seulement à moitié, soit lorsque la langue, étant entièrement sortie, on maintient l'organe quelque temps dans cette dernière position.

Lors de cette projecture de la langue, un même tremblement fibrillaire se remarque aussi sur les muscles qui s'insèrent aux commissures des lèvres, *orbiculaire*, *grands zygomatiques*, etc. Ces mêmes muscles sont de temps en temps agités, quand le sujet est absolument au repos; leur mouvement fibrillaire est aussi très-marqué lorsque le malade fait agir les lèvres, quand on lui fait découvrir les dents supérieures, par exemple, comme dans l'action du rire.

La motilité des muscles n'est pas très-manifestement atteinte. Toutefois, les doigts étendus présentent un tremblement peu marqué, assez analogue au tremblement alcoolique, mais moins violent. La force musculaire est un peu diminuée. Le malade ne serre pas la main qu'on lui présente avec la force que devrait développer un homme de son âge.

Il avait autrefois, dit-il, une fort belle écriture; aujourd'hui elle présente un tremblement très-menu, qui enlève toute fermeté aux lettres, et qui peut être considéré comme tout à fait caractéristique. Je reviendrai tout à l'heure sur ce point.

Pas de troubles appréciables de la sensibilité. Pas d'anesthésie ni d'analgésie.

Les selles sont régulières; pas d'incontinence d'urine. Pas d'impuissance. Appétit conservé; il mange deux degrés.

C'est l'intelligence qui est le plus fortement éprouvée. Le malade est enfantin dans sa manière d'être. Les réponses, assez justes, du reste, sont naïves et niaises. Il rit sans motif puis tombe dans des tristesses inexpliquées. Les idées sont toujours modestes et sans trace de délire ambitieux. Il a conscience de sa situation, de son infériorité, et il paraît parfois encore souffrir de sa dégradation intellectuelle, surtout du défaut de mémoire, qu'il apprécie parfaitement. Mais le fond de ses idées est triste ; on le persécutait, on lui voulait du mal; il avait surtout un ennemi, négociant de son quartier, etc. Le délire est de forme lipémaniaque, jamais ambitieux, et il offre aussi quelques traits appartenant à l'hypocondrie. Il se plaint de dérangement de corps, de diarrhée, de sensations douloureuses à l'épigastre, symptômes dont la plupart sont imaginaires.

Les facultés affectives sont également ratteintes. Il reçoit ses parents, ses enfants avec plaisir, mais, en leur absence, il ne manifeste jamais le besoin ou le désir de les voir.

Depuis son séjour à l'hôpital, son état ne s'est pas rapidement modifié; l'intelligence baisse graduellement, mais lentement. Les fonctions organiques s'exécutent normalement.

Avons-nous là un homme qui ait été frappé cérébralement, comme la femme dont je vous ai entretenu, il y a quelques jours, à propos de l'hémorrhagie cérébrale? Chez elle aussi, l'intelligence était affaiblie. Comme le malade d'aujourd'hui, elle était niaise, enfantine; mais elle présentait d'énormes différences qui la séparent d'une façon très-nette et très-tranchée de l'homme qui va faire l'objet de cette leçon.

Tout d'abord, le début, chez elle, avait été brusque, et accompagné de phénomènes graves, la perte de connaissance, par exemple. Ici, au contraire, les accidents sont survenus petit à petit, graduellement. Chez la première, la différence est encore plus sensible aujourd'hui que la paralysie du début et nettement accentuée, tandis que ce symptôme est peu marqué chez le second ; elle serait même douteuse pour un œil peu exercé. De plus, elle est survenue lentement. Il est très-utile pour vous de vous habituer à bien connaître ces particularités, qui vous serviront à trancher franchement la question, s'il reste quelque doute dans l'esprit des personnes qui vous demanderont votre avis dans un cas de ce genre.

Avant de relever ce qu'on peut remarquer chez cet homme, et pour compléter la différence qu'il y a entre son état et celui de la malade dont je vous ai parlé dans la dernière séance, il y a une certaine utilité à résumer les traits de l'affection dont il est atteint, et qui n'est autre que la paralysie générale des aliénés.

Cette maladie est une et identique, malgré les variétés apparentes de forme qu'elle présente ; elle constitue un véritable groupe nosologique parfaitement délimité.

Elle est toujours caractérisée par quatre éléments distincts, associés entre eux : 1° par des troubles de la motilité ; 2° par un affaiblissement intellectuel ; 3° par un délire qui peut revêtir des formes variables, mais qui en présente surtout une que l'on rencontre plus fréquemment, et qui consiste en un certain degré d'excitation accompagnée tantôt d'idées ambitieuses et de satisfaction, tantôt de mélancolie et d'hypochondrie; 4° par une lésion organique constante, savoir l'adhérence des méninges à la couche corticale de circonvolutions qui ont subi elles-mêmes des altérations spéciales, que nous examinerons tout à l'heure avec grands détails.

Telle est la maladie à laquelle Parchappe a donné le nom de folie paralytique, que Calmeil a désignée sous celui de péri-encéphalite chronique diffuse ; Bayle, de méningite chronique avec aliénation; que d'autres, enfin, ont appelé démence avec paralysie progressive, ou bien encore délire ambitieux avec paralysie, dénomination mauvaise, qui a l'inconvénient de laisser trop de formes de côté.

La paralysie générale, dénomination qui convient mieux, est une question toute moderne. C'est Haslam qui le premier, en 1798, a rapproché les phénomènes de paralysie des idées d'orgueil et de la démence qui est l'aboutissant de cet état intellectuel. Esquirol, en 1805, a insisté sur l'incurabilité de la folie compliquée de paralysie. Georget a soutenu la même thèse. Bayle, en 1822, a commencé à délimiter la maladie, qu'il divisait en trois périodes : période de congestion, période de manie et enfin période de démence complète avec paralysie générale liée, suivant lui, à l'infiltration séreuse des méninges. Delaye, en 1822, sépara la maladie à titre de forme spéciale.

Calmeil, en 1826, et plus tard, en 1852, établit qu'elle consistait dans la lésion du cerveau et non des méninges, opinion que Parchappe a soutenue en 1838. Baillarger, en 1837, prétend que c'est la paralysie qui précède tous les autres symptômes, opinion partagée par Lunier en 1849, et qu'il ne faut pas accepter comme absolue. Enfin Jules Fabres en 1858, Brierre en 1860, Marcé en 1862, Moreau à la même époque, et enfin M. Lasègue, ont beaucoup contribué, de leur côté, à l'éclaircissement de la question.

On a admis, dans l'étude de la paralysie générale, plusieurs périodes : période de début, période d'état et période de terminaison.

La période prodromique, comme la maladie elle-même, présente deux formes spéciales : une forme d'excitation, désignée sous le nom de forme expansive, caractérisée par une irritation sans motif, des colères sans causes, une agitation violente, même chez des gens qui jusque-là avaient été très-calmes, circonstance qui rend plus évident encore le début de la maladie ; et une forme dépressive marquée par de l'apathie, de la placidité, de la mollesse, qui remplacent l'activité que les malades apportaient dans le soin de leurs affaires dont ils ne se soucient plus, par des troubles intellectuels commençants qui sont tout à fait étranges. C'est ainsi qu'un homme que j'ai connu présenta tout à coup une indélicatesse singulière. C'était un individu très-rangé, très-scrupuleux dans ses affaires, d'une probité éprouvée, qui, un beau jour, se mit à jouer à la Bourse, à spéculer, et cela avec si peu de scrupule, que si l'on ne l'avait arrêté, il aurait commis des escroqueries, n'ayant plus d'autre but que de gagner de l'argent. D'autres, qui étaient très-honorables, deviennent tout à coup débauchés, ou commettent des actes désordonnés qui, au début, ne sont pas toujours saisissables. Ailleurs, c'est par exemple un juge de paix de province, que j'ai vu dans une maison de santé, lequel n'avait jamais eu que le train de maison le plus modeste et qui se met tout à coup à acheter sept ou huit voitures ; ou bien un homme rangé qui se met à entretenir une actrice, tous faits qui sont très-importants à connaître comme signes de début.

Chez quelques-uns, les prodromes sont loin d'être aussi marqués. Là, le début s'annonce par un certain degré de congestion, des maux de tête, des vomissements survenant sans cause apparente. Chez d'autres, les symptômes se manifestent d'une façon moins tranchée encore. Il survient un changement dans le caractère des malades, dans leurs habitudes ; ils perdent la mémoire ; il se passe chez eux quelque chose d'insolite, qui n'a rien de précis, si bien que les parents en parlant du malade traduisent leur impression en disant : « qu'ils ne le reconnaissent plus, qu'ils ne savent pas ce qu'il a. »

A ces prodromes, succède la première période de la maladie

confirmée. Elle présente plusieurs formes que les auteurs ont réunies sous quatre chefs : deux formes de troubles physiques et deux formes de troubles intellectuels. Car, remarquez-le bien déjà ici, ce qui caractérise cette forme d'aliénation mentale, c'est la coexistence des troubles du mouvement et des troubles intellectuels. Les uns et les autres, du reste, marchent toujours deux à deux avec la même apparence, et on doit admettre les deux variétés que nous venons de voir dans les prodromes : variété avec excitation, variété avec affaissement.

Pour la facilité de l'étude, chacune de ces catégories doit être étudiée séparément.

1° Les phénomènes intellectuels qui caractérisent la forme intellectuelle expansive succèdent aux prodromes de même apparence dont ils ne sont que le développement évolutif. Les malades sont possédés d'une activité excessive, d'un besoin de mouvement incroyable. Tel était ce malade, qui était pris d'un besoin d'activité tel qu'il passait son temps à frotter les escaliers de la maison dont il était propriétaire. Puis ils sont travaillés d'idées irréalisables et à forme vaniteuse; ils sont, par exemple, convaincus qu'ils vont faire le bonheur du genre humain. Cela commence souvent par un changement brusque et absolu dans les habitudes. Des gens avares deviennent tout à fait prodigues, d'autres accumulent les commandes et les achats. Ne doutant pas de leur fortune, ils achètent toujours, sans limites, sans besoin, sans réflexion. J'ai connu un malade de cette sorte qui achetait plus spécialement tous les instruments aratoires qu'il rencontrait, et les amoncelait dans un coin, sans s'en servir jamais. Un autre avait la monomanie de la bâtisse, et plus particulièrement des cloisons; chacune de ses chambres avait été divisée par lui en une infinité de petits compartiments. Quelques-uns sont possédés de la manie du vol. Ils dérobent tout ce qui leur tombe sous la main et se l'approprient ostensiblement. Ailleurs, ils volent avec soin, avec précaution, et ce sont surtout ceux là que l'on a toutes les peines du monde à arracher aux mains des magistrats. D'autres passent leur temps en allées et venues tout à fait incohérentes. Ils sortent au milieu de la nuit, restent un ou plusieurs jours absents, quelquefois davantage, et un beau jour on les retrouve au bureau de police pour avoir passé la nuit sur un banc ou s'être déshabillés sur la voie publique. Vous en avez qui sont pris d'une excitation génésique insolite, d'une lubricité et d'un cynisme qui n'ont pas de nom. J'ai vu dans une maison de santé un homme qui parcourait les grandes routes en cabriolet, s'arrêtant dès qu'il apercevait une femme dans un champ et la poursuivant de ses obsessions les plus vives. Un autre prétendait que toutes les femmes du pays qu'il habitait avaient été ses victimes; et le motif qu'il donnait de cette conduite était étrange : il voulait, disait-il, rester chaste avec sa femme, qui avait besoin de ménagements, et c'était pour ne pas la fatiguer qu'il courait après les autres. Il était, du reste, très-pieux et prétendait dans sa folie qu'il avait, pour agir ainsi, l'approbation de son directeur.

Vous trouverez des cas bien autrement singuliers. Je me rappelle avoir vu, dans une maison de santé, un jeune homme qui était sorti de la messe avec un bonnet rouge sur la tête et une épée nue à la main. Le bonnet rouge, c'était Jésus-Christ, l'épée, c'était saint Pierre.

Il est une autre variété importante à connaître, c'est l'ivrognerie survenant tout à coup chez des gens parfaitement sobres jusque-là. J'ai connu un individu qui dès quatre heures du matin parcourait le pays, s'arrêtant chez tous les marchands de vin. Jusque-là il avait été extrêmement sobre. Il a succombé dans un état de paralysie générale des plus caractérisés.

D'autres fois, les malades offrent une autre forme; ils rêvent honneurs, puissance. Ils sont empereurs, rois, dieux, chefs du firmament, etc.

Pour certains, c'est la richesse qui occupe leur esprit. Ils ont des millions de milliasses, phrase toujours la même et devenue caractéristique, pour ainsi dire. Ils ont des diamants, des palais; Paris est à eux. Pour d'autres, l'idée de l'or est plus dominante encore : tout est en or, même leurs maisons, leurs aliments. Un, entre autres, prétendait avoir fait bâtir, à Trouville, une maison en or qu'il voulait offrir à l'impératrice, avec laquelle il devait avoir douze enfants; il était roi, gloire, empereur, général des empereurs, dieu ; il avait des milliards de milliasses, etc.

Dans les détails du délire, vous retrouverez cependant toujours, avec la forme expansive et orgueilleuse, des souvenirs de la profession antérieure du malade ou des traits de lectures antérieures qui les avaient vivement intéressés. Ainsi, le juge de paix que je vous ai déjà cité, faisait lever la main à tous les gens qu'il rencontrait, leur ordonnant de jurer, reste de ses habitudes d'audience; seulement, comme il était tout puissant, il donnait la décoration à tous, comme conséquence de leurs serments. Un autre, qui avait lu le *Voyage à la lune*, de Jules Verne, prétendait avoir été nommé par Dieu général du firmanent, il commandait aux planètes, il était sûr de terminer tous les différents du monde. Il suffisait, en effet, selon lui, d'envoyer çà et là des *columbias*. Un autre avait le secret de la paix universelle; il suffisait tout simplement, selon lui, de convier l'univers à un banquet, sur une table de mille lieues de long. Enfin les uns font des hommes géants; les autres ont des invisibles, des légions pour les servir, etc. On ne tarirait pas si l'on voulait raconter toutes les élucubrations qui germent dans l'esprit de ces malheureux.

Ce qu'il est bon encore de connaître, c'est que quelquefois les symptômes sont loin d'être aussi marqués, et surtout ne se montrent que graduellement. C'est, en effet, tout d'abord, une simple exagération de faits réels; témoins ces ouvriers qui commencent par estimer le prix de leur journée à 50 francs, et qui bientôt parlent de 100, 150 et 100,000 francs comme représentant leur salaire quotidien.

D'autres sont constamment dans un état de béatitude et de satisfaction; ils se trouvent très-bien dans les maisons de santé, tout y est bien, tout y est bon. Ailleurs, ils sont amoindris par la maladie, et ils montrent leurs belles formes, insistent sur leurs forces physiques; certains se parent d'oripeaux, de plumes qu'ils rencontrent, et les montrent avec ostentation.

(*A suivre.*)

SARCOCÈLE ET PHTHISIE CANCÉREUSE (1).

Par M. le docteur Picard.

Conclusion. — Le sarcocèle cancéreux (variété encéphaloïde) peut, dans quelques cas, produire la phthisie cancéreuse. — C'est dans le tissu conjonctif sous-épithélial et non dans l'épithélium lui-même que l'encéphaloïde prend naissance, soit dans les canalicules spermatiques, soit dans les bronchioles et les vésicules pulmonaires. — Le système lymphatique quelquefois, mais le plus souvent le système veineux, sont les voies par lesquelles se fait la génération pulmonaire qui fait l'objet de ce travail. — Des abcès caséiformes, pris quelquefois pour du cancer ou du tubercule en voie de suppuration, ont pu être la conséquence d'embolies cancéreuses pulmonaires. — Il peut, concurremment avec un sarcocèle cancéreux, se produire

(1) In-8. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adr. Delahaye.

des tubercules pulmonaires chez les sujets cachectiques, mais on ne peut admettre que le tubercule soit produit directement par le cancer.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 novembre 1875. — Présidence de M. WOILLEZ.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente, en son nom et au nom de M. le docteur Andigé, une brochure intitulée : *Recherches expérimentales sur les alcools par fermentation.* (Voy. *Gazette des Hôpitaux*, numéro du 25 novembre 1875.)

En présentant cet ouvrage, M. Dujardin-Beaumetz fournit quelques explications sur les expériences qu'il a entreprises avec M. Audigé, et termine en annonçant la publication prochaine d'un nouveau travail, qui contiendra les résultats d'expériences qu'ils poursuivent en ce moment sur les alcools du commerce.....

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA MORT SUBITE APRÈS LA THORACENTÈSE.

M. MAURICE RAYNAUD, à l'occasion du procès-verbal, communique un troisième fait analogue à ceux qu'il a présentés dans la dernière séance.

M. DESNOS présente quelques observations relativement à une appréciation portée, dans la dernière séance, par M. Maurice Raynaud au sujet de son rapport sur le travail de M. Legroux.

Cette appréciation comprend deux parties : dans le première, M. Raynaud cherche à établir une conciliation entre MM. Desnos et Legroux, en admettant que la congestion pulmonaire admise par le premier, et la syncope admise par le second, comme causes de la mort subite, peuvent s'ajouter l'une à l'autre. L'entente, sur ce point, n'est pas possible entre M. Legroux et M. Desnos; en effet, M. Legroux, dans son observation, considère la mort subite comme le résultat d'une anémie encéphalique. Or, parmi les raisons multiples invoquées par M. Desnos pour rejeter cette manière de voir, il en est une qui semble péremptoire, c'est que le bulbe, loin d'être anémié, est, au contraire, congestionné.

M. Legroux le dit lui-même en donnant les résultats de l'autopsie de son malade.

La seconde partie de l'appréciation de M. Raynaud contient une théorie du mécanisme de la mort par congestion pulmonaire en certains cas, c'est-à-dire lorsque la mort est subite, instantanée. Pour M. Raynaud, la syncope viendrait compliquer la congestion pulmonaire. M. Desnos est assez porté à l'admettre; mais pour lui, la syncope n'est que le phénomène ultime et la congestion pulmonaire le fait primordial. Il insiste sur ce point afin que les médecins s'appliquent surtout à prévenir cette congestion par tous les moyens possibles.

Convulsions éclamptiques à la suite de la thoracentèse. — M. VALLIN rapporte un fait presque identique à ceux de MM. Raynaud et Brouardel, et dont il doit la communication à M. Laveran, agrégé au Val-de-Grâce. Il s'agit d'un homme de vingt-trois ans, entrant à l'hôpital avec tous les signes d'un épanchement pleurétique qui, après être resté longtemps stationnaire, augmente au point de nécessiter la thoracentèse; cette opération procure au malade un soulagement notable, mais l'épanchement se reproduisant, on pratique l'empyème et l'on place un tube à drainage, par lequel on fait tous les jours dans la plèvre des injections phéniquées.

Pendant une de ces injections, le malade accuse un peu de douleur et, à la fin de l'injection, il est pris de syncope. On observe de la contracture des membres, les extrémités sont refroidies, la figure est cyanosée, le pouls petit; après trois quarts d'heure, opisthotonos; douze heures après le début de ces accidents, le malade meurt sans avoir repris connaissance.

A l'autopsie, rien de spécial, si ce n'est une symphyse cardiaque complète, accompagnée de dégénérescence graisseuse du cœur, qui peut-être, suivant M. Laveran, a joué un rôle important dans la production des accidents.

M. Vallin exprime le regret que cette autopsie n'ait pu être faite d'une façon plus complète et par M. Laveran lui-même, car ces cas sont rares et il y a un point délicat d'anatomie pathologique à élucider. C'est surtout l'examen de l'encéphale qui réclame, dans ces cas, une attention toute particulière et, à ce sujet, M. Vallin demande à M. Raynaud quelques renseignements sur l'autopsie de son second malade; il désirerait savoir si M. Raynaud a recherché des obstructions emboliques des artères cérébrales. Il n'a pu s'empêcher, en effet, de rapprocher les cas de M. Raynaud de ceux qu'il a publiés lui-même il y a quelques années sous ce titre : *De l'apoplexie dans les épanchements pleuraux.* Il rappelle l'histoire d'un malade qui, dans le cours d'un épanchement pleurétique, fut pris tout à coup d'un état apoplectique suivi d'une hémiplégie à droite, puis, plus tard, d'une plaque gangréneuse à la plante du pied droit, et qui mourut deux mois après, malgré des ponctions successives et l'empyème.

A l'autopsie, M. Vallin trouva un foyer de ramollissement dans le corps strié gauche, et un bloc embolique oblitérant l'artère sylvienne correspondante.

M. Vallin rapproche de ce fait tous les cas du même genre qu'il a trouvés dans plusieurs publications françaises et étrangères, entre autres, une observation de M. Duroziez, publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1870.

Se basant sur ces faits, il se demande s'il ne serait pas possible de rattacher les accidents épileptiformes signalés par M. Raynaud à l'obstruction brusque d'une artère cérébrale par des concrétions ou par des détritus granuleux détachés des veines pulmonaires d'un poumon comprimé et enflammé. Il reconnaît qu'il ne faut pas admettre avec trop de complaisance cette explication facile de l'embolie, dont on a abusé dans ces dernières années; mais a-t-on moins abusé des actes réflexes? Les deux théories doivent donc se montrer indulgentes l'une pour l'autre. M. Vallin est loin d'ailleurs de vouloir rattacher tous les cas de mort subite ou d'accidents éclamptiques survenant dans la pleurésie, à desobstructions emboliques du cerveau; il signale seulement ce fait d'une apoplexie brusque suivie d'hémiplégie survenant, après la thoracentèse, chez des individus jeunes que rien ne prédisposait aux hémorrhagies cérébrales, et se demande si l'on ne pourrait admettre, dans ces cas, une relation de cause à effet.

Si, suivant l'hypothèse de M. Raynaud, il n'y a là qu'une excitation réflexe du bulbe d'origine périphérique, comment admettre qu'une séreuse qui, depuis plusieurs semaines, subit impunément le contact d'un liquide irritant acquière tout à coup une sensibilité réflexe aussi exquise? Ne peut-on pas plutôt admettre qu'une injection poussée avec un certain effort, a ébranlé une concrétion ramollie, ou les détritus granuleux des veines d'un poumon induré, en baignant dans le pus et très-inégalement perméable à la circulation?

M. Vallin a vu éclater des attaques éclamptiques de nature probablement embolique, chez un malade à qui il avait ouvert, quinze jours auparavant, un abcès profond du cou remplissant la gaine carotidienne, et il est frappé de la ressemblance des symptômes qu'a présentés ce malade avec ceux qui ont été observés par M. Raynaud. L'attaque débute par un état syncopal, et ce n'est que plus tard qu'arrivent les contractions et les convulsions cloniques. Or, cette absence de contraction au début est difficilement compatible avec l'excitation réflexe invoquée par M. Raynaud. Il en est de même de l'hémiplégie, et de la cécité brusque et complète, qui fait involontairement penser à un arrêt mécanique de la circulation.

M. Vallin, sans insister davantage, pense qu'il y a là un assez grand nombre de faits vraisemblables pour diriger les recherches anatomiques dans une certaine direction. S'il en était ainsi que le suppose M. Vallin, il en découlerait certaines indications thérapeutiques qui sont les suivantes : ne pas intervenir trop tardivement par la thoracentèse, ne pas permettre que la compression aille jusqu'à supprimer la circulation dans une partie de l'organe afin d'éviter la formation de caillots dans les veines pulmonaires, et enfin évacuer le liquide avec une grande lenteur. Dans cet ordre d'idées, le procédé

de M. Blachez et le siphon de M. Potain pour les lavages de la plèvre semblent réunir tous les avantages.

M. MAURICE RAYNAUD est d'autant plus disposé à l'indulgence pour la théorie émise par M. Vallin, qu'il en a plus besoin lui-même pour celle qu'il a soutenue dans la dernière séance. Toutefois, il se croit autorisé à affirmer de la façon la plus précise que l'examen du cerveau, dans le cas dont il s'agit, a donné des résultats négatifs. Cet examen, en effet, a été pratiqué de la façon la plus complète. Cependant il avoue n'avoir pas examiné la carotide dans le sinus caverneux. Mais en admettant, avec M. Vallin, l'idée des oblitérations emboliques, comment, dans ce cas, expliquer la cécité subite? Il n'existe pas, dans la science un seul exemple d'embolie de l'artère centrale dans les deux rétines à la fois. L'hypothèse de l'embolie est donc bien difficile à admettre en pareil cas. En outre, M. Maurice Raynaud a examiné le cœur avec grand soin, et n'y a rien trouvé de particulier. Il regarde donc l'interprétation de M. Vallin comme inadmissible pour les cas dont il a parlé et maintient l'opinion qu'il a émise relativement à ce cas.

M. Raynaud répond ensuite à M. Desnos. Il ne nie pas que la mort subite, après la thoracentèse, ne puisse être le résultat de la congestion pulmonaire ; mais il affirme qu'il est des cas où la congestion pulmonaire ne peut être mise en cause; il a cité un nouvel exemple que M. Paul Oulmont, son interne, va prochainement publier : un homme, dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, est atteint d'une pleurésie avec épanchement, qui nécessite la thoracentèse; aussitôt après cette opération, il est pris d'une expectoration albumineuse abondante, et meurt un quart d'heure après. A l'autopsie, on ne trouve absolument aucune trace de congestion pulmonaire. Dans ce cas encore, l'action réflexe paraît devoir être invoquée comme la cause la plus probable de la mort.

M. LÉPINE observe en ce moment à l'hôpital Beaujon deux malades, qui offrent un certain intérêt au point de vue des considérations présentées par M. Vallin, d'une part, et par M. Maurice Raynaud, d'autre part ; l'un est un homme de trente ans qui, à la suite de l'opération de l'empyème, a été pris d'une hémiplégie droite, banale, qui semble évidemment devoir être rattachée à une oblitération embolique dont le point de départ a été dans les veines pulmonaires.

Chez l'autre malade, cette interprétation n'est plus possible. C'est également un homme jeune chez lequel, quinze jours après l'opération de l'empyème, apparaît une faiblesse du membre supérieur droit, aboutissant à une impotence fonctionnelle absolue, avec amaigrissement de ce membre. Sans oser affirmer qu'il s'agit là d'un fait de paralysie réflexe, M. Lépine soumet ce cas à l'attention de ceux de ses collègues que cette question intéresse plus particulièrement. Il rapproche, en outre, de ces deux cas, deux autres faits du même ordre : 1° un cas de névralgie du membre supérieur droit consécutif à une contusion de la paroi thoracique du même côté, qui a été signalé par M. Ollivier; 2° un fait encore inédit, et actuellement observé par M. Le Dentu, dans lequel il s'agit d'une tumeur cancéreuse de l'omoplate, ayant amené d'abord une faiblesse du membre supérieur correspondant, ce qui n'a rien d'extraordinaire, puis, consécutivement, une faiblesse dans la cuisse du même côté. M. Lépine n'insiste pas sur l'interprétation difficile de ces faits, mais il croit devoir les signaler à l'attention de la Société comme pouvant, associés à d'autres cas du même genre, apporter quelque lumière dans la discussion actuelle.

Mort subite, après la thoracentèse, produite par une hémorrhagie de l'artère gastro-épiploïque droite avec ulcère perforant du duodénum resté latent pendant la vie. — M. LIBERMANN donne lecture d'une observation, avec pièces anatomiques à l'appui, qui prouve que la mort subite après la thoracentèse peut être due à des causes tout à fait indépendantes de cette opération et n'être qu'une simple coïncidence. Voici le fait résumé :

Un soldat de vingt-quatre ans, d'une constitution moyenne, n'ayant jamais été malade, entre à l'hôpital du Gros-Caillou avec tous les signes d'un épanchement pleurétique à droite. La palpation de l'abdomen, pratiquée avec soin pour s'assurer de l'état du foie, est absolument indolore.

L'épanchement ne se modifiant pas sous l'influence des vésicatoires, M. Libermann pratique une ponction avec l'appareil Dieulafoy. Il se reforme rapidement et nécessite une nouvelle ponction cinq jours après; troisième ponction huit jours après, qui donne issue à 1,500 grammes d'un liquide devenu tout à fait purulent. Le malade subit ainsi un certain nombre de ponctions successives qui, chaque fois, lui procurent un grand soulagement. Jamais il n'accuse aucune douleur abdominale; il se plaint seulement d'un peu de constipation, qui cède à deux prises de rhubarbe. Une demi-heure après la huitième ponction, qui a été pratiquée dans les conditions ordinaires, le malade est pris d'une envie d'aller à la selle, on le soulève et on le soutient sur le vase, quand tout à coup il pâlit et tombe inanimé, après avoir rendu deux verres d'un liquide séro-sanguinolent. Tout d'abord, M. Libermann crut devoir expliquer la mort par une syncope.

L'autopsie, pratiquée avec le plus grand soin par M. le docteur Lotheau, aide-major du service, montre que les différentes ponctions n'ont déterminé aucun désordre local.

A l'ouverture de l'abdomen, on voit le foie très-développé, l'estomac et l'intestin très-distendus et d'un aspect brun-rougeâtre. Le foie, la rate et les reins présentent de nombreux points de dégénérescence granulo-graisseuse. L'estomac, à l'extérieur, est rougeâtre, paraît distendu par du gaz, du liquide et un corps solide élastique sous le doigt. Le duodénum et le jéjunum offrent le même aspect. A l'ouverture de l'estomac, on trouve un immense caillot sanguin baigné par un liquide roussâtre, qui n'est que de la sérosité, exsudée du caillot. Celui-ci est très-consistant, mesure 24 centimètres de long sur 10 de largeur, et offre une pointe qui s'engage dans le pylore. Le duodénum ouvert présente un caillot de 100 grammes qui recouvre, sur la face postérieure de l'intestin, un ulcère rond, intéressant la paroi intestinale tout entière et reposant sur les lobules du pancréas, auxquels ses bords taillés à pic sont complétement soudés. L'artère gastro-épiploïque droite présente une ulcération d'un demi-millimètre environ de longueur.

En présence de ce fait, M. Libermann se demande si la thoracentèse a hâté la rupture des tuniques artérielles malades et précipité la mort. Pour soutenir cette opinion, il faudrait invoquer l'affluence du sang vers la poitrine et une augmentation de tension dans les vaisseaux de cette région. Or, cet afflux du sang n'a pu être bien considérable, puisqu'on avait affaire à une cavité contenant un poumon imperméable, des fausses membranes très-épaisses et un peu vasculaires; en outre, la quantité de liquide extrait a été peu considérable, et il en était resté une certaine quantité dans la plèvre après la ponction. Enfin, nulle part il n'existait de traces de congestion. Pour ces raisons, M. Libermann incline à croire que la rupture des tuniques artérielles a été une simple coïncidence, et que la ponction n'a eu aucune influence sur cet accident redoutable. Il faudra donc à l'avenir, dans les cas de mort subite après la thoracentèse, rechercher, outre les lésions invoquées dans ces derniers temps, telles que la syncope, la congestion pulmonaire, l'asphyxie lente, toutes celles qui peuvent produire la mort par une cause tout à fait étrangère à la thoracentèse.

En terminant, M. Libermann présente quelques considérations sur les ulcères du duodénum et la mort subite par hémorrhagie de l'artère gastro-épiploïque droite. Il rapproche de son intéressante observation les quelques faits analogues qu'il a pu rassembler dans l'histoire, encore très-incomplète, des ulcères du duodénum.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Péritonite chronique tuberculeuse ayant débuté par les seuls signes d'une obstruction intestinale. — Difficulté du diagnostic au début. — Mort après trois mois sans lésion pulmonaire. — M. LIOUVILLE présente des pièces anatomiques recueillies le matin même à la clinique de l'Hôtel-Dieu, qui concernent un cas de péritonite chronique tuberculeuse développée chez un homme de vingt-trois ans, et dont les premiers symptômes apparents ont été ceux d'une obstruction intestinale paraissant

devoir nécessiter par sa ténacité et son intensité une intervention chirurgicale.

Après quatre jours, le cours des matières s'était rétabli ; les vomissements tenaces, presque fécaloïdes, disparurent ; la température se releva un peu, et tout parut rentrer dans l'état normal, quand survinrent des manifestations péritonéales. Quinze jours après, une nouvelle obstruction intestinale parut devoir faire redouter encore la nécessité d'une opération ; mais M. Liouville crut devoir attendre, ayant eu l'occasion d'observer un cas de ce genre, dans lequel on était tombé sur une péritonite tuberculeuse, à laquelle l'opération avait donné comme un réveil d'acuité. Ici, en effet, les accidents d'étranglement interne disparurent sous l'influence du traitement médical, mais pour faire place de nouveau à des manifestations péritonéales.

Le diagnostic sembla donc bien alors être celui d'une péritonite subaiguë, tuberculeuse, quoique les deux poumons parussent indemnes. La marche spéciale de la maladie ne fit que confirmer ces appréhensions et le malade succombait trois mois après. A l'autopsie, on ne trouva aucune trace de tubercule, aucune lésion dans les poumons, les plèvres seules commençaient à se prendre par propagation (légère pleurésie tuberculeuse avec granulations tuberculeuses milialres suivant le trajet des lymphatiques.)

Le point de départ, le lieu d'élection et d'intensité manifestes était bien la séreuse péritonéale.

La cavité abdominale présentait, en effet, toutes les lésions, et à leur maximum, de la péritonite chronique tuberculeuse, avec le gâteau intestinal, les néo-membranes jaunâtres, le liquide puriforme, les agglutinations des anses intestinales entre elles et avec les viscères.

Les rapports des différents organes étaient modifiés, des poches enkystaient des produits pathologiques nouveaux ; enfin, ce qui était particulièrement remarquable, c'était l'existence de brides ; quelques-unes se rompant facilement, d'autres très-solides, au contraire, et capables d'étrangler une anse d'intestin en partie ou en totalité.

Le microscope révélait l'existence de granulations tuberculeuses dans les deux séreuses, mais avec prédominance pour le péritoine.

M. Liouville cherche surtout à faire ressortir, des pièces pathologiques qu'il place sous les yeux des membres de la Société, les quatre points suivants :

1° Le début d'une tuberculisation par les seules lésions de la cavité abdominale.

2° L'absence même de toute lésion tuberculeuse dans le poumon.

3° L'extension des altérations granulo-tuberculeuses du péritoine et de la plèvre ; d'où la coexistence de la mortification identique des deux séreuses.

4° Enfin, eu égard au point de vue pratique, M. Liouville appelle l'attention sur ce point qu'il ne faut pas se hâter de recourir, dans des cas pareils, et malgré les apparences du diagnostic au début, à une opération qui semble réclamée d'urgence et par l'intensité, et par la ténacité de l'obstruction intestinale, dont les seuls symptômes peuvent cependant ouvrir la scène en rendant ainsi très-difficile le diagnostic au début.

L'opération dans ces conditions, tout en obviant rapidement sans doute à de graves accidents, hâte la mort qui peut, par un traitement médical approprié, être retardée de plusieurs mois, peut-être de plusieurs années, comme le signalait déjà le professeur Grisolle.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons la douleur d'apprendre la mort bien imprévue de M. le docteur Giraldès (Joachim-Albin Cardozo Cazado), professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, etc. M. Giraldès qui avait occupé la tribune de l'Académie pendant une partie de la séance de mardi dernier, et qui s'y était fait remarquer par sa vigueur d'argumentation, sa verve et son esprit ordinaires, a succombé trois jours après, au sortir de la Société anatomique, le 26 novembre. Il était âgé de soixante-sept ans. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui lundi à l'église Saint-Germain des Prés.

— Par décret en date du 20 novembre 1875, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de pharmacien principal : MM. de Nozeille et Sambuc.

— Par décret en date du 26 novembre 1875 l'École de médecine et de pharmacie de Marseille a été déclarée école de plein exercice.

— Par arrêté en date du 22 novembre 1875, un concours pour un emploi des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle sera ouvert le 1er juin 1876, à l'École de médecine de Toulouse.

— Par arrêté en date du 23 novembre 1875, un concours pour un emploi de suppléant aux chaires de clinique et de pathologie internes, s'ouvrira le 1er juin 1876, à l'école de médecine de Besançon. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— Par arrêté en date du 24 novembre 1875, « Tout élève d'un établissement d'enseignement supérieur public ou libre, qui veut passer d'une faculté dans une autre, en conservant le bénéfice des inscriptions qu'il a prises et des examens qu'il a passés, doit présenter : 1° un certificat de scolarité délivré par le doyen de la faculté ou le directeur de l'école supérieure de pharmacie ou de l'école de médecine et de pharmacie d'où il sort, ledit certificat visé par le recteur ; 2° son acte de naissance. En cas de refus du doyen ou du chef d'une école publique de délivrer le certificat de scolarité, l'élève a le droit de se pourvoir devant le conseil académique. A moins de motifs graves, dont le ministre sera seul juge, les étudiants en médecine sont tenus de subir devant la même faculté l'ensemble de leurs examens probatoires et d'y soutenir leurs thèses. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours pour les prix de l'Internat s'est terminé mercredi dernier.

Première division (3e et 4e année d'internat). — Médaille d'or, M. F. Raymond. — Médaille d'argent, M. P. Reclus. — 1re Mention, M. V. Stanot. — 2e Mention. M. H. Duret.

Deuxième division (1e et 2e année d'externat). Médailles d'argent M. Kirmisson. — accessit M. Schwart. — 1re mention, M. H. de Boyer. — 2e invention, M. Léger.

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — Le 18 novembre a eu lieu, sous la présidence de M. le directeur Chatin, la distribution des prix. Voici le nom des lauréats.

Concours généraux. — 3e année. — 1er prix, M. Demelle ; 2e prix, M. Gérard ; mention honorable, M. Dardel.

2e année. — 1er prix, M, Léger ; 2e prix, M. Simonnet ; mention honorable, M. Ruysien.

1re année. — 1er prix, M. Degraëve ; 2e prix, M. Bourquelot ; mention honorable, M. Lecœur.

Prix des travaux pratiques. — *Chimie.* — 3e année. — Médaille d'or, M. Demelle ; médaille d'argent, M. Gérard ; médaille de bronze, M. Dardel ; mention honorable, M. Duvin.

2e année. — Médaille d'or, M. Ruyssen ; médaille d'argent, M. Dubuisson ; médaille de bronze, M. Léger ; mentions honorables, MM. Poulenc et Weill.

1re année. — Médailles d'or, MM. Guinochet et Allain ; médailles d'argent, MM. Lepetit et Richard ; médaille de bronze, MM. Dumon et Kuenermann ; mentions honorables, MM. Barré, Gautrelet, Laboureur et Chiron.

Botanique. — 1re année. — Médailles d'or, MM. Bourquelet et Hariot ; médaille d'argent, MM. Tarin et Mailfait ; médailles de bronze, MM. Plisson et Liégard ; mentions honorables, MM. Guignard, Masse, Richard, Labouré, Auvray et Guinochet ; médailles d'argent, M. Galimard, élève des hautes études.

Prix Desportes (botanique), M. Lecœur.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — La séance de rentrée solennelle des facultés de Nancy a eu lieu le 16 novembre, à midi, dans le grand amphithéâtres des lettres.

Après le discours prononcé par le recteur, remarquable par un incident au sujet du passage d'un professeur de la Faculté de droit à la Faculté libre de Paris, le doyen de la Faculté de médecine a pris la parole : M. Holtz, après avoir donné les résultats des inscriptions, des examens de fin d'année et de fin d'études, des concours pour la place de chef des travaux anatomiques, et diverses places d'aides, regrette que les concours pour les prix de fin d'année, qui ont une valeur assez considérable, n'attirent pas un plus grand nombre de concurrents. Il donne la description des bâtiments nouveaux qui sont complétement terminés; tous les laboratoires sont installés; l'amphithéâtre de dissection, qui avait été placé au premier étage, a été transféré au rez-de-chaussée, où il est beaucoup plus facile de se procurer de l'eau sans avoir recours à des pompes et des réservoirs. En un mot, le définitif remplace désormais partout l'organisation provisoire plus ou moins satisfaisante qu'avait nécessitée la translation pressante et immédiate de la Faculté de Strasbourg à Nancy.

Le doyen regrette le transport à Paris du concours de l'agrégation, qui prive momentanément la Faculté de son professeur d'anatomie, membre du jury, de son chef des travaux anatomiques, et de son préparateur de chimie, qui sont au nombre des concurrents; ces deux derniers sont des élèves laborieux et distingués de la Faculté; il ne doute pas un instant de leur succès. Enfin, pour les cliniques, il se plaint du retard apporté à l'organisation d'une clinique des maladies des enfants; et des difficultés que les règlements mettent dans l'admission des malades aux divers hôpitaux, ce qui restreint de beaucoup le nombre des malades. (Si l'on pouvait admettre les individus qui ne sont pas de Nancy, comme ceux qui y ont leur domicile, les cliniques seraient enrichies de nombreux cas intéressants.)

Le nombre des étudiants de quatrième et cinquième année est devenu illusoire à la suite de la centralisation au Val-de-Grâce des étudiants de cette catégorie. Le doyen regrette cette mesure, qui fait perdre à la Faculté ses étudiants les plus avancés.

Les prix décernés à la Faculté de médecine sont :

Première année (douze concurrents). Prix, M. Millet. Mentions : première *ex æquo*, MM. Biéchy et Nilmin; deuxième, M. Remy.

Deuxième année, un seul concurrent. Pas de prix.

Troisième année, un seul concurrent. Prix, M. Liégeois.

Quatrième année, un seul concurrent. Prix, F. Muller.

— *Externat des hôpitaux de Nancy.* — Le concours pour l'externat des hôpitaux de Nancy a eu lieu le 22 novembre. La question écrite était : Anatomie et physiologie de la vessie et du canal de l'urèthre chez l'homme. Le jury, regrettant de ne pouvoir nommer les douze concurrents, a accordé neuf places à MM.: 1er Bloch, 2e Muller, 3e Janin, 4e Drouot, 5e Hippolyte, 6e Henry, 7e Schmidt, 8e Kuhn, 9e Huguenthal.

— Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. Gary, externe de l'hôpital Sainte-Eugénie, qui vient de succomber, à peine âgé de vingt-cinq ans, à une angine couenneuse contractée dans son service d'hôpital.

— On annonce la nomination de M. le docteur Champagnat, à la place de médecin en chef de l'hôpital civil de Vichy, en remplacement de M. le docteur Nicolas, décédé.

— *Hôtel-Dieu. — Cours cliniques sur les maladies de l'utérus.* — M. Alphonse Guérin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera ce cours le lundi 6 décembre à neuf heures et demie dans l'amphithéâtre n° 2, et le continuera le lundi de chaque semaine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre........................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux........................		
Chlorure de sodium........................		
Matières organiques........................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Alimentation du premier âge.

la **Conserve DUTAUT**, breveté s. g. d. g. compte vingt années de succès.

Expérimentée en 1860, à l'hospice des Enfants de Bordeaux, et en 1874 dans les crèches de Paris et de Lyon, elle a constamment donné les résultats les plus satisfaisants. — C'est le meilleur auxiliaire de l'allaitement MATERNEL insuffisant. Son usage est précieux à l'époque du sevrage.

Bordeaux, pharmacie DUTAUT, rue Esprit-des-Lois, 18, et dans les principales pharmacies. Ne pas confondre avec les nombreuses imitations.

Silphium cyrenaïcum

Expérimenté par le docteur **LAVAL**, avec le plus grand succès, dans le traitement de la **phthisie** pulmonaire à tous les degrés, de la phthisie laryngée et dans toutes les affections de la poitrine et de la gorge.

Importé et préparé par DERODE et DEFFÈS, pharmaciens de 1re classe.

PRIX DES PRÉPARATIONS :

Granules jaunes à 5 cent., le flac. de 60.	5 fr.	»
Granules roses à 25 millig., —	4	»
Teinture, en flacons de 2 fr. 50, 4 fr. et	6	»
Poudre de silphium, la boîte...........	3	»

MAISON DE VENTE : 2, RUE DROUOT, PARIS.

SIROP DE DIGITALE
DE LABÉLONYE

Excellent sédatif et puissant diurétique employé avec un succès constant depuis plus de 30 ans par les médecins de tous les pays contre les maladies organiques ou non organiques du cœur, les diverses hydropisies et la plupart des affections de poitrine et des bronches : PNEUMONIE, CATARRHES PULMONAIRES, ASTHMES, BRONCHITES NERVEUSES, COQUELUCHE, etc.

A la pharmacie, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*) à Paris, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Crême de Bismuth du docteur QUESNEVILLE.

— Sa grande pureté et son *état moléculaire* particulier expliquent son succès. Cette crême agit dix fois plus vite contre la diarrhée, le choléra des enfants, la dyspepsie, etc., etc., que la poudre de Bismuth des pharmacies. — Prix du flac. : 9 fr.; du 1/2 flac. : 5 fr. — *N'avoir confiance* qu'au produit du docteur Quesneville, son inventeur, et exiger son cachet et son étiquette.

Acide salicylique. Grande pureté pour l'usage médical.

Cachet du docteur **QUESNEVILLE.**

Ce produit, dû à Kolbe, a les vertus de l'acide phénique, moins ses dangers. Il s'emploie : *à l'extérieur*, sur les blessures en suppuration, les surfaces cancéreuses, les plaies résultant de brûlures; *à l'intérieur*, dans la diphtérie, le croup, la toux, les catarrhes, les affections du pharynx. — Le flac. de 100 gr., 6 fr. — Le 1/2 flac. de 50 gr., 3 fr. — Avec cet acide, les pharmaciens peuvent préparer eux-mêmes, à l'aide du prospectus qui accompagne chaque flacon, tous les produits magistraux et officinaux. Dr Quesneville, 12, rue de Buci, à Paris, dépositaire du *véritable produit* de l'inventeur.

VIN MARIANI

à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. 5 francs la bouteille.

MARIANI, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO. PHTHISIES, *Anémie*, **Rachitisme**, DIABÈTE, *Diarrhée*, **Cachexies**, *Albuminurie*, *la* **Convalescence**, *l'épuisement.* (*Gros*), 8, r. *Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

AU QUINQUINA, PYROPHOSPHATE DE FER

Oranges amères et malaga

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

SIROP ANTISCORBUTIQUE DE RIVIÈRE IODO-FERRÉ

Combinaison *stable*, intime et naturelle de l'iode et du fer avec les plantes antiscorbutiques; très-efficace dans les *affections chlorotiques, lymphatiques, scrofuleuses* : Chlorose, Anémie, Pertes blanches, Menstruation irrégulière, etc. 3 fr. le flacon. — Dépôt à la ph. J. RIVIÈRE, 68, Chaussée d'Antin, Paris.

VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE

de Ad. CARPENTIER, pharmacien, à Paris

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. LE FLACON, 3 fr. 61, BOULEVARD MALESHERBES ET TOUTES LES PHARMACIES.






PEPSINE BOUDAULT

SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, SUCCESSEUR DE BOUDAULT, 24, RUE DES LOMBARDS, A PARIS.

PRIME DE **16,600** FRANCS — MÉDAILLES D'**OR** A LAROCHE

QUINA LAROCHE

Extrait COMPLET **des 3 SORTES de quinquinas**

Triple ÉLIXIR *de* QUINQUINA *reconstituant, tonique* et *fébrifuge.* A base de **vin** d'Espagne et d'un goût agréable, ce produit participe du *vin* et du *sirop* de quinquina, mais leur est bien supérieur en efficacité.

Le procédé **Laroche** consiste à ÉPUISER, par une série de véhicules variés et un outillage spécial, la *totalité* des nombreux principes contenus dans les trois meilleures sortes de quinquinas (*jaune, rouge et gris*), principes essentiels qui se complètent l'un par l'autre, et qui manquent presque toujours dans les préparations ordinaires de quinquina.

Combiné au fer le *Quina Laroche* **FERRUGINEUX** offre une préparation aussi *complète* que possible, pour tous les cas où le *quinquina* et le **Fer** sont jugés utiles.

PARIS, 22 et 15, rue Drouot, et dans toutes les pharmacies françaises et étrangères du monde.

G. Laroche

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance occupée en grande partie par des scrutins d'élection, qui ont élevé M. Rufz de Lavizon au titre d'associé national, et M. Christison (d'Édimbourg) à celui d'associé étranger, et par des lectures et communications. Il nous serait difficile d'émettre une opinion quelconque sur la lecture de M. le docteur Dechaux (de Montluçon), dont il nous a été impossible d'entendre un seul mot. On trouvera dans le compte rendu les conclusions du travail dont M. Poggiale a donné lecture sur les causes de l'insalubrité de la rivière de Bièvre, et sur les moyens de les combattre ou de les atténuer. Bien que ce ne soit qu'une question d'intérêt local, comme toute question d'hygiène publique elle est digne de la plus grande attention.

Par suite du décès de M. Giraldès, qui faisait partie de la commission tout récemment désignée pour l'élection d'un membre dans la section des associés libres, cette commission, appelée à faire prochainement son rapport, se trouvant incomplète, l'Académie a dû procéder au remplacement de M. Giraldès. C'est M. Broca qui a été appelé par le scrutin à compléter cette commission, qui se trouve maintenant composée comme il suit : MM. Richet, Goubaux, Villemin, Woillez, Dechambre, Amédée Latour et Broca.

A mardi prochain, probablement, la suite de la discussion sur la myopie.

Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU. — M. le professeur BÉHIER.

Paralysie générale des aliénés (1).

(Leçon recueillie par M. G. MARSEILLE.)

Tout en ayant, comme vous le voyez, une grande analogie et presque une similitude apparente avec les individus atteints de monomanie orgueilleuse véritable, puisque la forme du délire est la même, ces malades diffèrent cependant notablement de ces derniers, même sans tenir compte de la coïncidence des phénomènes paralytiques. Il y a dans l'attitude du délire, si l'on peut ainsi dire, des différences qu'il est bon de vous faire connaître.

Et d'abord, chez le monomane pur, il y a une grande fixité dans l'idée délirante. Celle qu'il a adoptée, il la garde sans la modifier, sans permettre qu'on l'en fasse dévier. Est-il roi? roi il reste et il restera. Le dément paralytique, au contraire, vous concédera dans la même causerie qu'il est roi, puis qu'il est empereur ou qu'il est Dieu. Pourvu que ce soit une idée orgueilleuse que vous substituiez à une idée orgueilleuse, cela lui conviendra, M. J. Fabres a insisté à juste titre sur cette mobilité d'idées (toutes de même forme) qui sépare le dément du monomane.

On a encore signalé un autre caractère qui permet de distinguer ces deux délires analogues.

Chez le monomane, la conception délirante n'est pas une impression instinctive, incoordonnée, c'est une sorte de système, si l'on peut dire ainsi, auquel tout doit s'adapter. Est-il roi, sa femme est reine, ses enfants héritiers du trône ; tout se tient et s'enchaîne. Adressez-vous au dément, la chose n'est plus ainsi, et pour ce qui ne le concerne pas personnellement, il reconnaît ce qui est. Témoin cet ouvrier dont parle Marcé. Il était empereur et créateur de l'univers, et quand on lui demandait ce que faisait sa femme, il répondait tranquillement qu'elle faisait des ménages. Tout récemment, j'ai vu un marchand de vin qui croyait posséder Paris et y faire des bâtisses en or, et quand je lui parlais de sa femme : elle fait le commerce, disait-il, et mesure les canons sur le comptoir. Il y a là une nuance que je desire bien vous faire sentir : chez le monomane il y a une conception, chez le dément une sorte d'impression incoordonnée et mobile.

En même temps que cette agitation intellectuelle se manifeste, on voit poindre la paralysie. Elle se traduit d'abord plus particulièrement par la difficulté d'articuler les sons, difficulté caractérisée, tantôt par un temps d'arrêt dans le débit, et qu'on a parfois peine à saisir tout d'abord, tantôt, comme chez notre malade, par un véritable bégaiement ou une simple lenteur dans le langage. On a dit que ce symptôme résultait de la paralysie de la langue et de la contraction convulsive des lèvres; mais, outre l'action de ces causes, il y a aussi une influence cérébrale qui fait que les mots arrivent mal. Enfin, si l'on fait tirer la langue au malade, il la sort bien, sans déviation; mais si l'on prolonge l'examen, elle devient tremblante. Il en est de même dans la demi-extraction.

Quelquefois, et il faut bien savoir ce fait, ce n'est qu'en prolongeant la conversation que vous arriverez à reconnaître le bégaiement et l'embarras de la parole. Chez beaucoup de ces individus, la paralysie ne se manifeste qu'après la fatigue.

(1) Suite. — Voir le numéro du 30 novembre

L'émotion, la colère, l'augmentent également, et quelquefois, au contraire, la font disparaître. Dans les maisons de santé, on a l'habitude de faire faire à ces malades une lecture à haute voix un peu prolongée, pendant laquelle on constate bientôt de l'incertitude, de l'hésitation, de la roideur, en un mot, tous les symptômes de la paralysie de la langue.

On observe également chez ces individus deux phénomènes qu'il est extrêmement important de connaître, je veux parler du tremblement fibrillaire de l'orbiculaire des lèvres et des zygomatiques en repos, puis de l'inégalité des pupilles.

Ces symptômes sont constants dans la maladie qui nous occupe, et ils sont d'une haute importance, car ils permettent de faire toucher du doigt en quelque sorte un désordre qui frappe vivement les gens du monde quand on leur en signale la valeur.

Cette inégalité des pupilles a été très-étudiée. Baillarger (*Gaz. Hôp.* mai 1850) a prétendu qu'elle était liée à la paralysie d'un des côtés qui ne se contracte plus sous l'influence de la lumière. Marcé soutient, au contraire, que c'est une contraction exagérée, invincible, permanente, de l'iris du côté rétréci. Il l'a vue se produire des deux côtés à la fois. Ce signe est variable.

En 1862, Austin a prétendu (*Annal. méd. psyc.*) qu'il y avait un rapport constant entre la forme du délire observé chez les déments et le côté de la pupille dilatée. A la dilatation de la pupille gauche correspondrait le délire ambitieux; à droite, il voudrait dire lypemanie et hypochondrie. Si les deux pupilles sont dilatées, le délire sera mixte. Enfin il n'existera pas si les deux yeux sont également affectés. Je n'oserais pas, quant à moi, me fier complétement à ces indications.

Deux autres signes sur lesquels Moreau (de Tours) a insisté (*Union méd.* juillet 1853) et qu'il est bon de connaître, c'est la convexité exagérée du globe oculaire et une disposition spéciale des sourcils qui, au lieu d'être couchés dans le sens de l'arcade sourcillière, se redressent quelquefois tout à coup. M. Moreau appelle cela le sourcil en moustache; on le rencontre souvent chez ces malades. Il témoigne seulement du désordre de leurs actes et de l'absence complète de tout soin corporel.

On a encore signalé quelquefois chez eux un affaiblissement de la vue, un certain degré de strabisme et de paralysie de la paupière supérieure.

Les membres supérieurs et inférieurs sont d'abord peu affectés. Le premier signe que l'on puisse saisir parfois pour les membres inférieurs, c'est une démarche particulière; les malades marchent en écartant les jambes, comme les marins, afin d'assurer leur marche en élargissant leur base de sustentation; d'autres ont une allure couchée, ailleurs une marche lourde.

On a dit, Hubert Rodrigues entre autres (*Revue méd.*, 1839), que la paralysie du bras survenait avant celle des membres inférieurs. Je ne crois pas que ce fait soit exact. Ce qu'on peut dire, c'est que les malades et les assistants constatent plus facilement et plus tôt l'altération des mouvements des membres supérieurs à cause de la maladresse qui en résulte. En effet, ce ne sont pas les mouvements de totalité de la main, qui sont d'abord modifiés, mais bien les mouvements localisés ou de détail, qui exigent une intégrité plus parfaite. Ainsi j'ai vu un mécanicien ajusteur qui s'est aperçu de son état par la difficulté qu'il éprouvait pour ajuster ses vis dans leur écrou.

Cette difficulté des mouvements de détail, des mouvements plus limités, plus contenus, si je puis ainsi dire, se traduit de très-bonne heure par le trouble de l'écriture. Aussi les médecins qui ont l'habitude de ces questions, vont-ils interroger ce signe dès qu'ils conçoivent quelque soupçon. L'écriture offre, en effet, des altérations notables et précoces.

Permettez-moi d'insister sur ce point important. Voici, par exemple, une page écrite hier même par le malade du n° 41, salle Sainte-Jeanne, qui fait l'objet de cette leçon. Je la fais passer sous vos yeux, et rien qu'à considérer le corps même de l'écriture, vous pouvez remarquer qu'elle est incertaine, titubante et tremblée. La main a éprouvé en la traçant les mêmes oscillations que vous avez pu remarquer dans la langue quand vous avez demandé au malade de la tirer à moitié, c'est-à-dire quand vous avez fait exécuter à la langue un mouvement contenu. Voici d'autres écritures de déments paralytiques que j'ai recueillies ou que je me suis procurées, vous voyez que toutes présentent cette incertitude du tracé, ce bégaiement de la main.

C'est là une preuve nouvelle de l'altération du mouvement. Mais l'étude de ce qu'écrivent les déments paralytiques ne renseigne pas seulement sur l'altération du mouvement, elle témoigne aussi de l'altération de l'intelligence.

Je vous ai dit, quand je vous ai signalé le bégaiement et l'incertitude du langage chez notre malade, que ces phénomènes ne tenaient pas seulement à la difficulté des mouvements coordonnés de la langue et des lèvres, mais qu'il y avait là une part de l'altération intellectuelle.

Eh bien, examinons ce que notre malade a écrit, et vous verrez que bien des lettres manquent dans les mots, que des syllabes entières font défaut, et que des mots sont même totalement omis. Le malade n'est plus maître de l'expression de sa pensée, et si je puis m'exprimer ainsi, le bégaiement écrit porte la trace d'une défiance intellectuelle comme le bégaiement de la parole. Ce fait est habituel dans le cas qui nous occupe.

Enfin, arrivé à un degré plus avancé, le dément paralytique offre, dans ce qu'il écrit, la trace de la destruction de son intelligence et de l'altération du mouvement. Je fais passer sous vos yeux une grande feuille de papier qu'un dément paralytique a couvert de caractères tracés au crayon. Vous trouverez à peine çà et là quelques mots ou quelques lettres formées; c'est une série de réminiscences d'écriture et non une série de lignes écrites, et de plus, remarquez la bizarrerie de la distribution de ces prétendues phrases avec des lignes disposées dans tous les sens. Chose remarquable pour l'altération de l'écriture comme pour l'altération de l'articulation des sons généralement, le désordre est moins marqué dans les premières lignes, et il s'accuse davantage à mesure que la besogne avance, que la main et le cerveau se fatiguent, marquant de plus en plus nettement les signes révélateurs du désordre.

Du reste, comme je vous l'ai dit, les altérations du mouvement et celles de l'intelligence ne marchent pas toujours d'un pas égal. Tantôt l'un de ces groupes prédomine. Mais quelquefois le malade pouvant encore se défendre, comme on dit dans les asiles spéciaux, dissimule devant le médecin les conceptions délirantes, et les lésions du mouvement étant encore peu accusées, on éprouve pour le moment un certain embarras.

Dans une telle conjecture, ce que le malade écrit alors qu'il est seul, sans témoin qui, par sa présence, le pousse à dissimuler ce qu'il pense, peut révéler l'état véritable de son intelligence. Voici, par exemple, deux pièces écrites par un malade qui était à peu près dans cette situation douteuse. Il avait bien donné hors de l'asile, des preuves de son état cérébral fâcheux, mais depuis son entrée, il était difficile de saisir un désordre intellectuel bien réel; il avait bien encore un peu de tendance au tremblement fibrillaire des lèvres, mais cela était peu marqué.

Du papier fut mis à sa disposition, et voici ce qu'il écrivit alors qu'il était seul et livré à toute la liberté de ses conceptions délirantes.

A Sa Majesté l'Impératrice,

Je suis heureux de faire savoir à Sa M. que M*** se porte à ravir, qu'il est en ce moment aussi heureux que doit l'être le maître de l'Olympe. Car outre mon amitié que j'assaisonne d'une Limonade faite avec la pomme des Hespérides qui nous est envoyée sans doute par la Belle Hélène. Cette pomme ne fera plus de discussion aujourd'hui depuis que nous allons faire voler un chardonneret avec le ballon pour le 15 août.

Nous avons aussi Polymnie a la maison et Phidias.

Orphée nous écrit un mot pour vous dire que sa lyre est en bon état.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments affectueux et respectueux.

Orphée votre tout dévoué mets sa lyre à vos genoux.

G***.

Embrassez pour moi le Prince impérial.

Dimanche deux heures.

Cette lettre, vous le voyez, n'est à vrai dire que celle d'un simple dément, mais un œil un peu exercé y voit bien poindre les idées orgueilleuses. Le ton est un peu intime; les sentiments affectueux du malade pour l'impératrice, sa recommandation d'embrasser pour lui le prince impérial, sont déjà des indices de son opinion exagérée sur sa situation, mais ils sont peu marqués et on pourrait les contester, et ne voir qu'une simple coïncidence dans la citation de la date du 15 août. Mais attendez. Le malade livré à lui-même, cette date semble hâter la manifestation complète de son état mental, qui est nettement exprimé dans le manifeste suivant :

Au nom de la très sainte Trinité
Au nom des corps constités
Au nom des apôtres de la science
Au nom des apôtres de la sagesse
Au nom des apôtres qui ont fait l'histoire du genre humain
L'histoire de la créature
et l'histoire du Ciel

En un mot au nom de toutes les facultés du globe, au nom du genre humain.

Nous proclamons la Paix perpétuelle
Que la volonté de Dieu soit faite
Ainsi soit-il !..

Nous Napoleon III Empereur des Français voulant consacrer à jamais le patriotisme de notre belle nation déclarons à tous mes sujets qu'ils ont toujours été considérés par moi comme des frères. Donc aujourd'hui la devise Evangélique va être une vérité.

Liberté, Egalité, fraternité.

Fait à Paris le 15 août 1868.

S. M. l'Impératrice, le Prince Impérial et toute ma famille convient la nation à assister au Te Deum qui aura lieu dans toutes les Eglises de France à midi afin que Dieu nous conserve nos Magnifiques Institutions. Aristote et tous les sages de la Grèce ont reparu, Phydias et Appollon ont reparu également, Priam, Achille, le cheval de Troie et la foudre de Jupiter tout est revenu au grand complet.

Vous le voyez, messieurs, ici plus de doute. Ce malade, qui dissimule ses conceptions délirantes quand on l'interroge, est en plein délire ambitieux; il est l'empereur, il proclame la paix perpétuelle. En outre, remarquez que, dans cette seconde pièce si convaincante, l'écriture est moins régulière. Les mots *notre* et *aujourd'hui* sont moins réguliers, et le malade a écrit *corps constités* au lieu de *corps constitués*. Mais comme vous en pouvez bien juger maintenant, le désordre intellectuel est bien plus marqué chez lui que l'altération du mouvement.

Par ces exemples divers, que j'ai tenu à vous faire constater *de visu*, vous saisirez bien, je l'espère, tout ce que l'étude des écrits des déments paralytiques peut offrir de ressource au diagnostic de leur état. Au point de vue médico-légal, il y a là une précieuse ressource.

Je ne voudrais pas quitter ce sujet sans vous communiquer un fait assez singulier que j'ai eu l'occasion de constater en recueillant ces écritures de déments.

Voici une feuille de papier dont toute une face est couverte de phrases incohérentes avec des désordres dans le tracé des caractères analogues à ceux que je vous ai fait connaître. Mais sur l'autre côté se trouve un dessin à la plume fait par l'aliéné. Le dessin est mauvais, sans aucun doute, mais une chose m'a paru très-frappante, c'est que les traits et les hachures de ce dessin sont très-nets et réguliers, surtout si on les compare à l'écriture tracée sur l'autre face du papier. Il semblerait que l'éducation spéciale de la main la rendrait plus sûre et plus ferme pour le dessin que pour l'écriture. Il y aurait-il là quelque chose d'analogue à ce que l'on voit chez certains aphasiques, qui conservent la possibilité de chanter certains airs, comme si le rythme musical les emportait et les soutenait, alors que pour le langage articulé ils sont dans une impuissance absolue.

(*A suivre.*)

DU RHUMATISME SYPHILITIQUE (1)

Par M. le docteur VAFFIER.

Conclusions. — Le rhumatisme syphilitique doit prendre place dans le cadre nosologique des nombreuses manifestations de la vérole. — Il existe en France, et il y est beaucoup plus fréquent que le silence des auteurs ne le laisserait supposer. — Il se rencontre presque toujours à la période secondaire de la syphilis, dans les parages de la Chine et du Japon. — Il se distingue par des caractères bien tranchés du rhumatisme vulgaire et du rhumatisme blennorrhagique. — Il cède rapidement au traitement spécifique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 novembre 1875. — Présidence de M. GOSSELIN.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un rapport sur l'épidémie de suettes miliaires qui a régné, en 1874, dans la commune d'Aubière (Puy-de-Dôme), par M. le docteur Nivet (de Clermont).

2° Un travail de M. le docteur Weber, médecin-major, intitulé : *Étude sur le clou de Biskra.* (Comm. des épidémies.)

3° Un travail de M. le docteur Garrigou, intitulé : *Analyse des cendres des pâturages de la fruitière de Luchon.*

4° Des lettres de MM. Chéreau, Briau et Bertillon, qui se présentent comme candidats à la place déclarée vacante dans la section des associés libres.

5° Une lettre de MM. les docteurs Lussedat (de Moulins) et Maurin (d'Alger), qui se portent comme candidats au titre de membres correspondants.

6° Une lettre de remercîments de M. Schwann (de Liége), nommé récemment membre correspondant étranger.

7° Une lettre de M. le docteur Pinard, chef de clinique d'accouchements, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté. (Accepté.)

8° Une note de M. le docteur Megnin, vétérinaire, sur certains détails anatomiques que présentent l'espèce Sarcopte Scabiei et ses nombreuses variétés. (Comm.: MM. Goubaux, Hardy, Colin.)

9° Un mémoire de M. le docteur Bonnet de Malherbe, médecin inspecteur des eaux de Néris, sur les applications de ces eaux. (Comm. des eaux minérales.)

(1) In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

10° Une lettre de M. le docteur Dupuy, accompagnant l'envoi d'une brochure sur le suc concentré de cresson et ses applications thérapeutiques. (Comm. du prix Barbier.)

11° Une lettre de M. le docteur Cazenave de la Roche accompagnant l'envoi de conclusions cliniques sur l'action du cœur, du docteur Boès. (Comm. des correspondants.)

PRÉSENTATIONS

M. TARNIER fait hommage à l'Académie d'une brochure qu'il vient de publier sous le titre de : *Réponse de M. Tarnier aux critiques dont il a été l'objet au Congrès médical de Bruxelles, à propos du forceps-scie.*

M. BERTHELLOT présente, de la part du docteur Gustave Hinrichs, professeur de sciences physiques à l'université de Iowa, un volume intitulé : *Principes de chimie et de mécanique moléculaires.*

M. LARREY offre en hommage, au nom de M. le docteur Mandl, un ouvrage ayant pour titre : *Hygiène de la voix.*

M. LE SECRÉTAIRE présente : 1° au nom de M. le docteur Depierris, un volume intitulé : *le Tabac, son influence sociale.* — 2° au nom de M. le docteur Delattre, ancien chirurgien de marine, une brochure intitulée : *Sac obstétrical, modifications de divers instruments.*

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Giraldès, et invite M. Alph. Guérin à donner lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de ce regretté collègue.

Le discours est accueilli par de nombreuses marques d'approbation.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection d'un associé national.

Les candidats présentés par la commission sont :

1° M. Rufz de Lavizon.

2° Et par ordre alphabétique :

M. Chauveau (de Lyon); M. Favre (de Marseille); M. Jules Roux (de Toulon).

Sur 70 votants, majorité 36.

M. Rufz obtient. . . . . 54 suffrages.
M. Chauveau. . . . . 13 —
M. Jules Roux. . . . . 2 —

Un billet blanc.

M. Rufz est proclamé élu.

L'Académie procède ensuite à l'élection d'un associé étranger.

Sont présentés : 1° M. Christison (d'Édimbourg);
— 2° M. Donders (d'Utrecht);
— 3° M. Pirogoff (de Saint-Pétersbourg);
— 4° M. Tyndall (de Londres).

Sur 66 votants :

M. Christison obtient. . . . . 46 voix.
M. Donders. . . . . 18 —

2 bulletins blancs.

M. Christison est élu.

Après ces deux élections, l'Académie procède à un troisième scrutin pour la désignation d'un membre, en remplacement de M. Giraldès, dans la commission d'élection pour les associés libres.

M. Broca est élu.

LECTURES

M. DECHAUX (de Montluçon) donne lecture d'un travail sur le *lymphatisme de la femme.* (Ce travail est renvoyé à la commission des correspondants nationaux.)

Causes de l'insalubrité de la Bièvre. — M. POGGIALE donne lecture d'un rapport qu'il a fait au nom d'une commission dont il faisait partie avec MM. Boudet et Delpech au conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, sur les causes de l'insalubrité de la Bièvre et les mesures qui pourraient être prises pour l'assainir.

Voici le résumé et les conclusions de ce rapport. En résumé, dit M. Poggiale, il est permis de déduire les conclusions suivantes des recherches que j'ai faites sur le cours de la Bièvre et sur l'altération de ses eaux, des nombreux renseignements que j'ai recueillis, des plaintes incessantes des riverains, des préoccupations des hygiénistes et de l'administration et des travaux déjà exécutés.

1° Les eaux de la Bièvre généralement assez claires et inodores dans le département de Seine-et-Oise deviennent de plus en plus troubles et infectes depuis Antony jusqu'à l'égout collecteur. Elles dégagent surtout pendant les chaleurs de l'été, des gaz d'une odeur intolérable. Des écumes blanchâtres, des plaques noires et épaisses flottent à la surface de l'eau. Les boues qui remplissent le lit de la rivière renferment une quantité assez considérable de débris animaux. Les herbes vertes, abondantes jusqu'à Antony disparaissent complètement au-dessus de cette localité.

2° Les gaz qui se dégagent de l'eau renferment près de 6 pour 100 d'acide sulfhydrique. Depuis Cachan l'eau est entièrement dépouillée d'oxygène et renferme, au contraire, une proportion notable d'ammoniaque.

3° Les émanations de la Bièvre exercent une influence fâcheuse sur la santé des riverains ou sont au moins pour tous une cause grave d'incommodité.

4° Les plaintes si nombreuses et si souvent renouvelées des habitants de Cachan, d'Arcueil, de Gentilly, du 13e et du 5e arrondissement sont donc fondées.

5° L'infection de la Bièvre est due, d'une part, aux établissements classés, aux buanderies de Cachan, d'Arcueil et de Gentilly, d'autre part, aux égoûts et aux eaux ménagères des communes et du 13e arrondissement.

6° On ne saurait empêcher les industriels de faire écouler les eaux infectes dans la rivière. Les conditions qu'on leur impose sont le plus souvent insuffisantes ou mal exécutées, malgré la surveillance des agents de la préfecture de police.

7° Il importe d'exercer une surveillance active sur les barrages et sur tout le cours de la Bièvre et de veiller à la conservation des eaux.

8° Il est très-désirable que le curage soit effectué au moins deux ou trois fois par an jusqu'à l'égout collecteur, par des chasses, comme dans les égouts de Paris. Il est nécessaire, en attendant, d'interdire le dépôt des produits du curage sur les propriétés riveraines.

9° Nous proposons de combler la rivière morte à partir de Gentilly, ainsi que les marais de la Glacière et de poursuivre la canalisation de la Bièvre, depuis le boulevart d'Italie jusqu'à Cachan, et de lui donner une pente rapide.

10° Pour assainir complétement les bords de la Bièvre, il est indispensable que cette rivière, qui n'est qu'un égout à ciel ouvert, soit couverte d'une voûte comme tous les égouts de Paris.

M. DEPAUL fait observer que M. Poggiale, dans son rapport, a laissé de côté un moyen d'assainissement des eaux qui a donné de bons résultats à Saint-Denis; il veut parler du colmatage des eaux. M. Poggiale, en outre, suivant lui, n'a pas assez fait ressortir l'influence des usines et des blanchisseries sur l'infection des eaux de la Bièvre et a peut-être attaché trop d'importance aux égouts et aux eaux ménagères.

M. POGGIALE répond que le colmatage est certainement un moyen qui mérite d'être étudié, bien que les résultats qu'il a donnés jusqu'ici laissent beaucoup à désirer. Ce moyen d'ailleurs serait absolument inapplicable au cours de la Bièvre, faute de terrains.

Il fait observer, en outre, qu'entre Antony et les fortifications où les eaux de la Bièvre sont déjà très-infectées, il y a très-peu d'usines.

C'est donc surtout aux blanchisseries et aux égouts, que doit être attribuée l'infection de ces eaux dans cette partie de son cours.

COMMUNICATION

Lupus de la main. — M. DESPRÉS présente une malade âgée de quarante-deux ans, atteinte depuis huit ans d'une affection ulcéreuse de la peau de l'avant-bras et des doigts annulaire, auriculaire et indicateur de la main gauche. Ces trois doigts ont été successivement et progressivement détruits par un petit ulcère commençant sur le bout du doigt et creusant en surface et en profondeur; seulement les parties molles et l'os se sphacèlent par portion en progression de l'ulcération de la peau. Il y a sur le bras sept ou huit

ulcères de même nature, mais les doigts ne sont atteints que depuis un an.

La malade a des antécédents scrofuleux des mieux confirmés. (Renvoyé à l'examen de MM. Hardy, Devergie et Hillairet).

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 novembre 1875. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Communications

De la diversité des effets physiologiques et toxiques de l'aconitine. M. Laborde a entrepris une série d'expériences comparatives sur les effets physiologiques et toxiques très différents de l'aconitine, suivant que celle-ci a été retirée de la racine de l'aconit napel de la Suisse, du Dauphiné ou des Vosges. C'est sur ces trois variétés de provenance qu'ont porté les expériences de M. Laborde, mais il a toujours fait usage de l'azotate d'aconitine (de Duquesnel), sel parfaitement défini, cristallisé et toujours identique à lui même, au point de vue des propriétés physiques et chimiques.

Trois chiens, aussi semblables que possible, ont reçu une injection sous-cutanée dans l'aisselle, le premier 1 milligramme de la solution S. (Suisse), le second même quantité de la solution D. (Dauphiné), le troisième même quantité de la solution V. (Vosges). Voici les phénomènes qu'ils ont présentés :

Premier chien. — Injection de 1 milligramme d'aconitine S., pratiquée à deux heures vingt-trois minutes. A deux heures trente-cinq, inquiétude, mouvement incessant, respiration fréquente et anxieuse. A deux heures quarante-cinq, vomissement alimentaire continuant ensuite sans désemparer, avec violents efforts, et formés de mucosités blanches, laiteuses et filantes; langue pendante, bleuâtre, respiration haletante, pupilles dilatées. A deux heures cinquante-cinq, plusieurs selles diarrhéiques et vomissements simultanés, anxiété extrême, déplacements incessants, titubation et chute sur le train postérieur. A trois heures, vomissements bilieux avec efforts très-douloureux et aboiements plaintifs; anesthésie presque absolue de la queue et des membres; dilatation pupillaire maximum, station impossible. A trois heures cinq, opisthotonos, urines involontaires, respiration saccadée, suspension subite de celle-ci en inspiration, révolution des globes occulaires, insensibilité des pupilles, mort. La mort chez ce chien s'est donc produite en quarante-trois minutes.

Deuxième chien. — Injection de 1 milligramme d'aconitine D., à deux heures trente; lèchement de la piqûre aussitôt après l'injection. A deux heures quarante-cinq, inquiétude, incertitude de la marche, sorte d'ataxie locomotrice, faiblesse du train postérieur, premiers efforts de vomissements, déjection stercorale naturelle. A trois heures, vomissements alimentaires, suivis de vomissements muqueux incessants, tremblement des membres, dilatation pupillaire, respiration fréquente. A trois heures quinze, efforts de vomissement de plus en plus violents, hurlements plaintifs, angoisses, agitation incessante, respiration saccadée, contracture diaphragmatique, selles diarrhéiques, anesthésie et parésie de tout le train postérieur. A trois heures vingt-cinq, les matières vomies deviennent bilieuses, cris plaintifs, incessants, respiration suspirieuse, stupeur. A quatre heures, paralysie complète du train postérieur, urines involontaires, anesthésie périphérique absolue, respiration irrégulière. A quatre heures quinze, mort avec dilatation extrême des pupilles. Chez ce chien, la mort est survenue en une heure trente-cinq minutes.

Troisième chien. — Injection de 1 milligramme d'aconitine V., pratiquée à deux heures vingt-sept; l'animal lèche la piqûre et va se blottir dans un coin obscur. A trois heures l'animal est calme et comme assoupi. A trois heures quinze, agitation, inquiétude. A trois heures trente, il se lève pour marcher, mais il tombe et reste couché sur place. A quatre heures quinze, il essaie de nouveau de se lever et de marcher, mais il titube comme dans l'ivresse; selle diarrhéique, mais pas le moindre effort de vomissement, sensibilité périphérique notablement diminuée, pupilles modérément dilatées. L'animal survit sans présenter de phénomènes appréciables. Le lendemain il n'existe plus chez lui aucune trace des accidents de la veille.

En résumé : un milligramme d'aconitine a tué le premier chien en quarante-trois minutes, après avoir donné lieu à tous les accidents toxiques au maximum. La même dose d'aconitine du Dauphiné tue le second chien en une heure trente-cinq minutes, avec des accidents toxiques d'intensité un peu moindre. Enfin la même dose d'aconitine des Vosges est suivie de la survie de l'animal et de phénomènes qui n'ont pas dépassé le taux physiologique.

Tels sont les résultats bruts constatés par M. Laborde, qui les donne sans interprétation ni commentaires. Il s'en tient pour le moment à l'enseignement pratique qu'ils portent en eux et qui est celui-ci : se garder, dans les applications thérapeutiques, jusqu'à nouvel ordre, de l'emploi de l'aconit napel de Suisse.

Discussion

M. Giraldès dit avoir observé, chez deux malades tétaniques auxquels on avait donné de l'aconitine, des effets tout différents de ceux que vient de signaler M. Laborde. Ils présentèrent, en effet, contrairement aux convulsions signalées par M. Laborde, une sédation très-marquée du système nerveux et des mouvements respiratoires. Ils n'ont offert aucun accident convulsif ni aucun des phénomènes observés par M. Laborde du côté du tube digestif. Ils accusaient un goût salé dans la bouche et il leur semblait qu'un métal coulait dans leurs veines.

M. Laborde demande à M. Giraldès quelle espèce d'aconitine avait été employée dans ces deux cas; il attache beaucoup d'importance à cette question car, sauf l'aconitine cristallisée telle que la prépare M. Duquesnel, toutes les autres formes d'aconit employées sont chimiquement encore inconnues et donnent lieu à des effets tout différents. C'est ainsi qu'avec la teinture d'aconit, par exemple, on obtient des résultats tout à fait inattendus et souvent opposés à ceux que l'on cherche. Les alcoolatures, les teintures, les extraits, d'une façon générale sont très-souvent infidèles dans leurs effets; les uns fournissent des résultats absolument nuls et donnent lieu à de grandes déceptions; les autres, au contraire, sont tellement toxiques qu'avec des doses dites thérapeutiques on obtient des effets toxiques pouvant aller jusqu'à la mort des malades. Tous ces médicaments, sous ces formes, devraient être laissés de côté ou n'être employés chez l'homme qu'après avoir été expérimentés chez les animaux.

Il ajoute que, relativement à l'aconitine et aux expériences qu'il a entreprises avec cette substance, il n'avait nullement l'intention de fournir une explication des effets qu'il a constatés; il a seulement voulu faire connaître à la Société les effets qu'il a obtenus après un certain nombre d'expériences.

M. Brown-Sequard fait remarquer que tout ce que vient de dire M. Laborde peut s'appliquer à l'aconit mais non à l'aconitine qui, en sa qualité d'alcaloïde, doit être nécessairement un principe fixe, défini, toujours identique à lui-même et ne pouvant, par conséquent, donner lieu qu'à des effets identiques.

M. Leven a fait avec M. Duquesnel les premières expériences qui ont été faites avec l'aconitine cristallisée, et se rappelle avoir entendu dire à M. Duquesnel lui-même qu'il n'était pas convaincu que cette aconitine cristallisée ne contînt qu'un seul et même alcaloïde.

M. Laborde dit qu'il faut tenir compte aussi du plus ou moins d'ancienneté de l'alcaloïde. Ainsi, avec des alcaloïdes de l'opium, il a obtenu des effets tout différents, suivant qu'il se servait d'un alcaloïde neuf ou d'un alcaloïde ancien.

M. Fournier rappelle qu'il existe plusieurs espèces d'aconit et qu'une seule espèce, l'*aconitum napellus*, par exemple, ne compte pas moins d'une dizaine de variétés différentes. Mais il ne serait pas difficile d'expérimenter toujours avec la même plante; l'*aconitum napellus* croît en grande quantité dans une certaine partie de la Normandie, où l'on pourrait facilement s'en procurer. Il faut aussi tenir grand compte de l'époque de la récolte au point de vue des effets de telle ou telle plante et ceci est surtout vrai pour l'aconit.

M. Laborde fait observer que la plante d'où a été tirée l'aconitine dont il s'est servi a toujours été cueillie à la même époque.

M. Cl. Bernard dit que, quelle que soit sa provenance, un corps chimiquement pur doit toujours donner lieu aux mêmes effets physiologiques. C'est là précisément l'un des progrès de la science moderne de remplacer les alcoolatures, les extraits, etc., substances extrêmement infidèles dans leurs effets et dont la composition chimique ne peut être déterminée exactement, par des alcaloïdes ou des corps fixes identiques à eux-mêmes et dont les effets doivent être constants et identiques.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Séance du 27 novembre 1875. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Effets physiologiques de l'aconitine. — M. Laborde, à l'occasion du procès-verbal, revient sur la communication qu'il a faite dans la dernière séance. Il semblerait résulter des expériences qu'il a fait connaître que des produits en apparence définis pussent amener des effets différents, ce qui est contraire aux lois de la physiologie. Mais tout en s'étant servi des sels d'aconitine les mieux cristallisés, les plus définis, M. Laborde n'oserait affirmer que ces produits sont absolument purs et ne contiennent qu'un seul alcaloïde. Il en est probablement des aconits comme des opiums; suivant les diverses provenances de ces corps, leurs alcaloïdes peuvent donner lieu à des effets physiologiques différents. La morphine unie à la codéine, par exemple, ne donne plus les mêmes effets que la morphine absolument pure. Or, il est possible que dans les aconitines dont s'est servi M. Laborde, il se trouve quelqu'autre substance encore inconnue et indéterminée. On sait, par exemple, combien il est difficile de séparer la strychnine de la brucine. Dès lors, les différences dans les effets physiologiques des diverses espèces d'aconitine se trouveraient expliquées. En outre, il faut également tenir grand compte de la question botanique. Il existe un très-grand nombre de variétés d'aconit, et ces variétés peuvent bien contenir des produits différents.

M. Cl. Bernard dit qu'il doit certainement y avoir une cause de ces effets différents, et qu'il est probable que l'aconitine est un produit non encore suffisamment défini.

Physiologie du cerveau. — M. Brown-Sequard offre à la Société une leçon qu'il a faite au mois de juin de cette année à Boston sur les localisations cérébrales. Des nombreuses expériences qu'il a pratiquées sur les animaux et des observations qu'il a recueillies chez l'homme découlent plusieurs faits décisifs dont l'importance n'échappera à personne.

Quand il s'agit d'une lésion du cerveau, il n'y a pas de symptômes qui ne puisse être observé, en quelque endroit du cerveau que siége la lésion. Inversement, les lésions les plus considérables peuvent ne donner lieu qu'à des phénomènes à peine appréciables. C'est ainsi que, dans un cas où tout un lobe cérébral était entièrement détruit, M. Brown-Sequard n'a pas constaté d'autres manifestations qu'une amaurose et quelques douleurs de tête. Toutes les fonctions dépendant du cerveau peuvent donc persister, malgré la destruction complète d'un lobe cérébral entier. Si d'après certaines données de la physiologie, il faut admettre qu'il existe des localisations dans les fonctions du cerveau, il est impossible d'admettre que les centres de ces localisations soient disposés, comme tendent à le faire croire certains physiologistes, c'est-à-dire qu'ils soient répartis dans une portion plus ou moins limitée de l'encéphale. Voici ce que pense, à ce sujet, M. Brown-Sequard; les cellules cérébrales servant à une même fonction, suivant lui, sont *disséminées* dans les diverses parties de l'encéphale et reliées entre elles par un enchaînement insaisissable. Cette opinion, bien que reposant uniquement sur une hypothèse, est cependant la seule qui s'accorde avec tous les faits et qui puisse les expliquer.

M. Brown-Sequard reviendra d'ailleurs ultérieurement sur cet important sujet de physiologie.

Lésions cérébrales. — M. Brown-Sequard présente ensuite plusieurs pièces, qui montrent que des lésions superficielles du cerveau peuvent amener des lésions vasculaires, des hémorrhagies ou des congestions dans la base de l'encéphale.

Il montre, en outre, un chien qui, à la suite de cautérisations d'une partie du cerveau, avait été atteint de paraplégie. Ce chien est actuellement revenu de sa paraplégie, mais il offre ceci de particulier, qu'il présente une zone épileptogène très-étendue. En irritant l'animal au côté gauche, au niveau des côtes, il présente des phénomènes convulsifs de la patte postérieure du même côté. Quelquefois ces mouvements se produisent dans la patte du côté opposé.

Enfin M. Brown-Sequard appelle l'attention sur ce fait qu'à la suite de cautérisations de la surface du cerveau, on observe quelquefois une distension du thorax dans le côté correspondant à la lésion, et que cette distension persiste après la mort de l'animal.

Il attribue ce phénomène à des altérations particulières survenues dans les muscles intercostaux. On sait que la rigidité cadavérique surprend parfois les muscles dans la position même qu'ils avaient au moment de la mort. C'est ce que l'on a souvent constaté chez des soldats tués sur le champ de bataille. Ce sont là des faits de même ordre.

M. Houel fait observer que les mouvements de grattage que M. Brown-Sequard vient de produire chez ce chien, en irritant les parois thoraciques, se retrouvent chez beaucoup de chiens lorsqu'on les flatte, sans que pour cela ils soient épileptiques.

M. Brown-Sequard dit que ce sont là des phénomènes bien différents. Les mouvements des pattes que font les chiens quand on les caresse n'ont pas le caractère convulsif des mouvements provoqués par l'excitation de la zone épileptogène, chez les chiens devenus ou rendus épileptiques.

Pleurésie artificielle chez le chien. — M. Laborde montre un chien dont il vient de faire l'autopsie, et chez lequel il a produit une pleurésie typique avec tout le cortége des lésions anatomiques de cette maladie, et en particulier des fausses membranes qui se sont formées en l'espace de quinze heures; il a produit cette pleurésie à l'aide d'une injection dans la plèvre d'un litre d'eau.

M. Laborde se propose ultérieurement de faire une nouvelle communication sur ce sujet, il se contente pour le moment de montrer, par ce fait, la possibilité de produire artificiellement la pleurésie chez le chien.

Mobilité de la symphyse pubienne pendant la grossesse. — M. Budin a constaté, sur un très-grand nombre de femmes arrivées au terme de la grossesse, des mouvements dans la symphyse du pubis. Il est arrivé à ces constatations en pratiquant le toucher vaginal pendant la marche. Ces mouvements persistent pendant quelque temps après la grossesse. Il a cherché si ces mouvements se produisaient également en dehors de l'état de grossesse, dans des cas, pouvant la simuler; lorsqu'il existe une tumeur abdominale, par exemple, on ne constate, dans ces cas, aucun mouvement.

La éance est levée à cinq heures trois quarts.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le professeur Chauffard a remis son rapport à la commission instituée par le ministre de l'Instruction publique pour rechercher les moyens d'améliorer et de compléter l'enseignement clinique de la Faculté de médecine de Paris. — Voici les conclusions de ce rapport.

1° L'administration des hôpitaux céderait à la Faculté de médecine cinq services cliniques spéciaux : un service des maladies de la peau à l'hôpital Saint-Louis, un service des maladies des enfants à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, un service des maladies syphilitiques à l'hôpital du Midi, un service d'ophthalmologie et d'odontologie, et un service des maladies des voies urinaires dans l'un des grands hôpitaux généraux.

2° L'administration de l'intérieur cèderait à la Faculté de médecine un service clinique à l'asile Sainte-Anne.

3° Ces services cliniques seraient consacrés à l'enseignement et dirigés chacun par un professeur de clinique complémentaire. La règlementation et la police des services cliniques spéciaux appartiennent à l'administration de l'Assistance publique.

4° Les professeurs de clinique complémentaire seraient nommés par le ministre de l'instruction publique sur la présentation de la Faculté de médecine. La durée de leurs fonctions serait de dix ans; ils seraient rééligibles; ils jouiraient d'un traitement annuel de 5,000 francs. Ils feraient partie de la Faculté de médecine et prendraient rang après les professeurs titulaires.

Les agrégés libres de la Faculté de médecine et les médecins ou chirurgiens titulaires des hôpitaux, et pour la clinique des maladies mentales, les médecins des asiles publics d'aliénés, seraient seuls admis à être candidats aux chaires de cliniques complémentaires.

6° Il serait institué dans l'un des hôpitaux, de préférence à l'Hôtel-Dieu, une consultation clinique pour l'enseignement odontologique. Cet enseignement serait donné par un professeur de clinique complémentaire, nommé sur la présentation de la Faculté de médecine.

Tout docteur en médecine pourrait être candidat à la chaire de clinique odontologique.

— *Extrait d'un projet de délibération soumis au conseil municipal de Paris.* — Article premier. — Il sera inscrit au budget ordinaire des dépenses de la ville de Paris, chapitre XIX, sous la rubrique : *Subventions à des établissements d'instruction supérieure*, une somme de 500,000 francs, répartie comme il suit :

A la Faculté de droit.	75,000 francs.
A la Faculté de médecine.	200,000 —
A la Faculté des sciences.	100,000 —
A l'École supérieure de pharmacie. . .	100,000 —
A l'École pratique des hautes études. . .	25,000 —
Total. . . .	500,000 francs.

Art. 3. — La somme de 200,000 francs, attribuée à la Faculté de médecine, sera employée jusqu'à concurrence de 56,000 francs en bourses de voyages et bourses d'études à Paris, savoir : quatre bourses de voyages, vingt bourses d'études à Paris.

Le surplus sera appliqué aux dépenses de matériel et de personnel nécessitées par l'extension de l'enseignement et des travaux pratiques.

L'extension de l'enseignement comprendra, notamment, l'adjonction du corps des agrégés à titre de professeurs auxiliaires, et l'institution de moniteurs chargés de guider les commençants dans leurs premières études.

Art. 7. — Les bourses créées par les articles ci-dessus, seront décernées chaque année par le conseil municipal à des jeunes gens dont il reconnaîtra l'insuffisance de fortune, sur la transmission à lui faite d'une liste de candidats dressée par les conseils de professeurs des Facultés ou écoles auxquelles les bourses sont attribuées.

Ces mêmes conseils de professeurs détermineront, sauf les approbations nécessaires aux termes des lois en vigueur, les conditions de mérite et de travail à exiger des candidats, pour l'obtention des bourses, et des boursiers, pour le maintien de leurs bourses.

Les bourses de voyages seront de 4,000 francs.....

Les bourses d'études à Paris seront de 2,000 francs; elles pourront être fractionnées, jusqu'à concurrence seulement de la moitié de leur nombre total, et en demi-bourses seulement.

Les bourses d'études à Paris pourront être continuées au même titulaire pendant une durée égale à la longueur réglementaire des études auxquelles il se livre. Les bourses de voyages ne pourront être attribuées au même titulaire que pour une seule année.

— Par décret en date du 20 novembre 1875, la durée du temps d'études est la même dans les écoles de médecine et de pharmacie en plein exercice, que dans les Facultés de médecine et les écoles supérieures de pharmacie.

Les élèves des écoles de plein exercice pourront faire valoir les inscriptions prises dans ces établissements près les facultés ou les écoles supérieures sans avoir à subir les réductions prévues par le décret du 22 août 1854.

Les droits d'inscription, de travaux pratiques, d'examens, de certificats d'aptitude, de diplôme et autres, seront perçus, dans les écoles de médecine et de pharmacie de plein exercice, conformément aux dispositions des règlements relatifs au régime financier des établissements publics d'enseignement supérieur.

— *Écoles de pharmacie.* — L'article 6 du décret du 14 juillet 1875, ayant imposé aux élèves en pharmacie l'obligation de régulariser leur stage en produisant, avant le 1er janvier 1876, le certificat de grammaire, une session extraordinaire sera ouverte à cet effet, le 15 décembre prochain. Le défaut de justification du certificat de grammaire dans le délai prescrit par l'article 6, n'a pas pour effet d'invalider le stage antérieurement accompli, mais seulement de le suspendre jusqu'à production du certificat dont il s'agit.

— *Corps de santé militaire.* — M. Trudeau, médecin principal de première classe; MM. Burgkly et Haicault, médecins-majors de 1re classe, viennent de prendre leur retraite.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Il n'y a pas, cette année, de concours pour l'internat : il y a eu quatre places (sur six) données l'an dernier. Il semble qu'il serait préférable de prendre des dispositions pour qu'il y ait, chaque année, le même nombre de places mises au concours. Les internes et aides de clinique étant au nombre de six, et nommés pour trois ans, on pourrait avoir tous les ans deux places vacantes.

— Un concours pour la place de préparateur de physique médicale s'ouvrira à la Faculté de Nancy, le 22 décembre prochain.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Kardamatis, interne à l'asile public d'aliénés de Maréville, près Nancy.

— L'ophthalmoscope métrique présenté dans la dernière séance de l'Académie de médecine par M. Giraud-Teulon, a été présenté au nom de M. le docteur de Wecker.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 142. — SAMEDI 4 DÉCEMBRE 1875. 48e ANNÉE. SAMEDI 4 DÉCEMBRE 1875. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS			POUR L'ÉTRANGER
	Trois mois. .	8 fr. 50 c.	le port en sus
	Six mois. . .	16 —	suivant les derniers tarifs
	Un an. . . .	30 —	des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Curabilité de la maladie de Ménière. Deux cas de guérison.

Il ne faudrait pas trop prendre au pied de la lettre ce qui échappe quelquefois à la rapidité de la diction ou de la rédaction, comme, par exemple, lorsqu'en parlant des services de nos grands asiles de vieillards et d'infirmes, considérés surtout au point de vue des enseignements précieux et féconds qu'ils fournissent à la clinique pour l'étude et la connaissance du diagnostic et de la marche des lésions chroniques en général, on se laisse aller volontiers à les regarder comme des sortes de musées d'anatomie pathologique vivante. La qualification d'incurabilité qu'on assigne, trop souvent avec raison malheureusement, à un grand nombre des affections qu'abritent ces asiles, ne doit jamais être prise dans son sens rigoureux et absolu. D'abord à envisager cette acception dans son sens étymologique vrai, aucune maladie ne devrait être dite incurable, tout malade, de quelque affection qu'il soit atteint et quelque désespérée que soit son issue probable, ou même certaine, pouvant et devant recevoir encore utilement des soins. Et alors même que l'on s'en sert comme d'un équivalent ou d'un synonyme du mot inguérissable, on n'est pas plus fondé à l'inscrire comme une sorte d'arrêt irrévocable sur les pancartes des malades à côté du nom de leur maladie, que sur l'enseigne de certains établissements hospitaliers. C'est à la fois jeter le désespoir dans l'âme des malades et comme une sorte de défi à la science. N'a-t-on pas vu déjà plus d'un exemple d'appel de cet arrêt prétendu irrévocable d'incurabilité, et, à moins qu'il ne s'agisse d'une de ces lésions absolument et rigoureusement incompatibles avec le fonctionnement des organes essentiels au maintien de la vie, telle maladie réputée incurable jusqu'à présent ne peut-elle pas devenir curable demain ?

Ces réflexions, qui ne sont assurément pas nouvelles, nous sont suggérées aujourd'hui par quelques faits dont M. Charcot a entretenu son auditoire dans la conférence de dimanche dernier, qui a inauguré la série de ses conférence d'hiver.

Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié les quelques cas de vertige *ab aure læsâ* dont nous les avons entretenus l'année dernière, à peu près à cette époque; nous leur rappellerons notamment le fait de la malade du service de M. Charcot, que nous avons vue à cette époque, et qui était alors en proie à un état vertigineux continu qui la mettait dans l'impossibilité de se tenir debout et de marcher, auquel venaient s'ajouter de temps en temps des crises d'exacerbation des plus violentes pendant lesquelles elle se sentait irrésistiblement entraînée à des mouvements désordonnés, à se précipiter en avant, ou à faire la culbute en arrière, ou à tourner violemment sur elle-même, etc. Cette malade était dans cet état depuis près de dix ans, n'ayant jamais pu quitter son lit un seul instant depuis.

Cette affection se rattachait manifestement par ses symptômes, et par sa marche, comme par son point de départ organique (une lésion de l'oreille interne), à la maladie vertigineuse dite de Ménière, maladie considérée jusqu'ici comme incurable et qui a résisté, en effet, dans tous les cas connus à tous les moyens de traitement mis en usage. Or cette malade nous a été présentée dimanche dernier par M. Charcot, guérie ou tout au moins dans un état d'amélioration tel, qu'à moins de rechute, on peut la considérer réellement comme guérie. Elle n'a plus ni ses vertiges habituels, ni ses exacerbations, ni ses mouvements désordonnés, ni ses sensations de chute, suivies, parfois de chutes réelles, et elle n'est plus obligée à garder le lit ; elle marche péniblement, il est vrai, et avec quelque hésitation, comme une personne qui a été privée de l'usage de ses jambes pendant de longues années. Mais enfin elle peut marcher, et elle a fait à plusieurs reprises devant nous le court trajet de la largeur de la salle des conférences, sans menaces de chutes.

Comment cette guérison a-t-elle été obtenue? Par un moyen bien simple, par l'usage longtemps continué du sulfate de quinine, à doses modérées (de 50 centigrammes à 1 gramme).

Le douzième jour à dater du jour où cette malade fut mise à l'usage de cette médication, une modification assez remarquable dans son état avait déjà été constatée par toutes les personnes du service. Le premier effet a été la suppression de la sensation si pénible de sifflet, qui précédait ordinairement et annonçait les grandes crises et de ces grandes crises elles-mêmes. Puis le vertige continu habituel a graduellement diminué d'intensité et a fini par se dissiper à son tour. Le plus difficile a été d'amener cette femme à marcher, d'abord à cause de l'appréhension excessive qu'elle avait que la marche rappellerait ses crises, et aussi par suite de l'habitude contractée

du repos absolu pendant un aussi long laps de temps. Il a fallu lui faire en quelque sorte violence pour la déterminer à quitter son lit et à faire quelques pas. Mais au bout de quelque temps, on était parvenu à lui faire exécuter de longs trajets dans les cours de l'hôpital.

Ce qui doit nous intéresser avant tout ici, c'est le résultat, même considéré empiriquement.

Et d'abord, pour aller au devant de l'idée capable d'infirmer la valeur de ce fait de guérison, que ce résultat pourrait être dû au hasard ou à une coïncidence toute fortuite, disons tout de suite qu'il n'est pas unique.

Il y a quelques mois, ayant été appelé par un jeune confrère dans les environs de Paris, pour voir une jeune femme qui avait été considérée jusque-là par les uns comme épileptique, par d'autres comme hystérique ou hystéro-épileptique, et chez laquelle, après examen et interrogatoire minutieux, il reconnut l'affection vertigineuse dont il s'agit, avec diminution de l'audition à gauche et sifflement caractéristique, M. Charcot conseilla l'administration du sulfate de quinine sans en préciser les doses, mais jusqu'à production du bourdonnement, et à continuer jusqu'à cessation des vertiges. Il a appris, depuis, la guérison de cette jeune femme, qui n'a plus été reprise de ses vertiges.

Maintenant il serait intéressant, sans doute, de chercher à se rendre compte des raisons qui ont conduit M. Charcot à recourir au sulfate de quinine et de la manière d'agir de ce médicament dans cette circonstance. M. Charcot a été très-sobre d'explications sur l'un et l'autre point.

L'idée de l'influence que le sulfate de quinine donné à certaines doses répétées exerce sur la fonction de l'audition et des modifications qui pourraient s'ensuivre sur le trouble fonctionnel dont l'oreille est le siége chez ces malades, est évidemment ce qui l'a guidé dans ces tentatives qu'un heureux succès a couronnées.

Il sera intéressant pour ceux qui pourraient avoir l'occasion d'imiter cette manière d'agir, de rapprocher ici, comme l'a fait très-sommairement M. Charcot dans sa conférence, ces résultats des effets physiologiques du sulfate de quinine sur l'audition que M. Briquet a si bien étudiés dans son *Traité thérapeutique du quinquina*. Ils y trouveront, au besoin, un guide pour les diriger dans leurs essais.

« Les troubles de l'audition, dit M. Briquet, sont un des effets les plus constants de l'absorption du sulfate de quinine : il suffit d'une quantité de 25 à 30 centigrammes de ce sel prise en une dose, pour qu'il se produise des bourdonnements d'oreille.

Le bourdonnement se produit peu de temps après l'ingestion du médicament. On le voit souvent apparaître une demi-heure ou une heure au plus après l'ingestion de 40 centigrammes de sulfate de quinine, en une prise. Les malades qui en prennent de 1 à 2 grammes par jour, par cuillerées, commencent ordinairement à le ressentir après la troisième cuillerée, c'est-à-dire quand ils ont déjà pris 30 à 40 centigrammes de ce sel.

Le temps pendant lequel le bourdonnement persiste, varie selon la dose du médicament et selon le temps pendant lequel son usage est continué.

Ainsi, les malades qui prennent de 25 à 30 centigrammes de sulfate de quinine en une seule dose, n'éprouvent de bourdonnements que pendant une demi-heure au moins ou deux heures au plus.

Ceux qui en prennent de 40 à 50 centigrammes, en une seule fois, les éprouvent pendant deux ou trois jours.

Ceux qui en prennent de 1 gramme à 15 décigrammes en solution, par cuillerées, dans l'espace de dix heures, les ressentent pendant huit ou dix heures après la dernière prise.

Ceux qui prennent cette même quantité plusieurs jours de suite, les éprouvent tout le temps que dure la médication, et jusqu'à douze ou quinze heures après la dernière prise.

Enfin, ceux qui prennent ce sel à la dose de 2 à 5 grammes par jour, les ressentent jusqu'à vingt-quatre à trente-six heures après la dernière prise. »

Ces indications sont d'autant plus utiles à connaître que pour obtenir les résultats qu'a obtenus M. Charcot, il faut, paraît-il, que le malade soit entretenu d'une manière continue dans cet état de bourdonnement jusqu'à la cessation de l'état vertigineux.

Paralysie saturnine des avant-bras.

Trois malades du service de clinique de M. le professeur Bouillaud, dirigé en ce moment par M. Lancereaux, sont atteints de paralysie des avant-bras. Rien jusque-là de nouveau ni de particulièrement intéressant. Mais où gît l'intérêt, c'est dans le rapprochement de ces trois malades, dont deux sont atteints, l'un d'une manière certaine, l'autre probablement, d'intoxication saturnine, et le troisième de paralysie traumatique. Les éléments de diagnostic du premier malade servent à éclairer le diagnostic de l'autre, chez qui la cause, c'est-à-dire le fait même de l'intoxication, n'est que purement hypothétique, et manque absolument de preuve certaine jusqu'à présent.

Le premier, en effet, est un ouvrier cérusier — et de plus un alcoolique. — Toutes choses se sont passées chez lui de la manière la plus naturelle et la plus évidente. Il a eu des coliques suivies de la paralysie des extenseurs des deux avant-bras, qui persiste encore en ce moment avec tous ses caractères les mieux accentués. La paralysie est bornée aux extenseurs, à l'exclusion des autres muscles de l'avant-bras.

Chez l'autre malade, au contraire, qui est une femme, on est dans l'ignorance la plus complète sur la manière dont le poison plombique a pu pénétrer dans l'économie. C'est une femme âgée de quarante-cinq ans, autrefois femme de ménage, aujourd'hui concierge. Rien dans les professions qu'elle a exercées, ou qu'elle exerce en ce moment, rien dans ses antécédents n'est de nature à expliquer chez elle le développement d'accidents saturnins, et cependant il n'est pas possible, comme on en va juger, d'attribuer à une autre cause la série des symptômes qu'elle a présentés et de ceux qu'elle présente encore en ce moment.

Voici en quelques mots son histoire :

Il y a cinq ans, étant alors dans une ville de province, cette femme, après avoir éprouvé divers symptômes, et notamment des coliques, s'aperçut qu'elle avait une paralysie des muscles de l'avant-bras. Étant venue alors à Paris, elle entra à l'hôpital Saint-Louis, où on la soumit à un traitement par les bains sulfureux et par l'électricité. Au bout de six semaines, elle fut débarrassée de sa paralysie, mais, depuis ce temps-là, elle est restée anémique et quasi-cachectique. C'est là tout ce qu'on a pu savoir de cette première atteinte.

Dans ces derniers temps, elle a été reprise de coliques, et elle est entrée le 5 novembre à l'hôpital de la Charité avec des coliques, des vomissements bilieux, du ténesme spécial et un peu d'albuminurie.

Le 13, il survient un accès de fièvre avec *herpès labialis*, et le lendemain on s'aperçoit qu'elle ne peut plus relever les deux bras ni les mains, qui restent pendantes. On constate alors une

paralysie de tous les extenseurs, de l'extenseur commun et des extenseurs propres des doigts; les radiaux sont aussi un peu paralysés, mais dans une beaucoup plus faible mesure. Les muscles interosseux et le long supinateur sont intacts. Les muscles des deux avant-bras paralysés sont légèrement atrophiés. Enfin on constate par la galvanisation que ces muscles ont perdu leur contractilité électrique.

M. Lancereaux, en présence de cet état, n'hésita pas à diagnostiquer, chez cette femme, une affection saturnine, malgré l'absence de toute cause connue d'intoxication, en se fondant sur ce double fait de la paralysie des extenseurs à l'exclusion de tous autres muscles et de la perte de la contractilité électro-musculaire, qui en sont en quelque sorte des caractères pathognomoniques.

— Le troisième fait dont nous avons parlé vient donner son appoint en faveur de la probabilité de ce diagnostic, en faisant mieux ressortir encore la ressemblance des deux faits précédents par le contraste qu'il présente avec eux. C'est celui d'un homme d'une trentaine d'années qui, à la suite d'une blessure grave du genou a subi, il y a quelques années, l'amputation de la cuisse. Depuis cette époque, il ne marche qu'avec une béquille, et il marche beaucoup, étant chanteur ambulant. Il a été pris récemment d'un affaiblissement avec sensation de fourmillement dans tout le membre supérieur droit (celui qui tient la béquille). Cet affaiblissement n'a pas tardé à devenir de la paralysie. Aujourd'hui, tous les muscles extenseurs, les radiaux, les long et court supinateurs, comme les interosseux, sont également paralysés, et cette paralysie offre ce caractère particulier que ces mêmes muscles, impuissants à se contracter sous l'influence de la volonté, ont conservé leur contractilité électro-musculaire. C'est ici le type de la paralysie par compression du plexus axillaire.

Pour en revenir à la femme affectée de la paralysie des extenseurs, il serait du plus grand intérêt de rechercher chez elle par une enquête attentive, tout ce qui pourrait mettre sur la trace du poison plombique, qui peut pénétrer dans l'économie par des voies si diverses et parfois si imprévues. Mais cette enquête restât-elle sans résultat, nous pensons avec M. Lancereaux, qu'on est suffisamment fondé ici par la seule symptomatologie à affirmer l'intoxication et à agir en conséquence.

Hydropisie de la gaîne tendineuse du médius avec synovite albumineuse. — Traitement par l'injection de chlorure de zinc.

Dans la clinique de M. le professeur Richet à l'Hôtel-Dieu, nous avons vu appliquer un moyen de traitement nouveau pour un cas d'hydropisie de la gaîne tendineuse avec synovite albumineuse. Il s'agit d'un garçon cuisinier qui, dans l'exercice de sa profession, avait eu le doigt médius de la main droite piqué par une pointe osseuse. La plaie s'était promptement cicatrisée, mais il s'en est suivi une tuméfaction considérable du doigt, avec fluctuation produite manifestement par une hydropysie de la gaîne tendineuse, avec synovite albumineuse de cette gaîne, accusée par la sensation, que donnait l'exploration, de petits grains riziformes, mobiles, nageant dans le liquide synovial; lesquels ne sont autre chose que les produits de la coagulation de l'albumine sous l'influence du travail inflammatoire de la synoviale. Il y a déjà un an que cet état dure chez ce malade, ce qui le met dans l'impossibilité de travailler. Tout ce qu'on a fait jusque-là pour le combattre, vésicatoires, frictions iodées, injections alcooliques, iodées, etc., est resté sans résultat.

Avant de débattre la question d'amputation qui se posait ici en présence de l'inefficacité de tous ces moyens, M. Richet a voulu essayer un moyen qui vient d'être employé tout récemment avec succès par M. Panas, à l'hôpital Lariboisière, dans un cas de grenouillette sous-hyoïdienne ou kyste séro-muqueux du cou.

Ce moyen consiste à injecter dans l'intérieur de la tumeur, sans la vider, une solution de chlorure de zinc au dixième. Après avoir fait un mélange de deux gouttes de solution de chlorure de zinc avec vingt gouttes d'eau, M. Richet a injecté, à l'aide d'une petite seringue Pravaz, de quatre à cinq gouttes de ce mélange dans la tumeur du doigt.

Nous ferons connaître les résultats de cette petite opération en même temps que nous donnerons un résumé de l'histoire de l'opérée de M. Panas.

Dr Brochin.

BRULURE PAR LE GRISOU

ET ACCIDENTS PRODUITS PAR SON EXPLOSION DANS LES MINES DE HOUILLE (1).

Par M. le docteur Bourguet.

La suppuration chez les brûlés du grisou, revêt un caractère particulier; elle m'a paru plus tenace que dans les brûlures ordinaires, abondante, donnant lieu à des croûtes grisâtres, molles, au-dessous desquelles le pus sourd sans cesse. Si on provoque leur chute elles se reforment rapidement pour peu que les pansements soient rares, mais la cicatrice ne se fait pas. Je ne saurais mieux les comparer qu'à ces éruptions impétigineuses qui, chez les enfants scrofuleux, recouvrent la face d'un masque hideux et sont d'une ténacité sans pareille.

Les plaies finalement, se débarrassent de cette production croûteuse, mais durent des mois entiers, plus d'une année quelquefois même chez des sujets jeunes et vigoureux. On dirait qu'elles appartiennent à un organisme qui n'est pas sain. Elles ont besoin d'être excitées souvent; leurs bourgeons charnus sont flasques, pâles, et leur modificateur le plus puissant peut-être, (j'en parlerai plus tard) est l'air extérieur.

L'agent comburant est-il la cause de cette manière d'être, ou bien faut-il croire que l'organisme entier a été modifié dans un sens fâcheux, et qu'il imprime à la lésion locale cette marche lente et anormale? Je penche volontiers pour cette dernière hypothèse et je considère la plaie comme un émonctoire par lequel s'élimine à la longue le poison qui a vicié le sang. Cette viciation, est probablement due à ce que le brûlé, si vite qu'il s'échappe ou soit secouru, respire quelque temps dans une atmosphère où l'oxyde de carbone et l'acide carbonique existent en grande quantité, malgré le retour d'air qui ne tarde pas à se faire. Il ne faut pas d'ailleurs oublier que dans presque tous les cas, les mineurs atteints étaient auparavant plus ou moins anémiques et présentaient généralement les caractères d'un tempérament affaibli et lymphatique, conséquences de leur profession.

Cette opinion, peut paraître paradoxale, mais ceux de mes confrères qui exercent dans les pays houillers savent combien sont lents à se relever complétement, s'ils se relèvent jamais, les brûlés de grisou, ceux qui comme on le dit vulgairement ont *avalé le feu*.

Il serait très-intéressant de noter après guérison l'état de santé de ceux qui ont suppuré le plus longtemps. Sont-ils mieux guéris que ceux qui suppurent moins? Question digne d'être étudiée, mais difficile à résoudre. Une pareille statistique est encore à faire, et on comprendra facilement combien il fau-

(1) Suite. — Voir les numéros des 20 et 27 novembre.

drait d'années et d'observations réunies pour la rendre probante. Heureusement pour l'humanité, les accidents de grisou sont assez rares pour qu'on ne l'établisse pas aisément.

Quoiqu'il en soit, il reste avéré que les mineurs qui guérissent d'une brûlure par le grisou, ne reprennent pas facilement leurs forces et leur énergie premières, ils sont plus susceptibles que leurs camarades de subir la mauvaise influence du travail des mines, et conservent longtemps une anémie caractéristique que rien ne répugne à considérer comme faisant partie de la classe des anémies par intoxication méphitique.

Les quelques exemples que j'ai pu avoir sous les yeux, m'autorisent à affirmer le fait, d'où je conclus à l'empoisonnement de l'organisme et à la spécificité de la brûlure par le grisou.

L'inflammation du grisou, a pour résultat la production d'acide carbonique et d'oxyde de carbone ; aussi, bien souvent, l'asphyxie complique la brûlure ou se rencontre à côté d'elle. Un mot est nécessaire pour bien faire comprendre la manière dont elle se produit. Le grisou s'enflamme rapidement, de proche en proche, jusqu'au point où la quantité d'air est assez grande pour enlever au mélange ses propriétés explosibles. Il se produit un courant très-fort vers les parties libres des galeries, jusqu'au moment où, l'action dilatatrice épuisée, prend naissance le courant de retour plus faible, mais parfois très-marqué, de l'extérieur vers le fond de taille, ou pour être plus exact, vers le point où a éclaté le coup de feu. C'est autour de ce point, que sont en grande partie accumulés les produits gazeux de la combustion ramenés par le courant d'air de retour.

Les asphyxiés, sont toujours à une certaine distance du point où on a mis le feu. Si on constate sur eux des brûlures, elles sont en général peu étendues ; le nez, les mains seulement sont atteints, quelquefois il n'y a rien.

Je suis porté à croire que ceux qui succombent ainsi, se méfiaient du grisou, et avaient cru se mettre à l'abri en se couchant sur le sol, précaution habituelle parmi les mineurs pour éviter la flamme en lui offrant le moins de prise possible. Il est établi que dans un coup de grisou on a souvent le temps de se jeter à plat ventre avant le passage du feu ; plusieurs ouvriers à ma connaissance, ont été épargnés grâce à cette manœuvre et pourraient en témoigner.

Les faits qui m'ont été rapportés avec des détails très-précis, appuient cette manière de voir : ceux qui sont debout dans la galerie, sont plutôt brûlés, ceux qui sont à terre et contre les parois sont moins brûlés et plus vite asphyxiés.

Les saillies des parois ou des bois, les débris de charbon, peuvent s'opposer au passage de la flamme tandis qu'ils immobilisent les produits délétères de la combustion, gaz plus lourds que l'air, que le courant de retour refoule vers le sol.

Si rapides que se succèdent les phénomènes ci-dessus décrits, il s'écoule assez de temps pour que les ouvriers, dans certains cas, exécutent plusieurs inspirations et pour que le cœur cesse de battre. Ne sait-on pas combien sont promptes les asphyxies de cette nature ? On est témoin tous les jours d'asphyxies instantanées dans les caves, les égouts, etc. Si l'ouvrier est étendu sur le sol, il peut éviter la flamme, mais il est asphyxié s'il ne se relève vite ; au contraire, s'il est debout, en plein courant, il peut être brûlé, mais il est soustrait à l'asphyxie par la colonne d'air de retour.

Je n'ai pas la prétention d'expliquer l'asphyxie aussi simplement, bien d'autres éléments doivent être tenus en compte, tels que : la résistance individuelle, l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac, une syncope possible, une maladie du cœur ou du poumon, etc. *(A suivre.)*

THÉRAPEUTIQUE

Observation clinique sur les sels d'arséniate de fer.

Par M. le docteur Baron.

La *Gazette* a entretenu ses lecteurs des sels d'arséniate ferreux que l'on extrait des Eaux de la source Dominique de Vals, et de l'efficacité des dragées, que l'on fait avec ce produit dans tous les cas où les deux agents par excellence, le fer et l'arsenic sont indiqués.

Nous voulons y revenir aujourd'hui pour donner connaissance de quelques observations dans lesquelles ces dragées ont pu être aisément administrées et ont produit les meilleurs résultats. Il s'agit de malades pris dans une clinique de maison d'aliénés, auxquels il est en général si difficile de faire ingérer les médicaments, et qui ont accepté et ingéré ces dragées sans opposition et s'en sont ensuite bien trouvés.

On sait les nombreuses indications que présentent la plupart des sujets de l'aliénation mentale pour le fer et l'arsenic. Ces constitutions ordinairement débilitées et anémiques, dont les surfaces muqueuses ou cutanées remplissent leurs fonctions spéciales avec tant de difficulté, réclament parmi les fortifiants ceux qui portent leur action sur ces organes et en réveillent les fonctions. Mais sous les formes où l'on présente vulgairement ces médicaments, les aliénés, ceux notamment de l'espèce lypémaniaque se refusent à les prendre, et le médecin, en présence de ces cas, reste impuissant quoique en possession des agents qui produiraient les meilleurs effets.

M. le docteur Louis, médecin en chef de la maison d'aliénés à Bourg (Ain) s'est trouvé dans cette situation vis-à-vis de quinze cas de lypémanie chez des jeunes femmes, qui, à l'état anémique, joignaient pour la plupart la suppression du sang menstruel. Connaissant les Dragées arsenico-ferriques de la Dominique il les a présentées à ces malades qui les ont acceptées comme des enfants, sur la bonne apparence. L'usage en a pu être continué durant quatre semaines ; au bout de ce temps, notre confrère constatait une notable modification des symptômes particuliers, en même temps qu'une amélioration générale des malades.

Dans deux de ces cas, notamment, cette amélioration a été marquée et suivie d'un retour à la raison. M. Louis ne nous dit pas si cette guérison s'est maintenue. Rien cependant n'eut été plus intéressant dans son observation en faveur de la médication et du médicament. Mais il suffit d'avoir obtenu des effets thérapeutiques semblables pour justifier le bon emploi qu'on peut faire des Dragées de la Dominique.

Il est évident que la couleur et la forme que l'on a su donner à ces Dragées leur fait un attrait que le médecin doit trouver très-souvent l'occasion de mettre à profit. En considérant le grand nombre d'enfants dont l'organisation affaiblie d'origine ou débilitée ensuite indique spécialement l'administration des agents fer et arsenic associés ensemble, quand on considère encore le plus grand nombre de personnes à l'âge de raison, qui, pour les médicaments, conservent tous les instincts et toutes les répugnancee des enfants, on comprend, jusqu'à l'approuver, l'heureuse idée que l'on a eu d'utiliser les dépôts ou les extraits arsenico-ferreux des eaux minérales de la source Dominique de Vals et de les préparer sous la forme de bonbons, qui peuvent plaire à tout le monde, même à ceux qui n'ont que des préférences entre les diverses préparations des médicaments.

Maintenant, si l'on considère que nous traversons une époque où l'anémie et ses conséquences semblent être le fond de toutes les maladies, c'est-à-dire une époque où les toniques fortifiants et reconstituants sont les plus rationnellement ordonnés dans la pratique médicale, on se rendra compte de l'opportunité que présente cette préparation nouvelle de sels naturels qui caractérisent la source remarquable de la Dominique, dont les eaux n'ont peut-être pas d'analogie minérale parmi celles qui font la richesse des stations thermales de France.

M. le docteur Louis, dont nous venons de citer l'observation clinique, utilisant les dragées de la Dominique sur des femmes aliénées, rapporte encore un fait de son service qui mérite notre attention à un autre titre. Il s'agit d'une jeune fille de quatorze ans, qui

fut prise d'attaques d'hémorrhagie dès la deuxième époque de ses règles : elle était dans l'état de langueur avec perte d'appétit depuis longtemps, et tout ce qui accompagne ordinairement ces symptômes; c'était enfin un cas marqué de ces débuts de menstruations difficiles, comme il y en a tant.

M. le docteur Louis, connaissant les effets des Dragées arsenico-ferriques de Vals, n'hésite pas à les ordonner à la jeune fille. Au bout de dix jours, dit-il, les forces se relèvent et, le goût de la nourriture joint aux bonnes digestions qui suivent, la malade allait beaucoup mieux.

La médication ayant été continuée quelque temps encore, les époques menstruelles s'établirent convenablement; la quatrième enfin parut à sa date, et le sang eut son cours normal selon le docteur qui rapporte cette observation qui lui est propre.

Il nous reste à produire encore à l'avantage des Dragées de la Dominique, quelques observations du docteur Chatelain (de Nancy), qui en a fait l'emploi dans des cas variés, mais dans un surtout où le fer et l'arsenic se trouvaient bien indiqués.

Nous verrons les résultats probants qu'il a obtenus en faveur de cette préparation médicamenteuse, sous forme de dragées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 décembre 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine;

2° Le rapport imprimé de M. Marjolin sur *l'insuffisance des ressources pour le traitement des maladies chirurgicales des enfants à Paris*;

3° Une lettre de M. le docteur Cras, professeur à l'école de médecine navale de Brest, annonçant l'envoi de la première partie d'un mémoire sur *le traitement des plaies de l'urèthre dans la chute à califourchon*. L'auteur demande à être porté sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national;

4° Une note de M. le docteur Cazin (de Boulogne-sur-mer), membre correspondant, *sur une modification au mode opératoire de M. le professeur Rigaud (de Nancy), pour la cure radicale des varices superficielles*;

5° Un mémoire de M. le docteur Alfred Machado, (de Vénézuéla), sur le *traitement des rétrécissements de l'urèthre simples ou compliqués de fausses routes*. Le moyen consiste à faire pénétrer dans l'urèthre des sondes élastiques dans lesquelles on introduit successivement des mandrins de diverses grosseurs.

M. Tarnier dépose sur le bureau la réponse, qu'il a déjà publiée dans la *Gazette médicale* du 20 novembre dernier, aux attaques violentes dirigées contre lui par le docteur Hirneaux, au congrès médical de Bruxelles, à propos du forceps-scie.

M. Magitot offre de la part de leur auteur, M. le docteur Maurel, médecin de la marine à Brest, trois brochures : 1° Sa thèse inaugurale intitulée : *de l'inflammation aiguë et chronique de la pulpe dentaire* ou *pulpite aiguë et chronique*; 2° une note *sur les luxations dentaires*; 3° une note *sur les blessures des dents*.

M. le Président fait part à la Société de la perte bien imprévue qu'elle a faite depuis la dernière séance. M. Giraldès est mort subitement vendredi dernier, à la bibliothèque de la Faculté de médecine. Les obsèques ont eu lieu avant-hier. M. le Président déclare la séance levée en signe de deuil.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 octobre 1875. — Présidence de M. Delasiauve.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Gillette, secrétaire général, s'excusant de ne pouvoir assister aux séances qui auront lieu jusqu'à la fin de l'année 1875, son temps étant pris tous les samedis par le concours de l'externat dont il est juge. Les fonctions de secrétaire général seront remplies par un des secrétaires annuels.

2° Une lettre de M. le docteur Larcher demandant un tour de lecture pour un travail à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire de la société.

3° Une lettre de M. le docteur Patezon, sollicitant le titre de membre correspondant.

4° Un manuscrit de M. le docteur Moncorvo de Figuerredo, membre correspondant : *De l'action de la gentiane associée à l'acide sulfurique.*

La correspondance imprimée comprend :

1° Deux numéros du *Progrès médical*.

2° Envoi de M. le docteur Larcher : *Contributions à l'histoire des polypes fibreux intra-utérins. — Études cliniques et anatomo-pathologiques de la protubérance annulaire. — De la rupture spontanée de l'utérus. — Mélanges de pathologie comparée et de tératologie* (trois fascicules).

3° Envoi de M. le docteur Moncorvo de Figuerredo : *Contributions à l'histoire de l'endocardite scarlatine. — De l'exercice et de l'enseignement de la médecine au Brésil. — De l'action abortive du sulfate de quinine.*

4° Envoi de M. le docteur Patezon à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant : *Guide aux eaux minérales de Vittel. — Des coliques hépatiques et de leur traitement par les eaux de Vittel. — Exposé des titres et des travaux scientifiques du docteur Patezon.*

Le travail manuscrit de M. le docteur Moncorvo de Figuerredo est renvoyé à une commission composée de MM. de Beauvais, Duroziez et Perrin, rapporteur.

L'exposé des travaux et titres scientifiques de M. le docteur Patezon est renvoyé à une commission composée de MM. de Ranse, Voisin et Leudet, rapporteur.

Les travaux imprimés de M. Moncorvo de Figuerredo sont renvoyés à une commission composée de : MM. Blondeau, Lemoisne et Charrier, rapporteur.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. Martin. Le remède Delacour contre les crevasses du mamelon est composé de nitrate de plomb; je lui ai vu produire des accidents. M. le docteur Peter en a été témoin. Je crois qu'il est bon de se méfier de ce remède qui peut être dangereux dans certains cas.

M. Perrin. A plusieurs reprises déjà, divers médecins et des pharmaciens ont signalé les propriétés quelquefois malfaisantes du remède Delacour, et cette spécialité n'en a pas moins continué à être vendue sans entraves.

LECTURE

M. Voisin lit un travail sur la *Transfusion du sang chez les aliénés.* (Sera publié.)

DISCUSSION

M. Duroziez demande si l'opération n'a pas eu quelque influence sur le moral du malade. La quantité de sang injectée est tellement faible qu'il faut supposer qu'il y a eu là une action dynamique plutôt que nutritive. De plus le sujet soumis à l'opération était peu malade.

M. Voisin. On pratique souvent sur les aliénés des opérations sérieuses, et jamais cela n'amène d'amélioration dans le moral des malades. Quant à croire que le sujet opéré n'était pas gravement atteint, c'est une erreur. Quand chez un aliéné il y a de l'œdème et des eschares, le danger est imminent et souvent difficile à conjurer.

M. Peter demande à M. Voisin s'il a examiné le sang au microscope après l'opération.

M. VOISIN est dans l'intention de procéder à cet examen, mais en ce moment le malade est craintif et se laisse approcher difficilement.

M. DELASIAUVE. Si M. Voisin n'a pas suspendu les injections de morphine pendant les quelques jours qui ont précédé et suivi l'opération, il se pourrait que ces injections modifiant favorablement le moral aient eu une heureuse influence sur l'état physique. Cependant je crois que la transfusion du sang a été la principale cause de l'amélioration.

M. VOISIN. J'avais essayé la morphine à hautes doses avant la transfusion du sang, j'ai été obligé de la suspendre à cause de l'état général. J'ai eu recours à la transfusion, dans l'espoir de rendre des forces au malade d'abord, et de me permettre ensuite le nouvel emploi des hautes doses de morphine.

M. DUROZIEZ. Si 20 grammes de sang injecté ont produit un heureux effet, pourquoi n'aurait-on pas recours plus souvent à ces sortes d'injections ?

M. DELASIAUVE. Je ferai remarquer avec quelle facilité, les épanchements sanguins se résorbent chez les aliénés; ce serait une raison de plus en faveur de ces injections sous-cutanées.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. POLAILLON présente à la Société une pièce anatomo-pathologique ayant trait à un *kyste dermoïde* de l'ovaire et donne des renseignements sur l'ovariotomie qu'il a pratiquée et qui s'est terminée par la guérison.

DISCUSSION

M. DUROZIEZ demande à M. Polaillon s'il a employé le clamp.

M. POLAILLON. Le pédicule était plat et lamelleux, il contenait une dizaine d'artères de la force de la radiale ; lorsqu'il fut tordu je crus qu'il n'exigeait pas de clamp et voici ce que je fis. Je transperçai le pédicule avec deux broches, sous lesquelles je liai ce pédicule avec un premier, puis avec un second fil de fer. Le pédicule se trouva enserré dans la suture générale, les broches tombèrent le quatorzième jour, et la cicatrice actuelle ne présente pas de dépression.

M. DUROZIEZ. Je me rappelle une autre opération d'ovariotomie qui a eu une heureuse issue, mais à la suite de laquelle l'éventration fut difficile à prévenir.

M. POLAILLON. La question clinique de l'opportunité de l'opération du kyste de l'ovaire doit être basée à mon avis, plutôt sur l'état général de la malade que sur la probabilité ou la non probabilité des adhérences du kyste. Dans le cas présent j'avais craint de trouver des adhérences nombreuses, et pourtant il n'y en avait pas. J'ai vu une autre jeune fille de quatorze ans envoyée à la Maternité comme enceinte. Au bout de quelque temps on la fit passer dans le service de chirurgie. Je l'examinai et trouvai que j'avais affaire à un kyste de l'ovaire.

Le ventre était très-volumineux, il y avait à la jambe droite un œdème énorme, l'état général était mauvais. Je ne fis pas l'opération, parceque l'œdème unilatéral est une contre-indication comme étant signe d'une tumeur envahissante ; je craignais d'avoir affaire à un néoplasme de mauvaise nature. La malade mourut ; à l'autopsie je trouvai une tumeur cancéreuse avec végétations très-vasculaires ; dans la fosse iliaque droite des ganglions tuméfiés et probablement cancéreux. Je résume mon opinion en répétant que les indications et les contre-indications sont basées principalement sur l'état général de la malade.

M. LEBLOND. J'ai vu récemment dans un journal anglais le fait curieux suivant : une femme enceinte portait en même temps un kyste de l'ovaire. On pratiqua l'ovariotomie puis l'opération césarienne séance tenante. L'enfant était vivant et la guérison eut lieu chez la mère.

M. POLAILLON. La simultanéité d'une grossesse et d'un kyste de l'ovaire est une contre-indication à l'opération du kyste. La grossesse détermine souvent une légère péritonite et des adhérences des parois du kyste. En ce moment je vois une femme qui après être accouchée et avoir eu une légère péritonite, a conservé un ventre très-gros, par suite de la présence d'un kyste qui augmente de jour en jour, et je me suis gardé de conseiller l'opération.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr LEMOISNE.

VARIÉTÉS

Manuel de chirurgie de guerre, par O. HEYFELDER, médecin principal dans l'armée russe ; traduit par A. RAPP, médecin major au 2e bureau de l'état-major général du ministère de la guerre. — 1 vol. in-8° de 360 pages. — 1875. Paris, chez Berger-Levrault et Ce, 5, rue des Beaux-Arts. Prix : 6 francs.

Le petit volume publié sous ce titre comble une lacune, ainsi que l'annonce le traducteur dans son avertissement.

Nous signalerons d'une manière toute particulière à l'attention de nos lecteurs les chapitres suivants : *Le champ de bataille*, — *La station du pansement*, — *Transport des blessés*, — *Organisation du service des évacuations*, — *Installation de l'ambulance sédentaire*, etc., etc. Ils trouveront là des indications précises au sujet des obligations qui peuvent s'imposer au médecin militaire dans toutes les circonstances où il peut être appelé à exercer son ministère. Ces indications seront d'autant plus utiles qu'elles constituent dans les attributions du médecin militaire un côté tout nouveau et que ne prévoient, ni le programme d'instruction des écoles du service de santé, ni les règlements, ni les traités de chirurgie d'armée.

Au sujet de la partie plus spécialement chirurgicale du manuel de Heyfelder, nous aurions peut-être à critiquer la manière concise et et aphoristique dont l'auteur tranche les questions les plus controversées de la médecine opératoire, surtout en ce qui concerne les indications. Mais nous devons nous rappeler qu'il s'agit ici d'un manuel, d'un aide-mémoire portatif, destiné à accompagner le médecin militaire en campagne, et non pas d'un traité théorique où l'auteur peut s'étendre complaisamment sur une discussion raisonnée des doctrines et des méthodes.

Quand nous aurons dit que la traduction est soignée et l'exécution typographique parfaite, tant en ce qui concerne le caractère qu'en ce qui concerne les gravures, il ne nous reste plus qu'à recommander le *Manuel de chirurgie*, non-seulement à nos confrères de l'armée, mais encore et surtout à ceux de nos jeunes praticiens civils que les priviléges de l'âge appellent, en temps de guerre, à grossir les rangs de notre corps de santé militaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Clermont-Ferrand. — La distribution des prix a eu lieu le 1er décembre. Nous donnons la liste des lauréats.

1re *année*. — Prix unique : M. Jouannet. — Mentions honorables : MM. Gagnon, Hentz et Lachaize.

2e *année*. — 1er prix : M. de Brun Duboisnoir. — 2e prix : M. Bourgade. — Mention honorable : M. Rueff.

3e *année*. — Prix unique *ex æquo* : MM. Hugon et Mayet.

Prix de l'Administration des hospices accordé à celui des élèves internes qui a montré le plus de zèle au service des malades : M. Decret. — Mentions honorables *ex æquo* : MM. Bourgade, de Brun Duboisnoir, Mayet et Rueff.

Prix Fleury, consistant en une médaille d'argent et des livres, décerné à l'élève qui a recueilli le plus grand nombre d'observations dans un des services de l'Hôtel-Dieu. — M. Hugon. — Mentions honorables : MM. Rueff et Bourgade, internes.

— *École de médecine de Nantes.* — La distribution des prix, ouverte par un discours de M. Malherbe, professeur de clinique, sur la certitude en médecine, a donné les résultats suivants :

Concours pour les prix. — 1re année. 1er prix : M. Charrier. — Accessit : M. Lucas.

2e année. — 1er prix : M. Giraudeau. — 2e prix : M. Chenantais. — 1er accessit : M. Ollive. — 2e accessit : M. Blé.

3e année. — 1er prix : M. Gerbier.

Élèves en pharmacie. — Accessit : M. Renaudin.

Concours pour les prix de clinique. — 1er prix : M. Lacambre. — 2e prix : M. Dupas.

— *Hôpitaux de Nantes.* — A la suite du concours annuel ont été nommés :

Internes : MM. Ollive, de Aramburu, Gergaud, Lahaye, Chenantais, Hecquard, Chatellier et Josso.

Externes : MM. Charier, Blé, Harel, Passillé, Rapin, Dodin, Canteteau, Tattevin, Régent, Testut et Clisson.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Par suite du concours de l'agrégation qui le retient en ce moment à Paris, M. Morel, professeur d'anatomie, ne fait pas de cours; les étudiants n'ont donc, en ce moment, qu'un cours d'anatomie (ostéologie, arthologie, myologie) par un professeur adjoint, M. Lallement.

M. W. Zoeller, reçu le premier des élèves du service de santé militaire entrant au Val-de-Grâce, est un étudiant sortant de troisième année de la Faculté de Nancy.

— Dans un de ses derniers numéros, la *Gazette des Hôpitaux* publie les principales améliorations à introduire dans l'enseignement médical à Paris. Est-il besoin de remarquer que tout ce que dit l'honorable professeur A. Hardy est encore plus exact pour la Faculté de Nancy.

Et d'abord, pour leurs études anatomiques, les étudiants désireraient beaucoup avoir des chefs de dissection pour les garder à l'amphithéâtre. En outre, si Nancy n'a pas la prétention de devenir un centre pour l'étude des spécialités, on devrait au moins utiliser pour l'instruction des praticiens les ressources qu'on a sous la main : il n'y a pas de clinique des maladies des enfants, malgré les instances réitérées des maîtres et des élèves, qui n'ont pas encore obtenu l'autorisation de visiter les enfants malades à l'hospice Saint-Stanislas des enfants assistés.

Cet hospice pourrait fournir assez de cas pour étudier les diverses maladies de l'enfance. Nous ne savons pour quelles raisons les portes de cet établissement sont restées fermées à la Faculté.

Il existe, d'ailleurs, des cliniques assez bien fournies, des maladies des yeux, des maladies des vieillards, des maladies syphilitiques et cutanées.

Pour l'année 1875-1876, les deux cliniques chirurgicales de l'hôpital de Saint-Léon sont confondues en une seule : chaque titulaire aura le service pendant un semestre. Cette décision a pour but de faire profiter en même temps de tous les cas admis à l'hôpital les élèves stagiaires qui étaient autrefois distribués en deux divisions, et ne voyaient par conséquent que quarante malades au lieu de quatre-vingts.

— *Hôpitaux de Paris.* — Un concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie s'ouvrira le lundi 24 janvier 1876, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration, quai de la Tournelle, n° 47.

Le registre d'inscription sera ouvert de onze heures à trois heures, du mardi 28 décembre 1875 au mercredi 12 janvier 1876, au secrétariat de l'administration.

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Cours de pathologie interne.* — Le cours de M. le docteur Duguet, agrégé, suppléant de M. le professeur Axenfeld n'aura pas lieu les lundi 6, mercredi 8 et vendredis 10 décembre, il reprendra les lundis mercredis et vendredis suivants.

— *Cours particulier de technique microscopique.* — M. le docteur Latteux, sous-chef du laboratoire d'histologie des Cliniques, recommencera son cours le 6 décembre, à quatre heures.

Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en état de faire toutes les manipulations micrographiques et d'analyser les pièces que présente journellement la pratique médicale.

Ils seront donc exercés individuellement et répéteront eux-mêmes toutes les expériences (étude des tissus normaux et des principaux tissus pathologiques, coupes, injections, montage et conservation des préparations, etc.).

Ce cours aura lieu dans le laboratoire de l'hôpital des Cliniques, les lundis, mercredis et vendredis, et durera environ six semaines.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 8 décembre, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Nomination du bureau pour l'année 1876; 2° élections de membres associés libres nationaux et étrangers et de membres correspondants; 3° aperçu sur la constitution médicale du mois de novembre; 4° de l'admission des malades dans les hôpitaux.

Physiologie du système nerveux cérébro-spinal, par le docteur Édouard Fournié, médecin à l'Institut des Sourds-Muets. — 1 vol. gr. in-8°. Prix : 12 francs. — Paris, 1875, Adrien Delahaye.

Notions pratiques sur les exercices du corps appliquées aux différents âges. Observations succinctes concernant l'art de fortifier, d'entretenir ou de rétablir la santé par les exercices, par M. Laisne. — Paris, 1875, 1 vol. in-8° de 48 pages. Prix : 1 fr. 25. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 143. — MARDI 7 DÉCEMBRE 1875. 48e ANNÉE. MARDI 7 DÉCEMBRE 1875. — N° 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. po encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
S DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Sous le titre *De la nature de la flamme*, d'après Galien et d'après Aristote, M. Calli Burcès adresse, de Constantinople, une note qui juge une question de priorité et élucide en même temps un point intéressant de l'histoire de la science.

« Dans sa séance du 6 septembre dernier, dit l'auteur, l'Académie a été entretenue par M. Chevreul d'une question de priorité qui n'est pas sans intérêt pour l'histoire de la science; il s'agissait, dans cette communication, de déterminer quel est le premier auteur qui ait cité l'expérience des deux chandelles, expérience prouvant que la flamme est un phénomène produit par l'ignition des gaz. M. Chevreul, constatant l'exactitude de l'opinion de M. Melsens, qui, dans une remarquable dissertation historique sur Van Helmont, attribue la première mention de cette expérience à ce savant belge, a montré qu'elle avait déjà été décrite par Artephius, alchimiste arabe du douzième siècle.

Dans le même esprit de respect pour la vérité historique qui a déterminé M. Chevreul à apporter devant l'Académie cette rectification, j'ai cru devoir intervenir dans cette discussion pour établir à mon tour qu'un auteur grec, antérieur de dix siècles à l'alchimiste arabe, parle de la même expérience.

J'ai donc écrit le 30 septembre à M. le directeur du *Phare du Bosphore*, journal où j'avais lu un résumé de la communition de M. Chevreul, une lettre (insérée dans le n° 228 de ce journal) dans laquelle je revendiquais la priorité de cette mention pour Galien. En effet, cet auteur, dans son livre : Περὶ χρείας ἀναπνοῆς, cite la même expérience en ces termes : « Si, après avoir éteint la flamme d'une lampe, vous approchez une autre flamme au bout de la fumée fuligineuse ascendante, vous verrez la flamme de la mèche de la lampe se rallumer. »

Des recherches ultérieures m'ont appris depuis qu'un autre auteur, antérieur de cinq siècles à Galien, parle de la même expérience; Aristote, dans le premier livre (chapitre IV), de sa *Météorologie*, pour expliquer quelques phénomènes météorologiques lumineux, les compare à l'embrasement du gaz qui émane de la mèche d'une lampe récemment éteinte.

Ce passage a d'autant plus d'importance, qu'il se trouve chez un auteur dont le génie a su tirer de cette observation la déduction théorique qui l'a guidé pour donner la définition exacte de la flamme; dans le même livre et avant le passage que nous venons de reproduire, Aristote définit la flamme en ces termes :

Ἔστι γὰρ ἡ φλὸξ πνεύματος ξηροῦ ζέσις.

La même définition est répétée par l'illustre naturaliste dans le quatrième livre du même ouvrage et dans le second livre du Περὶ γενέσεως καὶ φθορᾶς.

On voit que la définition qu'Aristote a donnée de la flamme, et qui même, après tant de progrès que la chimie a faits depuis, reste valable encore aujourd'hui, est tout à fait identique à celle qui a été donnée par Van Helmont : « *Flamma est fumus accensus* » et ne diffère pas essentiellement de celle qui a été formulée par Newton : *Annon flamma vapor est, fumus, sive exhalatio candefacta, hoc est calefacta usque eo ut lumen emittat?* » Ni de celle de Davy : *Flame is gazeous matter heated so highly as to be luminous.* »

La priorité donc de la définition exacte de la flamme n'appartient ni à Van Helmont, comme M. Melsens l'expose dans sa savante dissertation, ni à Newton, auquel Priestley attribue l'honneur d'avoir été le premier qui ait défini exactement la flamme. Il est inexact que la première citation de l'expérience prouvant que la flamme est produite par l'ignition du gaz, se trouve dans les ouvrages de Lucrèce, d'Artephius ou de Van Helmont. Les citations précédentes établissent que c'est Aristote qui, non-seulement a donné le premier la définition exacte de la flamme, mais a cité également l'expérience qui l'a conduit à enrichir la science d'une notion, dont l'exactitude, ayant soutenu l'épreuve de vingt-deux siècles, reste encore aujourd'hui au-dessus de toute contestation. »

Dr Édouard FOURNIÉ.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Des complications cérébrales et cérébro-spinales dans la fièvre typhoïde.

Dans ma dernière leçon, je vous parlais des complications cardiaques de la fièvre typhoïde d'après un fait que vous veniez d'observer avec moi. Aujourd'hui, nous avons un autre cas de fièvre typhoïde grave, compliqué de délire et de contracture

des extrémités, et sur lequel j'appelle toute votre attention. Il va me fournir l'occasion de vous parler des complications cérébrales de la fièvre typhoïde.

C'est ma manière à moi de faire la clinique. Je crois que c'est la bonne, et je la préfère à cette autre, qui consiste à réciter un chapitre de pathologie interne appris pour la circonstance.

Si je me permets de parler ainsi, c'est que tout récemment, dans une brochure publiée par un homme bienveillant, M. Hardy, que je tiens en grande estime, il est dit que les cliniques libres des hôpitaux ne valent pas les cliniques officielles, et s'inspirent d'un autre sentiment que celui de l'amour de la science.

Ceci n'est pas juste. Tous les médecins professeurs des hôpitaux, comme les médecins professeurs officiels de l'État, enseignent non par désintéressement, mais pour se faire connaître avantageusement du monde médical et fonder leur réputation dans la science. La consécration gouvernementale ne donne ni talent ni réputation à celui qui n'a pas le mérite de se faire écouter. — C'est l'enseignement libre qui fait les professeurs. — Croyez-vous que si j'eusse attendu de recevoir l'huile sainte de Son Excellence le ministre de l'instruction publique pour me livrer à l'enseignement, j'aurais autant d'élèves autour de moi et que mon nom serait aussi répandu que mes ouvrages en Europe et dans les deux mondes? Non, messieurs, il n'y a pas à rougir de faire des cours libres pour se faire connaître. C'est le droit de chacun, consacré par l'usage des hôpitaux et par la nouvelle et heureuse loi de l'enseignement supérieur libre. Ceux qui devraient souffrir sont ceux qui sont payés par l'État pour enseigner et qui n'ont pas d'élèves, et comment auraient-ils des élèves, puisque vous voyez si souvent nommer professeurs officiels des médecins qui ne se sont jamais occupés du sujet que l'État les charge d'enseigner.

A cet égard, messieurs, les cours libres, et le mien qui dure depuis vingt ans, ont une importance que rien ne saurait leur enlever, et vous qui êtes si bons juges en pareille matière, vous savez bien l'apprécier, puisque vous venez ici sans y être poussés par un autre sentiment que celui de vos intérêts scientifiques.

C'est pour répondre autant qu'il est en mon pouvoir à ce besoin d'instruction qui vous attire, que je ne vous fais jamais de leçons que vous puissiez trouver dans les livres et pour lesquelles vous auriez bien tort de vous déranger. La clinique, je n'ai pas besoin de vous le dire, a des prétentions spéciales, celle de ne s'occuper que des malades, et il faut savoir s'y soumettre. C'est pour avoir méconnu ces exigences que notre renommée s'est amoindrie, et que les médecins étrangers de passage à Paris n'y séjournent qu'un instant au lieu d'y rester: Est-ce qu'il vaut la peine de venir de New-York ou de Saint-Pétersbourg dans cet hôpital pour y entendre six leçons théoriques sur la coqueluche, à une leçon par semaine?

Qu'on ne cherche donc pas à opposer l'enseignement officiel de l'État à l'enseignement libre des médecins des hôpitaux. Ce contraste n'est pas à faire. Le professeur libre d'aujourd'hui peut être le professeur officiel de demain, et s'il n'y avait pas de médecins des hôpitaux pour apprendre la médecine aux élèves de Paris, où l'apprendraient-ils?

L'enseignement libre des Ricord, des Lugol, des Biett, des Bazin, de M. Hardy lui-même, avant sa consécration à l'État, des Michon, des Robert, des Maisonneuve, des Beau, des Baillarger, des Bouvier, des Guérin et de tant d'autres qu'il serait trop long de nommer ici, ne mérite pas d'être méprisé. Il a eu autant d'éclat dans le monde savant français ou international et autant d'utilité pratique que n'en aura jamais l'enseignement de l'État.

Cela dit, pour répondre au reproche adressé à l'enseignement libre des hôpitaux, je vais aborder la question des complications cérébrales et cérébro-spinales de la fièvre typhoïde.

L'enfant que vous venez d'observer dans ma salle est entrée avec six jours de maladie.

Elle avait de la stupeur et de la céphalalgie sans épistaxis, du délire et une prostration considérable. Son ventre était tendu, ballonné, douloureux, avec gargouillement de la fosse iliaque droite, et il y avait une diarrhée très-fréquente.

Dans la poitrine existaient quelques râles à bulles fines, inégales, dans la base des deux poumons, et les battements du cœur n'offraient rien d'anormal.

La peau était chaude, sèche, d'une température de 39 à 40 le matin et de 40 à 41 le soir. Le pouls variait de 120 le matin, à 140 le soir.

Dans ces conditions et avec de pareils symptômes, le diagnostic ne pouvait être douteux. C'était une fièvre typhoïde de forme ataxique et adynamique.

La semaine suivante, les symptômes prirent plus d'intensité. La fièvre augmenta jusqu'à 40 degrés le soir, et il y eut un délire beaucoup plus fort, tel que l'enfant voulait sortir de son lit. C'est alors que je l'examinai à l'ophthalmoscope, ce qui me permit de constater une légère névrite optique, caractérisée par le gonflement du nerf optique, par sa rougeur vive, par la diffusion de ses contours, et par le gonflement des veines rétiniennes. Ce sont là des signes cliniques de premier ordre qui, étant observés dans les conditions où se trouvait notre malade, indiquaient une méningite typhoïde. Voici la figure coloriée de cette lésion intra-oculaire que plusieurs d'entre vous ont pu étudier avec moi.

Quelques jours après, du seizième au vingt-troisième jour de la maladie, apparurent des contractures des extrémités, qui cessaient sous l'influence des armatures métalliques de Burq, et qui revenaient un peu plus tard. Ces accidents ont duré sept jours et ont disparu.

Au vingt-troisième jour, la fièvre, la diarrhée ont diminué, et lentement la malade est revenue à la santé en nous offrant une anémie très-prononcée. Aujourd'hui, elle est à peu près guérie.

Ce qui doit attirer votre attention dans cette fièvre typhoïde grave, adynamique et ataxique, c'est le délire et la contracture des extrémités. Pour moi, ce sont des manifestations de méningite cérébro-spinale, et il me reste à vous démontrer que le délire, les contractures, les convulsions, les paralysies sensorielles, motrices et intellectuelles observées dans le cours des fièvres typhoïdes graves, ou après leur guérison sont le résultat de méningites cérébrales ou spinales, aiguës ou chroniques.

La clinique, l'anatomie pathologique et la cérébroscopie vous en fournissent la preuve.

Le délire aigu des fièvres typhoïdes, les obnubilations, la surdité, les soubresauts de tendons, le tremblement des membres, la contracture, les convulsions, l'amyosthénie, sont les premiers symptômes de cette hyperémie cérébrale, qui s'accompagne bientôt d'infiltration séreuse, leucocythique, et dans quelques cas, d'une formation de pus épais. Quelques médecins considèrent ces désordres comme de simples troubles fonctionnels. Je ne crois pas que cette opinion soit exacte. La preuve clinique c'est que, après la guérison, plusieurs de ces symptômes peuvent persister. J'ai vu la paralysie des membres durer un certain temps et disparaître. J'ai vu l'anesthésie,

la perte de la mémoire, la folie, l'idiotie, la surdité, l'amaurose, succéder à la maladie et donner lieu à des états morbides incurables. Tous les médecins ont vu des cas de ce genre, et les journaux de médecine en renferment un très-grand nombre. Thore, Marcé en ont publié un certain nombre d'exemples, et Béhier, dans une leçon sur ce sujet à l'Hôtel-Dieu (1875), en a rassemblé vingt-deux cas. Ce ne sont pas là de simples troubles fonctionnels, et il est certain qu'il y a là une lésion matérielle des centres et des cordons nerveux.

Une seconde série de preuves est fournie par l'anatomie pathologique et l'histologie.

Ainsi, à l'état aigu, chez les malades qui succombent après avoir eu un délire violent et prolongé, on trouve toujours la stase sanguine des veines méningées, l'hyperémie de la pie-mère dont les mailles sont infiltrées de sérosité opaline rendue telle par la présence des leucocythes; l'adhérence de la pie-mère à la substance corticale du cerveau légèrement ramollie, de sorte qu'en enlevant la membrane, on arrache une couche mince de substance grise, ce qui donne un aspect velouté grenu à la substance corticale. La substance grise est rosée, demi-transparente comme de l'agathe rose, légèrement ramollie, et le reste de la substance nerveuse blanche n'offre, en général, rien de particulier.

Examinées au microscope, ces lésions constatées à l'œil nu offrent les caractères évidents de l'inflammation. Je les ai étudiées avec le docteur Goujon, il y a une dizaine d'années, et voici ce qu'on trouve :

La substance corticale, un peu ramollie, est infiltrée de leucocythes, surtout dans ce qu'on appelle la gaîne lymphatique des vaisseaux capillaires. On trouve également dans leurs parois de petits dépôts de granulations graisseuses. La pie-mère est également infiltrée de leucocythes, et c'est à ces cellules que le liquide sous-arachnoïdien doit sa couleur légèrement opaline.

Voici d'ailleurs le dessin gravé de cette altération, et qui doit figurer dans le texte de mon Atlas d'ophthalmoscopie médicale, à l'article *Névro-rétinite des fièvres typhoïdes*.

Ce dessin représente très-bien la lésion que je viens de décrire, et que d'ailleurs je ne suis pas le seul à avoir étudiée, car on en trouve des descriptions récentes dans une observation de M. Quinquaud à la Société de biologie, et dans un travail de Popoff, fait, en 1874, dans le laboratoire de Recklinghausen.

De plus, dans les nerfs émanés du cerveau, il y a quelquefois des altérations fort considérables et qui expliquent également l'amaurose ou la surdité. J'ai vu un enfant atteint d'amaurose à la suite de fièvre typhoïde mourir accidentellement, et les nerfs optiques atrophiés depuis le globe oculaire jusqu'au chiasma, et à leur origine offraient une teinte jaunâtre extérieure due à un épaississement de la trame conjonctive et à l'altération des tubes nerveux, qui sont atrophiés, granuleux et friables.

Dans deux cas de surdité qui m'ont été communiqués par le docteur Chéron, on voyait à la coupe le nerf acoustique d'un blanc jaunâtre, plus dur et plus épais. Il n'y avait plus de fibres nerveuses. Elles étaient remplacées par du tissu fibrillaire, semé de gouttelettes huileuses. Au point où le nerf pénétrait dans le conduit osseux, il y avait encore une petite partie du nerf à peu près intacte. Ces observations ont été faites à Bordeaux dans le service de M. Bazin, qui a été témoin de ces autopsies.

D'après ces résultats histologiques, il est évident que l'anatomie pathologique confirme, par la découverte de lésions des méninges, de la substance nerveuse et des nerfs, l'existence d'une péri-encéphalite diffuse dans les fièvres typhoïdes graves, avec violent délire.

Mais cet accord ne serait qu'une vaine satisfaction scientifique si l'on ne pouvait tirer parti du fait pendant la vie des malades, et si l'on devait attendre la nécropsie pour en constater l'existence. On peut mieux faire, et par la cérébroscopie voir dans l'œil des lésions névro-rétiniennes, qui annoncent la complication cérébrale typhoïde, et qui en montrent l'intensité. Ce sont des faits que j'ai signalés en 1865, et dont vous avez pu vérifier l'exactitude sur la malade dont je vous parle en ce moment. Dans ces cas, la papille se gonfle, se tuméfie et rougit plus ou moins fortement. Ses contours se voilent plus ou moins, sans disparaître entièrement comme dans les méningites tuberculeuses, et il y a toujours augmentation et ampliation des veines rétiniennes. Ce n'est que dans les méningites typhoïdes graves qu'on observe une légère suffusion séreuse opaline transparente recouvrant la papille et ses contours.

Chez cette malade, dans la période de délire du dixième au seizième jour, je pus vous faire remarquer l'existence d'une névrite optique bien caractérisée, et je vous dis : il y a chez cette enfant une méningite typhoïde. Alors il n'y avait d'affectées que les méninges cérébrales et la superficie du cerveau.

Mais, au seizième jour, lorsqu'au délire vint se joindre la contracture des extrémités, et cela pendant huit jours, il est évident que les méninges rachidiennes venaient de se prendre et que nous avions sous les yeux un exemple rare de méningite typhoïde cérébro-spinale. On en avait la preuve dans la lésion du nerf optique constatée à l'ophthalmoscope.

Ainsi donc : troubles fonctionnels de l'innervation observés dans la période aiguë ou après guérison; lésions anatomiques constatées sur le cadavre ; recherches histologiques et ophthalmoscopie, tout concorde et prouve l'existence d'une méningite et d'une péri-encéphalite diffuse dans la fièvre typhoïde ataxique. C'est ce que je voulais établir.

Le point important de cette étude au point de vue pratique, c'est que n'ayant plus d'incertitude sur la nature des accidents nerveux graves de la fièvre typhoïde, et pouvant les reconnaître pendant la vie des malades à l'ophthalmoscope, vous pourrez faire à propos un traitement convenable.

Dans les cas les plus simples, il n'y a pas à s'occuper du délire typhoïde ni des soubresauts des tendons qui l'accompagnent. Mais si le délire est très-violent et que le nerf optique soit très-malade, il faut, selon l'âge du sujet, appliquer de deux à six sangsues derrière les oreilles. Si le malade semble trop faible pour qu'on veuille recourir à cette émission sanguine, on peut appliquer un vésicatoire volant à la nuque et continuer le traitement général par les toniques et une alimentation modérée liquide.

Lorsque, après guérison, les accidents nerveux persistent et qu'il y a de la contracture ou de la paralysie; de la perte de la mémoire; de l'idiotie ou de la folie; de la surdité ou de l'amaurose, le traitement est tout différent. Il varie, selon chacune de ces formes de névropathie. Dans les contractures et dans les paralysies, je vous conseille d'employer les plaques et chaînes galvaniques de laiton, les courants d'induction, les bains salés et sulfureux, enfin les préparations toniques de fer et de quinquina.

Contre l'amnésie, l'hébétude et la folie, il n'y a guère qu'à attendre après avoir placé les sujets dans de bonnes conditions hygiéniques, car je ne connais pas de médicament, ayant quelque importance, à conseiller sérieusement. Le temps est ici le meilleur remède.

Il n'en est pas de même dans la surdité et dans l'amaurose. L'attente et l'expectation conduisent à l'incurabilité. Il faut agir de bonne heure par des révulsifs placés derrière les oreilles ou aux tempes, soit par des petits vésicatoires volants, ou mieux par de petites pointes de feu bornées à l'épiderme et ne faisant pas de suppuration.

ÉTUDE TOXICOLOGIQUE SUR LE CUIVRE ET SES COMPOSÉS.

Par M. le docteur L. M. V. GALIPPE, aide de clinique au laboratoire de l'hôpital des cliniques, etc. (1).

Le but de ce travail est de démontrer que les composés du cuivre ne sont pas aussi vénéneux qu'on l'a prétendu jusqu'à ce jour, et que l'empoisonnement mortel par ces composés est, si non impossible, au moins extrêmement difficile à réaliser dans les espèces animales qui peuvent vomir.

L'auteur y a étudié successivement à ce point de vue et par la voie expérimentale, le cuivre en nature, les acétates de cuivre, les sulfates, les lactates, oxalates, carbonates, les oxydes, les chlorures, etc.; et de ces expériences multipliées et rapprochées des faits d'empoisonnement les mieux connus et les plus authentiques, il tire les conclusions générales suivantes :

1° Pour nous, sauf peut-être dans le cas de suicide, *l'empoisonnement aigu* par les composés du cuivre (2) ne doit pas être réalisable, tant en raison de la saveur horrible de ces composés, que de leurs propriétés émétiques énergiques qui suffisent à faire évacuer le toxique.

2° Quant à la possibilité de *l'empoisonnement lent*, nous n'y croyons pas, car il ressort des expériences de M. Bourneville et des nôtres qu'à petites doses, la tolérance s'établit sans influence fâcheuse sur la santé.

THÉRAPEUTIQUE

De l'essence de santal. — Ses avantages dans le traitement de la blennorrhagie. — Son meilleur mode d'administration.

Par le docteur C.-M. NIRGON.

Bien connu depuis longtemps au point de vue botanique, le santal n'avait cependant été étudié que très-superficiellement sous le rapport de ses propriétés thérapeutiques, jusqu'à l'époque récente où M. le docteur Th.-B. Henderson lui consacra un travail spécial. Peu après, M. Panas, chirurgien des hôpitaux de Paris, ayant eu l'occasion d'observer les effets de l'essence de santal dans le traitement de la blennorrhagie, communiqua, à la *Société de chirurgie*, les résultats que l'emploi de cette essence lui avait fournis. Toutefois aucun mémoire un peu complet n'avait été publié en France sur le santal, lorsque M. le docteur G. Durand jugea utile de choisir pour sujet de sa thèse inaugurale l'étude des propriétés thérapeutiques de l'essence de santal (3).

Dans le résumé que nous entreprenons, nous ferons des emprunts d'autant plus larges aux documents rassemblés par cet auteur que les traités classiques sont insuffisants sur ce point, bien qu'il y ait des exceptions à cet égard, comme nous aurons l'occasion de le faire voir.

Laissant de côté, parce qu'elles sont encore trop incertaines, les applications de l'essence de santal, soit contre certaines fièvres, soit pour combattre les affections pulmonaires d'origine catarrhale, nous examinerons uniquement les usages de cette substance dans le traitement de la blennorrhagie et des affections analogues. C'est dans cette maladie, en effet, que les propriétés balsamiques du santal, à l'instar de celles du copahu et du cubèbe, ont été mises à contribution.

Un hollandais, Rumphius, a, le premier, reconnu les qualités antiblennorrhagiques de l'essence de santal. Cela se passait en 1750. Or, il s'est écoulé plus d'un siècle, avant que de nouvelles recherches fussent entreprises sur ce point. Guidé par un passage d'un ouvrage du docteur Shaughnessy, dans lequel il était dit que « les naturels de différents pays se servaient de la poudre de santal contre la blennorrhagie », M. le docteur Henderson expérimenta le santal et fit connaître les résultats obtenus par lui, dans le *Medical Times and Gazette* (3 juin 1865). Ayant eu connaissance de cette publication, M. Panas se procura de l'essence de santal, qu'il administra dans son service, à des hommes atteints de blennorrhagie. Ses expériences confirmèrent de tous points les avantages signalés par le médecin anglais (1).

A partir de là, quelques médecins, entre autres, M. le docteur Simonnet, médecin de l'hôpital du Midi et M. le docteur Caudmont, dans sa pratique privée, eurent recours à l'essence de santal et en retirèrent des bénéfices sérieux. (G. Durand, loc. cit.).

Mais ces essais isolés étaient peu connus, aussi M. le professeur Gubler a-t-il largement contribué à attirer l'attention sur le santal en lui accordant les quelques lignes suivantes dans ses *Commentaires thérapeutiques sur le Codex* (1873) :

« L'essence de santal passe dans les urines à la manière de celle de térébenthine et de copahu. Elle agit, comme ces dernières, sur la muqueuse des voies urinaires et génitales et peut les remplacer dans le traitement du catarrhe vésical, ou de la blennorrhagie. On l'emploie depuis quelques années à cet usage (Henderson, Berkeley-Hill, Panas, etc.), j'en ai souvent constaté l'utilité. On administre l'essence de santal en capsules données au même nombre que celles de copahu. »

Ainsi que cette citation l'indique nettement, l'éminent professeur de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris, range l'essence de santal à côté des balsamiques les plus actifs : copahu, cubèbe, etc.

Nos observations particulières nous permettent de dire que, associée à ces différents médicaments d'un usage quotidien, l'essence de santal rendra de réels services dans le traitement de la blennorrhagie, de la blennorrhée, de la cystite du col, des rétrécissements de l'urèthre avec inflammation partielle de la muqueuse. (Caudmont cité par Durand). Aux faits déjà connus, M. le docteur Durand en ajoute plusieurs qu'il a recueillis lui-même et qui méritent d'être consultés.

Les ressemblances que nous avons signalées entre l'essence de santal, d'une part, le copahu et le cubèbe, d'autre part, sous le rapport des effets thérapeutiques, se retrouvent encore lorsqu'il s'agit du mode d'administration.

Tous les médecins savent combien les capsules à enveloppe de gluten, celles de Mathey-Caylus, par exemple, qui sont mentionnées depuis longtemps, avec éloges, dans plusieurs ouvrages classiques, ont rendu facile et commode l'emploi des balsamiques, en permettant de les prescrire même aux personnes dont l'estomac est le plus susceptible. De là, l'idée toute naturelle de donner l'essence de santal en capsules glutineuses.

Les Capsules Mathey-Caylus dont l'enveloppe est aussi mince que possible, et par conséquent rapidement dissoute dans les liquides de l'estomac, constituent la préparation la plus convenable. De la sorte, l'odeur de l'essence de santal est masquée, absolument comme celle du copahu, du cubèbe, de la térébenthine, du goudron, etc.

Grâce à cet ingénieux procédé pharmacologique, le médecin peut, à volonté, selon les cas, prescrire des capsules contenant les divers médicaments balsamiques, dont l'emploi est si répandu, et avec raison, dans le traitement des affections des organes génito-urinaires. Du reste, pour justifier cette appréciation, il nous suffira de rappeler l'opinion d'un des syphiliographes les plus illustres de notre époque, Ricord :

« Au nombre des meilleurs moyens imaginés pour envelopper le

(1) Broch. in-8°. de 166 pages. — Paris 1875. — Chez Georges Masson.

(2) Nous ne parlons pas des combinaisons du cuivre avec l'arsenic, car alors la question devient très-complexe.

(2) *Étude sur les santalacées et sur les propriétés chimiques et thérapeutiques de l'essence de Santal-citrin.* — (Paris 1874.)

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie.* — Septembre 1865. — Consultez aussi un article de M. Genest de Servière, inséré dans la *Gazette hebdomadaire*, 14 juillet 1865.

copahu, on peut, dit-il, placer en première ligne les *capsules de gluten*. Ce procédé, supérieur à tous les autres, réunit les conditions voulues pour rendre l'emploi du copahu facile et sans inconvénient. » (*Leçons cliniques à l'Hôpital du Midi.*)

En résumé les Capsules Mathey-Caylus, *à enveloppe mince de gluten*, constituent le moyen le plus parfait pour administrer le copahu, le cubèbe, l'essence de santal, le goudron, la térébenthine et d'autres médicaments dont l'odeur et la saveur désagréables sont bien souvent un obstacle à leur emploi.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 4 décembre 1875. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

M. MOREAU donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de la Société de biologie, sur la tombe de Giraldès.

Phénomènes ataxiques produits chez les oiseaux par l'excitation du renflement lombaire de la moelle. — M. BROWN-SEQUARD montre des oiseaux chez lesquels il produit des phénomènes ataxiques manifestes par l'irritation d'une sorte de substance grise qui se trouve, dans la moelle, au niveau du renflement où les nerfs sciatiques prennent naissance.

Jusqu'ici, M. Brown-Sequard avait cru que cette partie était de la substance grise de la moelle. Mais, d'après les recherches de M. Pierret sur ce sujet, il a reconnu avec lui que c'était une substance huileuse, grasse, contenant très-peu d'éléments figurés, des fibres de tissu cellulaire, un très-petit nombre de granulations et privée de fibres et de cellules nerveuses. Or, si cette substance n'est pas de la substance grise, comment expliquer les phénomènes que produit son excitation? M. Brown-Sequard rappelle les communications qu'il a faites, dès 1849, sur la faculté réflexe des animaux. Il a montré que cette faculté était plus puissante chez les oiseaux que chez les autres animaux, et qu'elle était d'autant plus énergique qu'on excitait une partie de la moelle plus riche en substance grise. Il se demande donc comment la simple pénétration d'une aiguille dans l'intérieur du canal rachidien, au niveau de ce renflement de la moelle, produit des phénomènes aussi marqués que ceux que l'on peut constater chez ces oiseaux. Il est probable, suivant M. Brown-Sequard, que ces phénomènes sont dûs à la piqûre de la dure-mère à ce niveau. Si l'on pique la moelle épinière au-dessus ou au-dessous de ce point, on ne produit aucun de ces phénomènes; la piqûre des racines postérieures du rachis, ainsi que celle des ganglions, restent également sans effet. En un mot, les lésions de toutes les parties environnant cette portion de la moelle ne produisent aucun phénomène appréciable. Il y a donc lieu de croire à une sensibilité spéciale des fibres nerveuses de la dure-mère à ce niveau et d'admettre que ces phénomènes de titubation, d'ataxie, qu'on observe chez ces oiseaux proviennent de la piqûre de ces fibres.

M. PIERRET dit qu'en effet dans cette portion grisâtre de la moelle des oiseaux on ne constate la présence d'aucune fibre nerveuse. Quant à la dure-mère à ce niveau on peut, en effet, y rencontrer des nerfs, mais il faut, pour les voir, recourir à la loupe ou même au microscope.

Des bactéries. — M. NEPVEU communique deux faits : le premier a trait à la présence des bactéries dans les matières à cataplasmes. Il n'est pas besoin de faire ressortir toute l'importance de ce fait au point de vue pratique.

Le second fait se rapporte à la présence de bactéries dans l'urine d'un homme atteint d'une fracture de côte avec contusion rénale. Les urines de cet homme étaient sanguinolentes, très-légèrement ammoniacales et l'on y constatait l'existence d'une assez grande quantité de bactéries.

Fracture du crâne, lésion traumatique du cerveau. M. LEVEN communique un fait chirurgical qui paraît devoir offrir quelque intérêt pour les physiologistes. Il s'agit d'un homme qui est tombé d'un quatrième étage, et chez lequel, aussitôt après l'accident, M. Leven a pu constater des phénomènes particuliers. Cet homme, qui était atteint d'une fracture du crâne très-étendue, aussitôt après l'accident, présentait une température de 35,5; tout son corps était d'un froid glacial; on constatait chez lui une cyanose générale; la motilité avait complétement cessé; pas de mouvements réflexes, contraction exagérée des pupilles. En même temps, on constatait que le pouls et le cœur battaient avec une parfaite régularité; on comptait 65 pulsations à la minute. Toutefois, ce malade mourut en très-peu de temps. A l'autopsie, on trouva un épanchement de sang dans l'hémisphère droit du cerveau et un ramollissement de la partie superficielle des couches optiques. Peu de temps avant la mort, la température chez cet homme était remontée à 37,5; mais en même temps, le pouls et les battements de cœur allaient en s'affaiblissant et étaient devenus rapidement inappréciables.

Deux points intéressants paraissent ressortir de ce fait: le premier a trait à cet abaissement considérable de la température, survenant immédiatement après l'accident. M. Leven croit devoir rattacher ce phénomène à une action irritante des vaso-moteurs dépendant du ramollissement de la couche optique. Plusieurs physiologistes admettent, avec Schiff, que les vaso-moteurs prennent leur point de départ dans le bulbe. Or, cette observation démontre, avec celles de MM. Charcot, Vulpian et Brown-Sequard, qu'on ne peut limiter au bulbe le siége des vaso-moteurs, et que des lésions des hémisphères cérébraux peuvent aussi bien exercer leur influence sur ces vaisseaux. M. Leven se demande ensuite à quelle cause il doit rattacher la mort qui, dans ce cas, a suivi presque immédiatement l'accident. Il croit que c'est là un cas de mort par sidération.

M. HALLOPEAU considère, dans ce cas, la constriction des vaso-moteurs plutôt comme un phénomène de collapsus que comme le résultat de la lésion de la couche optique, d'autant plus que le ramollissement n'occupait qu'un seul côté de cette couche optique; cette observation ne démontre donc pas, comme le pense M. Leven, que les vaso-moteurs viennent de la couche optique. Tous les physiologistes admettent d'ailleurs aujourd'hui l'influence des lésions du cerveau sur les vaso-moteurs.

M. OLLIVIER fait observer que l'abaissement de température s'observe souvent dans les fractures du crâne et est bien plutôt le résultat du choc que de telle ou telle lésion du cerveau. Dans tous les grands traumatismes, en général, on constate un abaissement de la température, qui est dû uniquement à la commotion cérébrale. M. Ollivier demande à M. Leven s'il n'a pas examiné les viscères de son malade; il eut é é très-important de le faire. Dans les cas d'hémorrhagie cérébrale, M. Ollivier a souvent constaté des congestions du poumon, des reins, de la polyurie, de l'albuminurie, de la glycosurie.

M. LEVEN répond à M. Hallopeau qu'on a démontré qu'il suffit d'exciter la couche optique d'un seul côté pour déterminer la constriction de tout le système vaso-moteur. Dans le fait qu'il vient de rapporter, on peut donc rattacher l'abaissement de la température au ramollissement de la couche optique. Il admet toutefois qu'il faut également tenir compte de la commotion cérébrale.

M. PONCET fait remarquer que, dans la commotion cérébrale, les phénomènes observés vont généralement en diminuant. Dans le cas de M. Leven, il faut donc admettre qu'à l'influence de la commotion s'est ajoutée celle de la lésion de la couche optique, puisque les symptômes ont toujours été en augmentant jusqu'au moment de la mort.

Des localisations cérébrales. — M. JOFFROY communique plusieurs faits qu'il a observés et qui tendent à démontrer les relations qui existent entre certains phénomènes morbides et la lésion de certaines parties du cerveau.

Un homme de trente-quatre ans présente tous les symptômes d'une paralysie générale à marche rapide qui l'emporte dans l'espace de trois ou quatre mois. Dans les derniers temps surtout, les accidents se sont succédé avec une très-grande rapidité : cet homme

présentait un affaiblissement général allant toujours en augmentant; les troubles de la sensibilité, chez lui, étaient à peine marqués ; les troubles intellectuels étaient, au contraire, très-prononcés ; il éprouvait les plus grandes difficultés pour parler. Dans les muscles de la face, on constatait des tremblements fibrillaires très-accusés; le même phénomène s'observait dans les muscles du membre supérieur du côté gauche. Devant de pareils symptômes, le diagnostic n'était pas douteux. Dans les quinze derniers jours, cet homme fut atteint de plusieurs attaques apoplectiformes auxquels succéda un coma qui persista jusqu'à la mort. Il portait une escarre lombo-fessière double, c'est-à-dire que sur chaque fesse se trouvait une escarre, mais celle du côté droit était beaucoup plus étendue que celle du côté gauche, et ces deux escarres se réunissaient au-dessus du sacrum.

A l'autopsie, on trouva les méninges épaissies, adhérentes, dans un grand nombre de points, à la substance grise du cerveau. Cependant, on arrivait assez facilement à décortiquer les lobes antérieurs des deux côtés; mais cela était impossible pour les lobes postérieurs, où les lésions étaient beaucoup plus prononcées. Ces lésions méningitiques et cérébrales étaient surtout marquées dans le lobe postérieur du côté gauche. Il était aisé de reconnaître qu'elles avaient beaucoup progressé dans les derniers temps. Or, dans ce fait, M. Joffroy croit qu'il existe une relation manifeste entre les lésions des lobes postérieurs et la disposition des escarres lombo-fessières ; en effet, la lésion cérébrale était plus prononcée du côté gauche, l'escarre du côté droit était plus étendue que celle de la fesse gauche.

En 1869, alors interne de M. Charcot, M. Joffroy observa un fait analogue : il s'agit également d'un malade qui mourut en quelques jours, après avoir présenté un épuisement général avec conservation de la motilité , et qui était atteint d'une escarre fessière profonde et très-étendue.

A l'autopsie, on trouva un très-petit noyau hémorrhagique à la partie postérieure du ventricule.

Enfin, récemment, M. Joffroy observait encore, à la Pitié, un fait du même genre : une femme de quarante ans fut atteinte d'une attaque d'apoplexie à la suite de laquelle elle resta hémiplégique. Peu à peu cette hémiplégie disparut, les mouvements revinrent, mais en même temps l'état général allait en s'aggravant et, quand on l'amena à la Pitié, cet état général était tel que tout d'abord M. Joffroy crut avoir affaire à une fièvre typhoïde ; cette malade présentait en effet une sorte de stupeur; elle parlait très-difficilement, elle offrait un affaiblissement général de l'économie; enfin elle portait une escarre unique sur la fesse gauche. Cette malade mourut en peu de jours.

A l'autopsie, on ne trouva d'abord aucune lésion du cerveau; il fallut le couper en tranches très-fines pour découvrir, tout à fait en arrière de l'hémisphère du côté droit, un petit foyer de ramollissement qui ne dépassait pas le volume d'une noisette.

M. Joffroy croit pouvoir conclure de ces faits qu'il existe une relation manifeste entre les troubles trophiques et les lésions postérieures du cerveau ; il pense même qu'il serait possible de déterminer, dans le cerveau, une région spéciale présidant aux troubles trophiques. Les lésions des parties antérieures correspondraient surtout, suivant lui, aux troubles de la motilité.

En terminant, M. Joffroy présente quelques considérations sur la nature des lésions qu'on observe dans les cas de troubles trophiques dans la moelle, ces lésions consistent dans une dégénérescence secondaire portant surtout sur les cordons latéraux.

M. CHARCOT fait observer que la question des localisations cérébrales est encore à l'étude. C'est seulement dans ces derniers temps que cette question a été posée telle qu'elle doit l'être. C'est, en effet, dans ces derniers temps qu'on a trouvé le véritable procédé d'étude qui permet d'arriver à des conclusions vraiment scientifiques. Il faut, avant tout, s'efforcer de mieux connaître l'anatomie, la topographie du cerveau. Jusqu'ici, en effet, dans la plupart des cas on ne savait pas où on était. Or il est possible aujourd'hui, dans le plus grand nombre de cas, de dire d'une façon précise : voilà où était la lésion. Les parties du cerveau qui sont encore les plus mal connues, à ce point de vue, sont les lobes postérieures; ils restent habituellement silencieux au point de vue des manifestations cliniques. Dans les cas d'apoplexie, par exemple, siégeant dans ces lobes, qu'observe-t-on? Une hémiplégie mobile et transitoire, souvent à peine appréciable et c'est tout, car il y a des cas où, contrairement à ceux dont vient de parler M. Joffroy, on ne constate pas d'escarres. Ainsi dans les cas où on n'observe que cette hémiplégie passagère comme symptôme, on a beaucoup de chances de tomber juste en localisant la lésion dans les lobes postérieurs.

M. Charcot se déclare partisan très-avoué des localisations cérébrales; il se croit en état d'affirmer que certaines lésions de l'encéphale, parfaitement limitées et localisées dans certains points, produisent nécessairement et fatalement toujours les mêmes phénomènes. Mais, ajoute-t-il, il faut aussi tenir compte des lésions à distance, des lésions portant à la fois sur plusieurs points; dans ces cas la nature se livre à ses ébats, en nous dérobant la lumière; c'est alors la diffusion avec tout le cortége des phénomènes réflexes. M. Charcot applique à ces faits toutes les idées émises par M. Brown Sequard, mais il y a des cas où il ne partage plus cette opinion et où il croit à la relation constante de telle lésion avec tel phénomène. Par exemple, on ne pourra jamais couper la moelle en deux sans déterminer de la paraplégie.

En résumé, M. Charcot pense que la question des localisations cérébrales a été mal étudiée par les anciens, que c'était une étude à recommencer et qu'elle ne commence à être un peu connue que depuis peu de temps. Conséquemment on ne peut tenir aucun compte des observations anciennes. Elles ne prouvent rien aux yeux de M. Charcot, si ce n'est que les anciens avaient mal vu.

M. BROWN-SEQUARD regrette de se trouver en désaccord sur quelques points avec son ami M. Charcot. Il admet avec lui qu'une lésion fixe de telle partie du cerveau donne lieu à un symptôme fatal, nécessaire; il vient encore de donner une nouvelle preuve de ce fait en montrant que chez les oiseaux, la piqûre du renflement lombaire donnait lieu toujours à des phénomènes de titubation, d'ataxie : à ce point de vue, M. Brown-Sequard partage la manière de voir de M. Charcot. Mais le question est de savoir si la destruction de telle ou telle fonction correspond à l'irritation de telle ou telle partie du cerveau. M. Charcot admet qu'un point spécial du cerveau, la capsule interne, détermine toujours de la paralysie. Or il y a des cas, dans la science, de destruction complète du corps opto-strié d'un côté sans aucun phénomène de paralysie.

Il faudrait que M. Charcot démontrât qu'il s'agit dans ces cas de faits mal observés. Les paralysies de cause cérébrale sont, suivant M. Brown-Sequard, des phénomènes semblables à ceux qu'on observe quand on galvanise le nerf vague chez un chien ; c'est une cessation d'activité consécutive à l'irritation d'une partie malade de l'encéphale.

M. CHARCOT déclare ne pas assez connaître le chien et le regrette, mais il connaît assez bien l'homme au point de vue spécial en discussion. Il y a, suivant lui, des faits constants dans l'étude des lésions cérébrales. Il déclare tout d'abord refuser toute espèce d'importance aux tumeurs cérébrales, relativement aux phénomènes observés; ces tumeurs, dit-il, sont ce qu'elles veulent. Les seules lésions qui peuvent servir à éclairer cette étude difficile, sont les lésions les plus simples, les mieux circonscrites, telles que la destruction d'une partie de l'encéphale, de la capsule interne par exemple, par un foyer hémorrhagique; alors on obtient des phénomènes directs, pour employer les propres expressions de M. Brown-Sequard.

Mais du moment qu'il s'agit d'une tumeur, d'un ramollissement ou d'une hémorrhagie avec effusion du sang dans le ventricule, alors on obtient des phénomènes indirects; le tableau change complétement; ce sont des convulsions, des accidents complexes, des désordres inexplicables. Nous rentrons alors dans la règle posée par M. Brown-Sequard. Mais ce n'est, suivant M. Charcot, la règle que pour certains cas complexes. A côté de ces faits, il en est des plus simples, dans lesquels la localisation de la lésion dans certaines parties centrales et même dans certaines parties de l'écorce du cerveau est parfaitement démontrable.

M. BROWN-SEQUARD demande à M. Charcot quelles sont les localisations de fonctions qu'il admet.

M. CHARCOT répond qu'il est et désire rester pathologiste dans cette question, il ne veut pas se laisser entraîner sur le terrain de la physiologie pathologique. Il procède par empirisme, en quelque sorte, et non par expérimentation dans l'étude de cet important sujet, et il croit pouvoir affirmer, dans certains cas déterminés, que telle lésion de l'encéphale produit tel symptôme, si elle est simple, tel syndrôme, si elle est complexe.

M. BROWN-SEQUARD demande alors à M. Charcot quelle est, suivant lui, la portion de l'encéphale dont la destruction produit la perte du mouvement.

M. CHARCOT répond que la destruction des deux tiers antérieurs de la capsule interne produit fatalement la perte du mouvement, et que celle du tiers postérieur produit de l'hémianesthésie.

Influence de l'oxygène comprimé sur le vaccin.— M. PAUL BERT a soumis du vaccin à l'influence de l'oxygène comprimé. Ce vaccin a conservé toutes ses propriétés. C'est donc une substance diastasique analogue aux ferments et non un corps vivant.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

370. Plantard. De l'emploi du sulfate de quinine pendant la grossesse.
371. Prunier. Étude chimique et thérapeutique sur les glycérines.
372. Le Mat. Des troubles psychiques qui peuvent se présenter dans le cours de la phthisie pulmonaire chronique.
373. Perchant. De l'amblyopie diphthéritique.
374. Vialle. Essai sur les paraplégies syphilitiques.
375. Fouilloud-Buyat. De l'ophthalmie purulente de l'adulte.
376. Ronnaux. Observations pour servir à l'histoire du traitement des ankyloses de la hanche par la méthode de redressement brusque.
377. Affre. Des kystes thyro-hyroïdiens.
378. Hesbline. Du mécanisme de la fracture de l'extrémité inférieure du radius.
379. Gaultier. Considérations critiques sur la pathogénie de l'urémie.
380. Gay. Dissertation sur la sécrétion salivaire.
381. Worthington. De l'obésité étiologique, thérapeutique et hygiène.
382. Debouzy. Considérations sur les mouvements de l'iris.
383. Boyer. De quelques cas d'accroissement du volume du côté gauche de la poitrine par les exercices gymnastiques. Nouveau cyrtomètre, nouvelles méthodes de mensuration avec deux lithographies.
384. Felhoen. Considérations sur la nature et le traitement des paralysies consécutives au croup.
385. Cordier. Étude sur le catarrhe de l'oreille moyenne dans le cours de la rougeole.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Bouchard, agrégé, est chargé au cours d'histoire de la médecine, en remplacement de M. Lorain, décédé.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. le professeur Dubreuil est autorisé à se faire suppléer par M. Jayraud, agrégé, jusqu'au 1er mars 1876.

M. Javarry, dit Charpenel, est nommé commis au secrétariat.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le professeur Hirtz est autorisé à se faire suppléer pendant l'année scolaire 1875-1876, par M. Bernheim, agrégé.

— *École de médecine de Limoges.* — M. le docteur Sainte-Marie est nommé prosecteur.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Ollive, interne des hôpitaux, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Andouard, démissionaire.

— *École supérieure d'Angers.* — M. Lieutaud, professeur à l'école de médecine d'Angers, est nommé, en outre, professeur de botanique à l'école préparatoire de l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de cette ville, en remplacement de M. Boreau, décédé.

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. Moquin-Tandon, docteur ès sciences, est chargé du cours de botanique et zoologie, en remplacement de M. Lemonnier.

— *Faculté des sciences de Poitiers.* — M. Lemonnier, docteur ès sciences, est chargé du cours de botanique et de zoologie (emploi nouveau).

— *Muséum.* — M. Émile Blanchard, membre de l'Académie des sciences, professeur de zoologie (animaux articulés), commencera son cours le mercredi 8 décembre 1875, à une heure, dans la galerie de zoologie, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

M. Léon Vaillant, professeur de zoologie (reptiles, batraciens et poissons), ouvrira ce cours, le jeudi 9 décembre 1875, à une heure, dans les galeries de zoologie, et le continuera à la même heure, les samedis, mardis et jeudis suivants.

— M. le docteur Pamard, chirurgien du lycée d'Avignon, est nommé, en outre, médecin audit lycée, en remplacement de M. le docteur Chauffard, démissionnaire.

Hygiène de la voix parlée ou chantée, suivie du formulaire pour le traitement des affections de la voix, par le docteur L. MANDL. — 1 vol. in-12. Prix : 4 fr. 50. — Paris, 1876, chez J.-B. Baillière.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Crême de Bismuth du docteur QUESNEVILLE. — Sa grande pureté et son *état moléculaire* particulier expliquent son succès. Cette crême agit dix fois plus vite contre la diarrhée, le choléra des enfants, la dyspepsie, etc., etc., que la poudre de Bismuth des pharmacies. — Prix du flac. : 9 fr.; du 1/2 flac. : 5 fr. — *N'avoir confiance* qu'au produit du docteur Quesneville, son inventeur, et exiger son cachet et son étiquette.

Acide salicylique. Grande pureté pour l'usage médical.

Cachet du docteur **QUESNEVILLE.**

Ce produit, dû à Kolbe, a les vertus de l'acide phénique, moins ses dangers. Il s'emploie : *à l'extérieur*, sur les blessures en suppuration, les surfaces cancéreuses, les plaies résultant de brûlures; *à l'intérieur*, dans la diphtérie, le croup, la toux, les catarrhes, les affections du pharynx. — Le flac. de 100 gr., 6 fr. — Le 1/2 flac. de 50 gr., 3 fr. — Avec cet acide, les pharmaciens peuvent préparer eux-mêmes, à l'aide du prospectus qui accompagne chaque flacon, tous les produits magistraux et officinaux. Dr Quesneville, 12, rue de Buci, à Paris, dépositaire du *véritable produit* de l'inventeur.

Liqueur de Carrié au tartrate ferrico-potassico-ammoniaque.

La LIQUEUR DE CARRIÉ est la meilleure des préparations ferrugineuses pour combattre la **chlorose**, les migraines, les gastralgies. Toutes les fois que le sang a besoin de fer, cette liqueur doit avoir la préférence sur les autres ferrugineux, elle réussit mieux, l'estomac la supporte plus facilement et elle ne provoque **jamais de constipation.** — Le flacon, 3 francs, 38, rue de Bondy, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

A la même pharmacie, le **carton anti-asthmatique** de *Carrié*, la meilleure préparation connue jusqu'à ce jour. La preuve la plus frappante de son efficacité, c'est qu'elle a été admise à la page 653 du Codex de 1866, publié par ordre du gouvernement. — La boîte : 5 francs.

Thérapeutique des affections rhumatismales.

Baume à l'huile concrète de LAURIER D'ARABIE contre la goutte, les rhumatismes, les douleurs, les névralgies, etc. (AL-GHAR DU Dr ALI.) — Lorsqu'on frotte avec ce baume la partie malade, il s'y développe bientôt une très-vive chaleur, mais qui ne produit aucune irritation de la peau, contrairement aux autres produits qui enflamment généralement les parties sur lesquelles on les applique et ne soulagent momentanément qu'en substituant une douleur à une autre.

Ph. Mariani, 41, bd Haussmann, et princ. pharm.

Épilepsie. Élixir sédatif à base de PICROTOXINE du Dr PÉNILLEAU, de la Faculté de Paris.

La Picrotoxine est un principe éminemment énergique, dont l'efficacité vient d'être constatée par des expériences dont les résultats n'ont laissé aucun doute. Notre Élixir, entièrement soluble, est bien supérieur aux dragées, pilules, etc., que les médecins abandonnent avec les malades, après un long traitement *sans résultats définitifs*.

Prix du flacon : **6** francs, avec l'instruction.

Dépôt général : Pharmacie Lepinte, 148, rue Saint-Dominique, Paris.

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

(GOUDRON ET MONOSULFURE DE SODIUM INALTÉRABLES.)

Prescrit avec le plus grand succès dans la **Bronchite chronique**, le **catarrhe**, l'**Asthme**, la **Laryngite** et dans la **Tuberculose**, quand l'expectoration est très-abondante.

DEPOT : rue Vieille-du-Temple, 21.

ERGOTINE

DRAGÉES D'ERGOTINE DE BONJEAN

(Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.)

D'après les plus illustres médecins, les Dragées d'Ergotine sont employées avec le plus grand succès pour faciliter le travail de l'accouchement, contre les hémorrhagies utérines, les engorgements de l'utérus, les métrorrhagies, l'épistaxis, les dysenteries et diarrhées chroniques, etc., et la solution d'ergotine au 10e (Ergotine, 10 grammes, eau, 100 grammes) est un des précieux hémostatiques que possède la médecine.

Dépôt général : à la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

CONSTIPATION

Guérie sans purger par les pilules de **PODOPHYLLE COIRRE.** 3 fr. — 24, rue du Regard, Paris, et principales pharmacies.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Alimentation du premier âge. la **Conserve DUTAUT,** breveté s. g. d. g. compte vingt années de succès.

Expérimentée en 1860, à l'hospice des Enfants de Bordeaux, et en 1874 dans les crèches de Paris et de Lyon, elle a constamment donné les résultats les plus satisfaisants. — C'est le meilleur auxiliaire de l'allaitement maternel insuffisant. Son usage est précieux à l'époque du sevrage.

Bordeaux, pharmacie DUTAUT, rue Esprit-des-Lois, 18, et dans les principales pharmacies. Ne pas confondre avec les nombreuses imitations.

Dragées anti-épileptiques au bromure arsenical et à la **picrotoxine** du Dr GELINEAU. En priant nos confrères de faire l'essai de nos dragées, nous sommes en mesure de leur affirmer que, le plus souvent, ils verront disparaître les crises dès le premier mois du traitement. — Le flacon : 8 francs. — Paris, pharmacie du Dr Détray, 1, rue des Tournelles, Paris.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO. PHTHISIES, *Anémie*, **Rachitisme**, DIABÈTE, *Diarrhée*, **Cachexies**, *Albuminurie*, *la* **Convalescence**, *l'épuisement*. (*Gros*), 8, r. *Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

AU QUINQUINA, PYROPHOSPHATE DE FER

Oranges amères et malaga

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

VIN MARIANI

à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. 5 francs la bouteille.

Mariani, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE

de Ad. CARPENTIER, pharmacien, à Paris

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. Le flacon, 3 fr. 61, Boulevard Malesherbes et toutes les pharmacies.

VIN DE CHASSAING

A LA PEPSINE et A LA DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 mars 1864.

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui n'a d'action que sur les aliments azotés, à son auxiliaire naturel la Diastase, qui transforme en Glycose les aliments féculents et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats

contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES	MAUX D'ESTOMAC
LIENTERIE, DIARRHÉE	DYSPEPSIES, GASTRALGIES
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES	CONVALESCENCES LENTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION	PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES...

Paris, 2, rue de la Coutellerie (ci-devant, 2, avenue Victoria), et la plupart des Pharmacies

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A notre époque, où le champ de l'observation scientifique s'agrandit indéfiniment, où les plus rudes travailleurs ne peuvent plus songer à en parcourir dans tous leurs détails les parties connues où chacun tend à s'isoler dans ses recherches personnelles en négligeant celles d'autrui, où les systèmes, les théories, les doctrines fondamentales d'un enseignement officiel se succèdent si rapidement et si souvent, rejetant dans l'ombre et dans l'oubli ce qui précédait, il peut être bon que, parfois, la science de la veille, dans ses représentants les plus autorisés, vienne se dresser en face de la science du jour, en discuter les bases, lui demander ses preuves. M. Jules Guérin, dont les travaux sur le strabisme, sur la myopie et sur le mécanisme de l'accommodation avaient eu autrefois tant de retentissement, s'est trouvé dans la situation de ce chimiste illustre, naguère encore promouvant le progrès, et qui avouait récemment ne plus comprendre un mot à la plupart des termes de la chimie actuelle. Pour une individualité moins puissante, pour un esprit moins sûr de sa propre vigueur, ce pourrait être une raison de s'abstenir. Mais M. Guérin veut d'autres preuves que les preuves d'autorité : peu lui importe que le monde entier soit d'une opinion contraire à la sienne, tant que la sienne lui paraît bonne : les arguments de fait eux-mêmes, il ne les accepte qu'avec réserves et sous bénéfice d'inventaire.

Dans la discussion qu'il a entreprise sur la doctrine moderne de l'accommodation et de la myopie, ces arguments de fait contre lesquels il doit lutter, sont, il faut l'avouer, bien puissants. Ce sont des phénomènes physiques, mathématiquement calculés, et qui possèdent par conséquent tout le degré de certitude dévolu aux sciences exactes. Il est incontestable que l'on peut mesurer le degré de courbure d'une surface réfléchissante d'après la grandeur des images réflétées par elle. Or, la dimension des images ainsi réflétées par les faces du cristallin a, dans de nombreuses expériences faites par divers observateurs, paru varier d'une manière régulièrement proportionnelle avec les efforts d'accommodation. M. Maurice Perrin a rappelé ces expériences fondamentales et plusieurs autres non moins frappantes dans un discours improvisé, très-éloquent, très-applaudi, qui lui assigne un des premiers rangs parmi les orateurs brillants de l'Académie. Seulement, ce discours venait un peu trop tôt. M. Jules Guérin n'avait encore lu dans cette séance que la première partie de son argumentation, et l'on ne voyait pas bien encore comment il allait expliquer, dans son système, les apparences variées des images visuelles. Or, c'est là le point important, à moins que M. Jules Guérin ne puisse opposer aux expériences alléguées des expériences contradictoires, et prouver mathématiquement, physiquement, que les images ne varient pas durant les efforts d'accommodation, ou varient dans un sens autre que le sens indiqué. C'est là ce qu'il faut pour qu'il porte la conviction dans les esprits. Jusque-là, on peut admirer son talent immense, l'art avec lequel il met en lumière tout ce que peut fournir d'inductions une observation bien conduite ; on peut reconnaître qu'il modifie utilement l'état de la science actuelle, en y faisant reprendre leur place à d'autres faits que l'on négligeait trop ; mais ce fait physique, ce fait brutal, n'en subsiste pas moins avec ses conséquences, et à lui seul il soutient encore les théories reçues, au moins en ce qui touche le groupe des sujets sur lesquels on l'a constaté.

Dr Victor Revillout.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Legrand du Saulle.

La folie du doute (avec délire du toucher) (1).

Les médications antispasmodique, débilitante, révulsive, purgative et vomitive, ne réussissent jamais. L'isolement dans une maison de santé et les bains très-prolongés ne donnent point de résultats meilleurs. Plus le malade reste seul en face de lui-même et plus il rêvasse et s'interroge. Il donne alors un libre cours à ce qu'il appelle « ses parlottages, ses parlements, ses parlottes, ses verbiages, ses causettes, ses bavettes ou ses jabottages intérieurs. » Plus il est déprimé par des bains de trois ou quatre heures, et plus il s'alarme et se désespère.

Un malade étant donné, il importe de se rendre un compte très-net de son niveau intellectuel, de ses occupations ordinaires, de ses habitudes anciennes et actuelles, du milieu dans lequel il vit, de sa position apparente de fortune, de ses goûts et de ses tendances, et alors on règle mathématiquement l'emploi de son temps. On indiquera à l'un des courses en ville ou de grossières occupations de cuisine ou de ménage; on recommandera à l'autre d'apprendre la menuiserie, le tour ou la serrurerie, et de monter un atelier chez lui; on prescrira à

(1) Fin. — Voir les numéros des 28, 30 septembre, 7, 14, 21 28 octobre, 11 et 23 novembre.

celui-ci d'écrire un roman ou une pièce de théâtre, de broder des pantoufles ou de relier ses livres, et à celui-là de se faire donner des leçons de piano, de scier du bois, de devenir chasseur, ou d'apprendre la photographie, l'escrime, la natation, l'équitation, une langue étrangère, la botanique, la déclamation, le droit, les mathématiques, la mécanique ou la sculpture. Un autre enfin, on l'enverra parcourir à pied la Suisse et l'Italie, ou le midi de la France et l'Espagne. Ce qu'il faut avant tout, c'est occuper le malade, lui rendre l'oisiveté impossible, modifier de fond en comble ses conditions ordinaires d'existence et ses habitudes de chaque jour, appeler son attention sur des matières qui lui sont absolument étrangères, l'intéresser et même le passionner en faveur de ceci ou de cela, le dépayser professionnellement et obtenir que chaque heure qui s'écoule soit une heure dévolue d'office à un travail ou à un passe-temps obligatoire.

Nous connaissons à Paris, plusieurs médecins et moi, une dame étrangère de vingt-huit à trente ans environ, devenue veuve à la suite d'un événement tragique, sans enfants, très-intelligente, un peu hautaine et d'une irreprochable tenue, qui, plusieurs fois par semaine, se rend à cheval dans la matinée aux Champs-Élysées et au bois de Boulogne. Elle est ordinairement suivie d'un jeune groom. Non-seulement cette dame assiste à toutes les courses et parie, mais elle fréquente les ventes de chevaux, examine les animaux, questionne les marchands, apprécie les vices rédhibitoires, la beauté, les qualités ou les tares de chaque cheval et discute le prix demandé. Elle visite volontiers les écuries en vogue et connaît presque la généalogie de tous les chevaux, poulains ou pouliches, engagés dans les luttes si ardentes et si stériles du *sport*. Rien chez elle n'est excentrique : on la tient partout en grand respect.

Cette dame a eû des scrupules, des craintes, des angoisses et des frayeurs; elle a fait des recherches très-érudites sur la naissance, la vie, la mort et la résurrection de Jésus-Christ, s'est interrogée pendant un temps considérable sur Dieu, la création, le déluge, les révolutions du globe, les volcans, les inondations, la raison, la folie et l'idiotie ; elle s'est rendue à Jérusalem, a fait un voyage à Saint-Domingue et un autre à Valparaiso, puis est rentrée définitivement à Paris. Elle n'a pas tardé à avoir peur des boutons de porte, des espagnolettes de fenêtres, des objets métalliques, des passementeries agrémentées d'acier brillant, puis elle s'est lavé les mains, est devenue anxieuse et rabâcheuse, a voulu être rassurée et y est parvenue en conservant toujours auprès d'elle, même la nuit, une femme de chambre qu'elle affectionnait beaucoup et qu'elle questionnait sans cesse. Elle avait pris les grenouilles en aversion et, avant de se rendre à la campagne chez des amis, elle s'informait toujours s'il n'y avait pas des étangs non loin de la propriété qu'elle allait visiter.

Il fut possible de mettre fin à son existence si pénible, en lui recommandant l'hydrothérapie pendant toute l'année, la gymnastique, l'équitation, l'étude de l'anatomie et de la physiologie du cheval, la fréquentation des courses, l'élevage, etc. Depuis le mois de septembre 1872, la malade va très-bien. Cependant, lors qu'elle est un peu émue ou irritable, qu'elle paraît distraite ou rêveuse, qu'elle fait des recherches dans ses tiroirs ou qu'elle demande plusieurs fois de l'eau et des serviettes pour les besoins de sa toilette, sa femme de chambre, qui a pris sur elle un très-grand empire et qui exécute ponctuellement les instructions données par le médecin, introduit tout à coup un domestique qui dit : « Le cheval de madame est sellé. » La malade comprend, ne résiste jamais, s'habille à la hâte et monte à cheval, quelque temps qu'il fasse. Elle avait récemment pleuré beaucoup, sans motifs connus ou avoués, et, dans la crainte d'une rechûte, je l'ai fait mander télégraphiquement à l'étranger, par sa famille, sous le premier prétexte venu. Elle est revenue très-bien portante de son voyage. Pendant combien de temps la rémission actuelle va-t-elle se maintenir encore ?

Lorsque l'on a imposé un programme, que l'on a en quelque sorte taillé la besogne jour par jour, heure par heure, il est extrêmement rare que la tâche convenue ne soit pas accomplie avec exactitude. Le malade éprouve même une satisfaction enfantine, et une vanité un peu hors de propos, en énumérant ce qu'il a fait ou appris et en insistant sur le soin particulier et sur la régularité exemplaire qu'il a apportés dans ce qu'il appelle « l'exécution de l'ordonnance ». Il y a dans son contentement puéril et presque emphatique quelque chose qui remet en mémoire le bonheur de l'écolier récompensé à une distribution de prix. Chaque fois que j'arrivais chez une dame à laquelle j'ai fait allusion dans cette étude, elle me faisait passer dans sa salle à manger et rangeait sur la table et les buffets toutes les assiettes qu'elle avait peintes depuis ma dernière visite, puis elle étalait complaisamment ses cahiers renfermant des dictées anglaises, sa tapisserie, sa broderie, des fleurs artificielles et des mouchoirs ourlés à la mécanique. Elle m'a même montré un jour une robe de laine qu'elle avait faite, à elle seule, pour la fille de sa concierge, et elle a ajouté : « Que les femmes qui ne travaillent pas sont donc malheureuses ! » Je n'ai pas à rechercher ici si le travail est un moyen puissant de moralisation, mais ce que je sais, c'est que le travail est dans le traitement de la folie du doute (avec délire du toucher) un véritable agent thérapeutique.

Une jeune fille, observée par Marcé, était en proie à des souffrances morales très-vives. Elle restait chez elle des journées entières, n'osant ni sortir, ni s'asseoir, ni lire, ni écrire, ni manger. Debout, immobile, inoccupée, ne voulant toucher à rien, elle parvenait à peine à finir sa toilette pour la fin du jour. Lorsqu'on la contraignait à mettre la main sur les objets de sa répulsion, il survenait des paroxysmes avec cris, angoisses précordiales et malaise physique qui se prolongeait pendant plusieurs jours : « Lorsque je vis cette jeune fille, ajoute cet auteur, cet état avait déjà plus de deux ans de durée et la vie était devenue insupportable autant pour elle que pour les siens. Un traitement tonique et ferrugineux, car la malade était anémique, des affusions froides, une direction morale à la fois bienveillante et énergique continuée pendant plusieurs mois, amenèrent à la longue une certaine amélioration dans son état; ses répugnances étaient moins vives, elle s'habillait plus vite, consentait à toucher à certains objets, sortait régulièrement, mais cette amélioration resta toujours bien loin de la guérison. J'ai su que plusieurs années après, l'état mental était le même, à quelques nuances près. » (1).

Marcé avait parfaitement deviné le traitement obligé de la névrose et qui se résume en ces quelques mots : hydrothérapie, emploi sévère et constant du temps, amers, huile de foie de morue, toniques, ferrugineux, gymnastique, surveillance de tous les instants et tutelle douce et ferme à la fois. L'usage du bromure de potassium rend les plus grands services dans les cas d'onanisme invétéré, d'idées lascives, de représentations mentales obscènes et d'excitation génitale. L'observation suivante présente à cet égard et à plusieurs autres titres encore un intérêt très-vif. Nous ne résistons pas au désir de la placer encore sous les yeux du lecteur.

(1) *Traité pratique des maladies mentales*, p. 358 et 359.

X. — M. T... publiciste, âgé de cinquante-trois ans, petit-fils et neveu de déments séniles et cousin-germain d'un suicidé, est un eczémateux héréditaire. Il a été élevé à la campagne. Ses parents étaient des paysans. Il s'est bien porté étant enfant, mais il se souvient d'avoir reçu un jour sur le sommet de la tête une boule à jouer aux quilles; il a été tout étourdi sur le coup, mais n'a pas paru se ressentir ensuite de cet accident. A treize ans, il a commencé ses études dans un séminaire, travaillait beaucoup et avançait rapidement. Il voulait faire deux classes par an.

« J'avais déjà, écrit-il, un caractère sombre, chagrin, et comme des dispositions à me replier sur moi-même et à m'observer dans mes pensées. J'aimais à me tenir à l'écart.

L'urine et les excréments humains m'inspiraient une répulsion étrange, que je n'ai plus. Chez moi, la religion ne tarda pas à dégénérer en superstition et, pour ainsi dire, en scrupules, c'est-à-dire que j'étais souvent à me demander si tel fait, presque toujours fort innocent, ne me mettait pas en état de péché ?

Je pouvais avoir de quinze à seize ans, et j'étais toujours au séminaire, lorsque je contractai de mauvaises habitudes.

J'avais pour le crapaud une aversion profonde; je ne pouvais pas voir cette bête sans éprouver un frisson général. Or, il arriva qu'un jeune chien, traînant dans sa gueule un crapaud écrasé, s'approcha un jour très-près de moi; et comme, la nuit suivante, je m'étais encore livré à ma funeste passion,—j'avais alors environ dix-sept ans, — il me vint tout aussitôt des idées bizarres. Je me figurai que le crapaud m'avait touché et que m'étant ensuite touché moi-même, j'avais toutes les parties sexuelles salies par cette bête immonde. Je me lavai les parties génitales et les mains; mais ces idées singulières ne m'en tourmentèrent pas moins. Je dissimulai tout cela : je ne me supposais pas malade.

Mon père m'avait sorti du séminaire pour m'envoyer faire ma seconde, ma rhétorique et ma philosophie au lycée de *** J'eus alors pour la première fois des rapports avec une femme. J'ai fait ensuite mes études de droit à *** et il serait superflu d'ajouter que je n'ai pas vécu dans la continence. Mes idées bizarres, associant le crapaud à mes organes sexuels — non encore aux organes de la femme — s'en étaient allées peu à peu, et leur disparition a pu, pendant un assez bon nombre d'années, me sembler définitive ou à peu près. Cependant il m'arrivait encore de temps à autre de me livrer à l'onanisme, ce qui m'inspirait une sorte de dégoût de moi-même et des idées noires, surtout si cela m'arrivait un vendredi ou un treize. De là, une série d'autres pensées étranges et fatigantes dont ma raison ne parvenait pas à me débarrasser, et qui me laissaient toujours le cerveau comme congestionné.

La vue du crapaud et même le nom seulement de cet animal prononcé à mes oreilles continuaient à me faire frissonner. J'avais aussi une antipathie inexplicable contre le chien, surtout contre le chien traînant quoi que ce soit à la gueule.

Un jour—je n'avais plus du tout alors l'habitude de la masturbation, —et j'avais environ de vingt-neuf à trente-ans, un chien passa près de moi; il tenait à la gueule un os, que je me figurai être un crapaud. Le soir j'eus des rapports avec une femme, et alors me revinrent mes idées bizarres associant le crapaud aux organes sexuels non plus de l'homme, mais de la femme. J'éprouvai une grande fatigue du cerveau; néanmoins je ne me figurais toujours pas être malade. La pensée que je pouvais avoir l'esprit atteint ne me venait même pas, et je dissimulai soigneusement mon état de souffrances au moins morales, sinon physiques.

Depuis, le chien a cessé de m'être antipathique; je dois même dire que j'aime beaucoup les chiens, et depuis six ans j'en ai un que je prends plaisir à caresser tous les jours. La vue du crapaud ne me fait presque plus d'effet, et le nom de cet animal prononcé ne m'en fait plus du tout. C'est sur les organes génitaux de la femme ou sur ce qui peut m'y faire penser que s'est fixée presque exclusivement l'idée qui me torture l'imagination. Il y a toujours en quelque sorte, comme un groupe d'idées dominantes qui ne laissent plus de place aux autres idées. Mais cette idée a des manifestations qui varient. Ainsi je me représente tantôt une partie des organes, tantôt une autre, tantôt l'intérieur, tantôt l'extérieur. Et cette représentation ne me vient pas par les sens, comme une hallucination, elle est toute dans le cerveau même. Mon cerveau est obsédé d'images bizarres, et il s'y fait, malgré moi, une série de raisonnements ou plutôt de déraisonnements qui me laissent toujours une grande fatigue à la tête. Si je suis éveillé la nuit, ces images sont plus vives encore : c'est comme un affreux cauchemar. Même aussi en dormant, ces idées me viennent en rêve quelquefois.

Un rien réveille en moi ces images insensées et ces déraisonnements. Il me faudrait pouvoir oublier, perdre la mémoire de certaines choses! Vois-je une femme passer dans la rue, c'est l'image de ces organes sexuels que mon esprit se représente, et cette image devient aussitôt pénible et souvent douloureuse pour mon cerveau : cela m'arrive à tout instant. Il me suffit même qu'en écrivant ce qui précède j'aie dû reporter mes idées à tout cela pour que je me sente le cerveau pour ainsi dire envahi, obsédé, torturé; c'est comme si je me mettais le doigt sur une plaie vive. Souvent quand j'ai des rapports avec une femme, et même au moment de l'action, je suis poursuivi et torturé par ces images fatigantes!

Mon caractère est devenu de plus en plus sombre, mélancolique, Rien ne me fait plaisir, tout me fatigue, tout m'énerve; le travail souvent me pèse. Je me laisse souvent aller à des rêveries. J'ai un dégoût de la vie poussé à un point tel que je me dis sans cesse (et de très- bonne foi) : Ah ! si je pouvais donc mourir... le plus beau jour de ma vie sera celui de ma mort..... Pourquoi n'ai-je pas le courage de me tuer?... etc. Je néglige ma toilette et jusqu'aux soins de la propreté la plus ordinaire.

Les scrupules religieux de mon enfance ont depuis longtemps disparu, et je dois même dire que je n'ai plus du tout de religion ni de croyances. Mais, chose qui peut paraître étrange, depuis quelque temps je me demande : y a-t-il un Dieu, n'y en a-t-il pas? ai-je une âme, n'en ai-je point? Ce sont là comme des points d'interrogation que je me pose.

Mes idées souvent manquent de suite. Ce que je projette un jour, je l'abandonne le lendemain. Je ne me résous que difficilement à passer à l'exécution de quoique ce soit. L'énergie me fait défaut. Mais par moment, je suis, pour ainsi dire, à peine maître de moi, tant l'exaltation nerveuse est grande. Ainsi, quand il m'est arrivé de rester un certain temps en proie à ces images qui me représentent les organes génitaux de la femme, il s'en suit une surexcitation telle que je cours, comme un véritable insensé, au devant de la première femme publique qui se rencontre, et que j'ai à peine conscience de ce que je fais! Notez que je n'aime pas les conversations obscènes et que je ne lis pas de livres voluptueux. Je suis, en outre, très-sobre pour la nourriture et la boisson. Je ne suis pas marié.

Ma mémoire (trop fidèle pour ces sortes de choses), me rappelle jusqu'aux endroits précis où certaines images tourmentantes se sont présentées à mon esprit, et je ne passe plus dans ces endroits sans éprouver une sorte de frisson involontaire. Si je donne seulement la main à une femme, cela suffira quelquefois à faire vagabonder mon imagination. Je pleure souvent sans cause ou pour une cause futile; et les choses les plus importantes me laissent indifférent. Et de même, dans des circonstances graves, quand la haine et la vengeance auraient eu au moins leur explication, de telles idées ne me sont pas venues, tandis que souvent, pour des choses tout à fait futiles, je me sentais comme poursuivi et maîtrisé par des pensées, même par des projets de vengeance atroce. Jamais l'exécution ne s'en est suivie, il est vrai; mais telle personne, objet de ma rancune, se serait trouvée à ma portée et j'aurais eu à la main une arme quelconque, j'aurais pu croire n'être pas découvert, je ne sais pas si je n'aurais pas été poussé presque involontairement à une mauvaise action par une force irrésistible. En un mot, j'ai eu le cerveau obsédé souvent d'idées malsaines et même délictueuses, quand en réalité, une fois que je ne suis plus sous l'empire de l'excitation nerveuse, de pareilles idées sont bien loin d'être les miennes.

Autre chose encore : je suis devenu très-maniaque, original et susceptible, et le plus souvent pour des vétilles, des riens.

Avant 1870, très-malade déjà, je souffrais de tout ce que je viens de dire. Vint la guerre et ensuite se déroulèrent les événements de la Commune. Je n'ai pas, pendant tout ce temps, quitté Paris, et rarement j'ai eu le cerveau plus libre, plus dégagé de ses obsessions habituelles. Les grands événements qui s'accomplissaient avaient

produit une sorte de dérivatif. J'étais à peu près inoccupé ; et pendant la Commune, notamment, je ne faisais qu'aller et venir, m'approchant des endroits où l'on se battait. C'est ainsi que, pendant les huit jours où la lutte s'est faite dans les rues de Paris, j'ai suivi les péripéties de ce drame, risquant vingt fois pour une d'être tué ou blessé. Je n'avais qu'imparfaitement conscience du danger. Quand tout fut rentré dans le calme, je restai assez longtemps sans souffrir trop vivement du cerveau. Mais peu à peu les symptômes revinrent comme auparavant. »

Depuis le commencement de l'année 1873, M. T... a été soumis d'une façon absolument continue, c'est-à-dire quotidienne, à la dose de 3, puis de 4 grammes de bromure de potassium. Sous l'influence de cet agent thérapeutique si puissant, les idées et les images lubriques ont presque entièrement disparu. Si, par hasard, elles se représentent encore de temps à autre, elles sont tout à fait fugitives et sont très-facilement dominées et chassées. Le malade est actif et gai, mais demi-frigide ; il déclare qu'il n'éprouve plus cette tension cérébrale qui l'a tant fait souffrir, qu'il travaille, s'occupe d'affaires financières ou se promène avec la plus remarquable liberté d'esprit. Il se croit guéri ; il ne l'est pas.

Pour terminer ici tout ce qui a rapport au traitement de la folie du doute (avec délire du toucher), disons que les gens du monde, et même un certain nombre de médecins, admettent de très-bonne foi que le mariage peut être conseillé à titre de diversion utile ou de moyen nécessaire de guérison. En vertu de ce préjugé funeste, immoral, dégradant, l'époux sain d'esprit est voué au malheur, l'époux malade n'est jamais amélioré, mais est souvent aggravé, et une descendance pourvue de tares pathologiques est sciemment préparée. Il importe de ne point se faire de vaines illusions sur la prétendue vertu thérapeutique de l'acte conjugal, de ne pas rabaisser l'intelligence humaine jusqu'à placer son élévation ou ses écarts sous la dépendance directe des satisfactions sexuelles, et de ne point considérer la grande institution du mariage, cette base fondamentale de la morale et cette clef de voûte des sociétés, comme un agent vulgaire de traitement, à l'usage d'infirmes pleins de désirs, en quête de l'inconnu ou tout-à-fait aux abois. Non, le médecin n'a jamais à prescrire le mariage, mais si par impossible il avait un jour à l'ordonner, j'espère qu'il commencerait par se souvenir que la France a besoin d'enfants et non pas d'idiots.

Et maintenant, la folie du doute (avec délire du toucher) peut-elle donner lieu à des applications médico-légales ? Cela n'est pas douteux un seul instant. Comme cette aliénation partielle a été jusqu'aujourd'hui confondue avec l'hystérie ou avec l'hypochondrie, on peut retrouver dans les observations qui ont été publiées à tort sous ces deux titres, quelques faits qui se rattachent directement à la médecine légale. Mais nous n'irons pas puiser nos exemples dans le champ malheureusement si vaste des erreurs cliniques d'une autre époque. En matière d'aliénation mentale, le passé n'est qu'un répertoire de renseignements : il est souvent bon à consulter, mais fertile en déceptions, et c'est ici le cas.

La dernière observation que nous venons de rapporter nous a montré que des impulsions criminelles ou des idées de vengeance pouvaient tout-à-coup s'imposer à l'esprit ; or, d'un projet semi-pathologique à l'exécution, il peut très-bien n'y avoir pas très-loin, à un moment donné. Qu'un acte délictueux ou criminel soit commis, il restera à démontrer s'il l'a été à la suite d'un simple mouvement passionnel et répréhensible, ou s'il l'a été, au contraire, à la suite d'une série de raisonnements logiquement déduits d'une conception maladive. Il y aura là une question d'espèce et un point d'appréciation spéciale.

Le professeur Lasègue, en fournissant un jour un avis clinique et médico-légal très-motivé sur un cas évident de folie du doute (avec délire du toucher), a obtenu la réforme d'un jeune conscrit. Une autre fois, il a eu à donner son opinion sur le degré de capacité testamentaire d'une délirante du tact.

La question de séquestration est presque aussitôt résolue que posée, et neuf fois sur dix il n'y a pas lieu de recourir à un placement dans un asile. En revanche, on a vu, chemin faisant, que les idées de suicide et même les tentatives de mort volontaire ne sont pas très-rares, et qu'il importe, sous ce rapport, de faire exercer une surveillance attentive et dévouée.

Qu'à l'avenir des observations cliniques nouvelles se produisent, et l'on saura, d'après tout ce qui précède, dans quel compartiment de l'aliénation il faudra les classer. Le chapitre complet de la névrose va enfin pouvoir s'édifier peu à peu. La science n'est pas l'œuvre d'un jour : elle est la fille du temps.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac

Rareté actuelle du chancre simple (1).

Leçon recueillie par M. Hugonneau, interne du service.

DEUXIÈME PARTIE (2).

I

En vous décrivant, l'année dernière, au début de mes leçons, les principaux caractères et les signes distinctifs des maladies vénériennes, j'insistais sur une particularité qui est absolument propre au chancre simple ; et cette particularité, c'est l'absence complète en lui de l'*élément constitutionnel*.

Le virus du chancre simple, en effet, ne pénètre pas dans l'économie sous ce mode de diffusion générale qui permet au virus syphilitique, au virus morveux, à celui de la rage, etc., d'imprégner toutes les molécules organiques, quel que soit leur éloignement du point où s'est effectuée la contagion. Il ne se mêle pas à la vie de tout l'être pour la modifier et lui imprimer le sceau d'un état pathologique puissamment doué de spécifi-

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 23 septembre, 7, 28 octobre, 11, 16 et 25 novembre.

(2) Mon honorable et savant collègue, M. le docteur A. Dron, médecin de l'Antiquaille, a eu l'obligeance de m'envoyer la statistique de son service faite par lui-même. Elle diffère de celle qui m'avait été communiquée, et qui a été insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 25 novembre, p. 1100, 2e colonne.

Dans ce relevé des maladies vénériennes soignées à l'Antiquaille, tout ce qui concerne le service de M. Dron, exclusivement composé d'hommes, doit être remplacé par les chiffres suivants qui sont les seuls authentiques.

A partir de la ligne 16, on continuera le tableau par cette statistique qu'on substituera à celle que j'ai donnée et qui est erronée.

Service de M. Dron (hommes) :

1870. —	Blennorrhagies	485
	Chancres simples	154
	Chancres syphilitiques	128
1871. —	Blennorrhagies	368
	Chancres simples	320
	Chancres syphilitiques	93
1872. —	Blennorrhagies	944
	Chancres simples	244
	Syphilis (accidents primitifs et consécutifs)	429
1873. —	Blennorrhagies	313
	Chancres simples	152
	Chancres syphilitiques	164
1874. —	Blennorrhagies	256
	Chancres simples	50
	Chancres syphilitiques	111

J'ai été heureux de trouver une si remarquable concordance entre cette statistique et les miennes. Ne prouve-t-elle pas qu'à Lyon, comme à Paris, le chancre simple diminue de plus en plus et qu'il devient relativement très-rare.

cité. Il se localise dans l'endroit même où il a été déposé. C'est là qu'il concentre son action morbide ; et, si elle franchit quelquefois ces limites, soyez sûrs qu'elle ne dépassera jamais la zone des lymphatiques du district cutané, et que les ganglions superficiels seront le terme extrême de ses pérégrinations vasculaires.

C'est donc une maladie qui est tout à fait à fleur de peau, pour ainsi dire, quoiqu'elle l'entame profondément, beaucoup plus que le chancre syphilitique. Elle y reste confinée ; et ses excursions extra-lymphatiques se bornent au tissu cellulaire sous-cutané, c'est-à-dire à une dépendance de la peau.

Il me semble que le chancre mou ne saurait mieux être comparé qu'à un animal parasitaire. Comme lui, il est doué d'un puissant appétit. Quand il a sous la dent des chairs de son goût, et qui se laissent facilement entamer, sa voracité ne connaît plus de bornes. Il devient insatiable, phagédénique, et présente alors une intensité de vie incroyable. Les surfaces cutanées de toute une région sont dévorées avant qu'on puisse arrêter ses ravages.

Comme le parasite animal ou végétal, on peut le tuer sur place, et, du moment qu'il est tué, tout est fini avec lui. On n'a point à s'en préoccuper ; c'en est fait de sa spécificité et de ses conséquences. Si étendues ou profondes que soient les lésions, elles guériront comme des lésions simples, et l'organisme, quelque détérioré qu'il soit à sa surface, sortira de là intact au point de vue constitutionnel.

II

Sans doute, la blennorrhagie est, elle aussi, une affection locale. Mais qui voudrait soutenir cependant qu'elle n'a pas des attaches plus intimes que le chancre simple avec l'économie ? N'est-elle pas un catarrhe, une sécrétion normale vicieusement modifiée dans un sens spécifique ? N'existe-t-il pas entre elle et certains états diathésiques un échange d'actions et de réactions qui fait qu'elle est emportée dans le tourbillon de la vie commune et qu'elle s'associe étroitement à ses principaux actes ?

Ne crée-t-elle pas quelquefois, à elle seule, une action morbide générale qui prouve sa pénétration lointaine, son influence puissante sur certains ordres d'opérations organiques ? Le rhumatisme blennorrhagique, quelle que soit la manière de l'interpréter, n'atteste-t-il pas une sorte de diathèse congénitale ou acquise tenant peut-être plus de l'individu que de la blennorrhagie ; mais, dans tous les cas, fortement influencée par cette dernière, puisque sans elle la disposition morbide serait restée latente, ce qui équivaut presque à sa non-existence ?

Y a-t-il, au contraire, je vous le demande, dans le chancre simple, un seul acte diathésique, si minime que vous le supposiez, dont on puisse le rendre responsable, soit comme principe, soit comme accident ou occasion ?

III

Quant à la syphilis, messieurs, vous savez qu'elle est constitutionnelle par excellence; et qu'à partir du moment où le virus syphilitique a pénétré dans l'organisme, il n'y a pas un de ses actes les plus profonds, les plus intimes, qui ne puisse tôt ou tard concevoir l'action morbide et en manifester les effets.

Comparez les deux chancres, le simple et le syphilitique, et vous verrez quelles différences profondes les séparent. Je ne veux insister que sur l'une d'elles, l'incubation, parce qu'elle vous prouvera que, s'il est possible de détruire le chancre simple, il faut renoncer à cet espoir pour le chancre syphilitique.

Le chancre simple n'a pas, à proprement parler, d'incubation. Le virus qui lui est propre agit immédiatement sur les tissus où il a été déposé. Avec une grande attention et une loupe puissante, on pourrait, dès les premières vingt-quatre heures, distinguer le travail morbide et suivre son évolution destructive.

Le chancre syphilitique, au contraire, n'apparaît que vingt-cinq, trente, quarante, cinquante et même soixante jours, et peut-être plus après la contamination ; de telle sorte qu'à ce moment il est, en réalité, non plus un accident local, superficiel, isolé et comme perdu sur la surface cutanée, mais une émanation directe de l'action syphilitique qui s'est emparée déjà de toute l'économie.

Ce chancre, à première vue, nous apparaît comme un phénomène qui trouve en lui même sa raison d'être et n'a d'autre substratum que le terrain même sur lequel il s'est développé. Mais attendez quelques jours, et vous verrez l'action syphilitique, latente jusque-là et comme concentrée dans l'accident primitif, s'étendre, se généraliser, et laisser partout, sur la peau et sur les muqueuses en particulier, l'empreinte de son caractère constitutionnel et diathésique. (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er décembre 1875. — Présidence de M. GOSSELIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet trois rapports de M. le docteur de Crévoisier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Briey sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Longwy, du 15 juillet au 15 octobre 1875. (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remercîment de M. le docteur Rufz de Lavizon, correspondant récemment élu membre associé national.

2° Une lettre de M. le docteur Peter, qui se porte comme candidat à la place vacante dans la section de pathologie interne.

3° Une lettre de M. Decroix, vétérinaire principal, qui se porte comme candidat à une place de membre correspondant dans la section de médecine vétérinaire. A cette lettre est jointe une série de brochures, ainsi que l'exposé des titres scientifiques de l'auteur.

4° Une lettre de M. le docteur Braye, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Arles, accompagnant l'envoi d'un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné sur les militaires de la garnison de Tarascon, du 4 juillet à fin d'octobre 1874. (Comm. des épidémies.)

5° Un rapport de M. le docteur Rippot, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Toulouse, *sur les blessures subies par les inondés.* (Comm. : MM. Richet, Woillemier).

6° Un travail de M. le professeur Ciniselli (de Crémone), *sur l'électrolyse.*

7° Un travail de M. le docteur Bedoin, médecin major, intitulé : *Considérations élémentaires sur l'hygiène de l'enfance.*

8° Une lettre de M. le docteur Desprès, complétant les renseignements relatifs à la malade qu'il a présenté mardi dernier à l'Académie :

« 1° Il n'y a aucun trouble de la sensibilité du membre malade, excepté au niveau des parties rouges, qui sont un peu plus sensibles.

2° Les cautérisations avec la solution saturée de chlorure de zinc ont, en huit jours, amélioré les ulcérations du bras, et les ulcères circulaires de l'indicateur et du doigt auriculaire se sont couverts de bourgeons charnus de bonne nature. »

M. DECHAMBRE présente une brochure intitulée : *Hystérie et cata-*

lepsie; la cataleptique de l'hôpital Cochin, par M. Paul Perdenel, interne des hôpitaux.

M. LARREY présente, de la part de M. le docteur Goré (d'Amsterdam), une brochure en langue hollandaise sur la chirurgie militaire.

DISCUSSION SUR LA DOCTRINE DE L'ACCOMMODATION

M. JULES GUÉRIN se propose de démontrer :

1° Que la myopie n'est qu'un état permanent de l'accommodation de l'œil à la vision des objets rapprochés.

2° Que l'accommodation de l'œil aux différentes distances du champ de la vision distincte est un phénomène auquel participe tout le système musculaire de l'œil, et qui résulte, secondairement, de l'appropriation de toutes les parties du globe oculaire modifiées par ce système.

3° Que la doctrine des changements de forme du cristallin est contredite par tous les instants, tous les degrés, toutes les modalités de l'accommodation, dont elle a maintenu une partie et supprimé plusieurs autres.

4° Que l'origine, les caractères, les complications et le traitement de la myopie font voir qu'elle n'est qu'une modification de forme du strabisme, comme les autres anomalies de la vision désignées sous les noms d'astigmatisme, d'asténopie musculaire, d'ambliopie, etc., ne sont elles-mêmes que des variétés de forme de la myopie; les unes et les autres produites par différents modes, différents degrés, de différentes distributions de la rétraction musculaire.

Dans le développement de ces quatre propositions, l'orateur s'attache d'abord au mécanisme de l'accommodation, en distinguant le fait de la doctrine par laquelle on veut l'expliquer. Le fait, c'est-à-dire la faculté de voir distinctement et d'une façon successive des objets situés à des distances différentes, est absolument incontestable; mais là s'arrête la certitude, suivant M. Jules Guérin, et les changements de courbure du cristallin, sous l'action du muscle ciliaire, ont été non point observés, mais simplement induits de calculs compliqués, qui ont pu être eux-mêmes arrangés suivant une idée préconçue. D'ailleurs, les partisans de cette théorie sont loin d'être entièrement d'accord les uns avec les autres. Le fait de l'accommodation de l'œil ne peut nullement être détaché du fait de la *convergence des lignes visuelles* vers l'objet regardé; il est avec lui dans un rapport absolu et constant. On doit le rapprocher des autres cas dans lesquels s'associent différents muscles pour concourir à un acte déterminé; il en est ainsi pour la station, le saut, la marche, la phonation, etc. Les muscles qui agissent synergiquement alors, ne sont plus seulement *extenseurs*, *fléchisseurs*, etc., ce sont des accommodateurs. Le but domine dans ces actes, et la volonté n'agit pas isolément sur chaque faisceau qui se contracte. Il en est de même pour l'œil.

Chez une jeune fille, observée en 1840 par M. Guérin, le droit externe du côté gauche n'obéissait plus à la volonté, mais l'œil se tournait encore à gauche lorsque le regard suivait le doigt qu'on faisait fixer par la malade et qu'on portait dans cette direction.

Ainsi, le mouvement synergique d'accommodation a pu persister après l'abolition du mouvement volontaire. L'inverse s'est présenté plusieurs fois dans la clinique de M. Jules Guérin, et la seconde observation du rapport de la commission des hôpitaux en est un exemple très-net. Dans l'accommodation de l'œil, la plupart des muscles de cet organe jouent un rôle; on peut le prouver par des faits de différents ordres :

1° La diplopie, que peut produire le redressement de l'œil dans les légers strabismes; et aussi le strabisme *optique* résultant de l'effort que fait un malade, dont l'axe visuel est intercepté, pour percevoir en dehors de lui les rayons visuels;

2° La diplopie momentanée, qui succède souvent à des opérations de strabisme;

3° La déformation de l'œil et le trouble visuel par défaut d'accommodation, que les opérations du strabisme peuvent amener, et qui guérissent lorsqu'on a fait disparaître le *déchaussement* de l'œil par une nouvelle opération, souvent exécutée par M. Jules Guérin dans le strabisme consécutif ainsi produit;

4° Enfin, la diminution considérable de la myopie dès le troisième jour d'une opération de stabisme. M. Jules Guérin en a déjà cité plusieurs exemples. En cas pareils, la vision distincte est reportée sur un point très-distant avant même que les muscles se soient cicatrisés, et que la faculté de voir également à diverses distances se soit par suite rétablie.

M. Jules Guérin passe en revue les différents muscles qui peuvent concourir dans l'accommodation; bien que les muscles droits, et surtout le droit interne y jouent un rôle très-important, il pense que ce ne sont pas les seuls en jeu. A la théorie de l'accommodation par la seule action du muscle ciliaire, il objecte un fait d'observation, c'est que le *punctum remotum* n'est pas dans la réalité fixe et invariable comme il devrait l'être d'après cette doctrine. Avec un peu d'effort on peut voir encore le gibier qui fuit lorsqu'il est à perte de vue, on arrive à déchiffrer des caractères placés au-delà de ce qui semblait la limite de la vision distincte. Dans la prochaine séance M. Jules Guérin se propose de faire l'étude directe de la myopie dans ses rapports avec la doctrine courante de l'accommodation.

M. MAURICE PERRIN dit que M. Jules Guérin dans le travail qu'il vient de lire à l'Académie, n'a pas touché à la question de l'accomodation; il a confondu l'adaptation avec l'accommodation, c'est-à-dire deux choses complétement différentes.

L'adaptation comprend en effet toutes les conditions diverses qui concourent à la vision à distance; tandis que l'accommodation est l'adaptation aux distances de chacun des deux yeux.

La théorie de l'accommodation telle qu'elle est enseignée aujourd'hui, et qu'elle a été exposée devant l'Académie par M. Giraud-Teulon, repose sur des bases inébranlables que M. Donders a eu la gloire de poser le premier. Ces bases sont des faits d'optique aussi simples que la mesure de la courbure d'un miroir, et que tout le monde peut vérifier; on est forcé d'y croire une fois qu'on les a vus. Il résulte des expériences faites par un très-grand nombre de personnes compétentes, que le mécanisme de l'accommodation réside dans le cristallin lui-même. Ce fait est indéniable et tout le monde est d'accord sur ce point. Les seules dissidences portent sur l'explication de ce mécanisme, explication serrée de plus en plus près par les résultats de recherches plus récentes.

Il est donc de certitude absolue que l'accommodation résulte du changement de courbure du cristallin et non d'autre chose. Une expérience le démontre de la façon la plus absolue. Si l'on enlève tous les muscles de l'œil et que l'on soumette le cristallin à l'action de l'électricité, on reconnaît par la mensuration que les dimensions des images obtenues a l'aide d'un pareil cristallin varient suivant les différences de courbure de la lentille.

La myopie se rattache d'une manière intime au phénomène de l'accommodation.

L'œil est un appareil d'optique, une sorte de chambre noire. Dans l'œil myope, la rétine se trouve placée au-delà du point focal principal. L'axe antéro-postérieur se trouve allongé, c'est-à-dire que l'écran est reculé, d'où le trouble de la vision.

Il y a donc déformation de l'œil dans la myopie. En outre, en examinant les membranes de l'œil par l'intérieur, on trouve une plaque d'atrophie autour du nerf optique. C'est ce qui constitue essentiellement l'altération anatomique de l'œil myope.

Cette observation a été faite des milliers de fois et a toujours conduit aux mêmes résultats. Il ne s'agit plus ici de théories médicales et d'hypothèses, mais de faits positifs, dont le génie de Donders a établi la réalité, confirmée depuis par tous les observateurs.

Mais la myopie dont il vient d'être parlé ici, et qui constitue la myopie véritable, n'est pas la seule. Il y a de fausses myopies, dont une espèce est, en effet, produite par la rétraction musculaire. C'est la myopie de M. Jules Guérin, que cet observateur a eu le mérite de bien faire connaître, et, mieux encore, de guérir à l'aide de la myotomie. Il est d'autres myopies, ou plutôt d'autres états myopiques dus, par exemple, soit à l'aplatissement de l'œil en travers, soit à une sorte d'état tétanique du muscle de l'accommodation, soit à l'existence de staphylôme de la cornée, soit à la luxation du cristallin projeté dans la chambre antérieure Il y a des personnes qui sont adaptées de près en permanence. Enfin on peut créer avec de l'ésérine des myopies artificielles et temporaires.

Il est évident pour M. Maurice Perrin que M. Jules Guérin a pris des faits de fausse myopie, ceux dans lesquels la myopie est produite par la rétraction musculaire, pour des cas de myopie vraie, et qu'il a généralisé des faits particuliers et exceptionnels.

C'est là son erreur, que M. Maurice Perrin espère avoir dissipée de manière à ce que, tout mal entendu cessant, tout le monde se mette d'accord sur la doctrine.

M. JULES GUÉRIN regrette que l'heure du comité secret ne lui permette pas de répondre immédiatement à M. Maurice Perrin. Il le fera dans la prochaine séance, en même temps qu'il terminera la lecture de son discours.

A quatre heures trois quarts l'Académie se réunit en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Collége de France. — Cours de physiologie. — M. le professeur Cl. Bernard commencera ce cours le mercredi 22 décembre, à dix heures et demie, et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure. Le professeur traitera de l'expérimentation physiologique.

— *École pratique des hautes études. — Laboratoire de physiologie.* — Les conférences de physiologie expérimentale commenceront au laboratoire de physiologie de la Faculté des sciences, à la Sorbonne, sous la direction de M. le professeur P. Bert, le samedi 11 décembre courant, de deux à quatre heures, et continueront les jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure. Les personnes qui désirent suivre ces conférences sont priées de se faire inscrire à la Faculté des sciences.

— *Laboratoire de chimie du Muséum d'histoire naturelle.* — L'enseignement expérimental du laboratoire de chimie commencera le 15 décembre 1875, et sera terminé le 15 juillet 1876. Il aura lieu tous les jours, de onze heures du matin à cinq heures du soir, et portera sur la chimie minérale et la chimie organique.

Les élèves qui désirent prendre part à cet enseignement sont invités à se faire inscrire, rue de Buffon, 63, tous les jours, à partir du 8 décembre.

— Le banquet annuel des internes en pharmacie aura lieu le mercredi 15 décembre 1875, chez Véfour. On souscrit chez MM. Mayet, trésorier, rue Saint-Marc, 9, et Mussat, secrétaire, boulevard Saint-Germain, 11.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda formulaire des médecins praticiens et carnet de poche réunis pour 1876. — Prix : n° 1, reliure chagrin fermant au crayon, 3 francs. — N° 2, reliure chagrin à portefeuille, 3 fr. 50. — N° 3, le même, avec trimestres mobiles, 4 francs. — N° 4, reliure forme serviette, trimestres mobiles, 5 francs. — N° 5, reliure chagrin, portefeuille avec petite trousse, poche en soie, 6 francs. — N° 6, le même avec trimestres mobiles, 7 francs. — N° 7, reliure avec poche et portefeuille intérieurs, petite trousse, trimestres mobiles, etc., 8 francs. — N° 8, le même avec fermoir en maillechort, etc., 9 francs. — Broché, avec couverture imprimée, 1 fr. 75. — Cahier plein, doré sur tranche, 2 fr. 50.— Cahier recouvert en soie, avec trimestres mobiles, 3 francs.

Tous les *Agendas*, excepté le broché, sont dorés sur tranche. — Ceux à petite trousse sont munis de *passettes élastiques* Charrière. — Paris, Adrien Delahaye.

Nouveaux éléments de physiologie humaine, comprenant les principes de la physiologie comparée et de la physiologie générale, par H. BEAUNIS, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy. — Paris, 1876, un vol. gr. in-8° cart. de 1,140 pages, illustré de 282 figures. Prix : 14 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Guide du médecin praticien et de la sage-femme pour le diagnostic et le traitement des maladies utérines, suivi d'un appendice sur la stérilité, par le docteur E. VERRIER. — 1 fort vol. in-18 avec 133 figures intercalées dans le texte, cartonné à l'anglaise. — Prix : 7 francs. — Paris, 1876, P. Asselin.

Indications et contre-indications de l'opération dans le cas de cancer du sein, par le docteur A. LEFLAIVE, chirurgien en chef de l'hôpital de Beaune. — 1 vol. in-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lefrançois, rue Casimir-Delavigne, 9 et 10.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le sein hystérique, ou gonflement douloureux des seins chez les hystériques.

Il y a un an environ, à l'occasion d'un cas d'hyperesthésie mammaire liée à une mammite simple chez une malade du service de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, nous avons cherché à montrer, avec le très-utile concours de Velpeau et de M. Broca, qu'il y avait des distinctions à faire entre les divers cas confondus autrefois par les chirurgiens, sous la désignation commune de tumeur irritable des mamelles, par la bonne raison que cette irritabilité douloureuse des mamelles peut coïncider avec des tumeurs de nature très-diverse ou se montrer en l'absence de toute espèce de tumeur ou de lésion quelconque de la mamelle. D'où l'idée d'envisager la plupart de ces faits comme des névralgies mammaires, soit idiopathiques, soit symptomatiques de diverses lésions de la mamelle.

Mais voici un nouvel ordre de faits qui tendent à faire rentrer les douleurs du sein dans le domaine médical proprement dit, en les rattachant à l'hystérie. Déjà quelques auteurs anciens, entre autres Willis, ont rapporté des faits qui sembleraient devoir faire rattacher certaines de ces douleurs névralgiques du sein à l'affection hystérique, et, plus récemment, un chirurgien anglais, sir Watson, a appelé l'attention sur cet état pathologique, qu'il désigne sous le nom de sein hystérique.

M. le docteur B. Connard, dans sa dissertation inaugurale, que nous avons sous les yeux, vient de publier plusieurs observations nouvelles sur le gonflement douloureux des seins, qu'il considère comme devant constituer désormais un des symptômes de l'hystérie.

L'origine de ses recherches a été l'observation du fait suivant, qui lui a été signalé par M. Liouville.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt et un ans, entrée le 25 août dernier à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Fauvel, dont M. Liouville était chargé à cette époque. Cette malade se rappelait avoir éprouvé, vers l'âge de douze ou treize ans, divers troubles nerveux, très-probablement hystériques, qui, ayant disparu à l'âge de quatorze ans, ont reparu au mois de janvier 1875, alors que la malade était à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Hardy. En même temps survint, pour la première fois, un gonflement douloureux des deux seins, avec douleur, chaleur et tension, qui disparut au bout de cinq jours environ.

Depuis lors, ces mêmes phénomènes se sont reproduits, aux environs des époques menstruelles, et ont coïncidé avec un redoublement des accès hystériques.

Cette malade, après quelques jours de séjour à l'Hôtel-Dieu, a eu des attaques d'hystérie qui ont duré plusieurs jours.

Le 14 septembre, après quelques jours de suspension des accès, elle a été prise d'une douleur dans la région mammaire [illegible] seins étaient tuméfiés et augmentés du tiers environ de leur volume. La peau était rouge, chaude et tendue. Malgré cette tension, on percevait, mais difficilement, à la palpation, les divisions glandulaires. Le mamelon était très-développé et brunâtre. On déterminait, enfin, une vive douleur par la pression dans la région ovarienne.

Le 15, nouvelle crise hystérique avec persistance du gonflement douloureux des seins.

Le 16, elle n'a qu'une petite attaque. La douleur mammaire est plus obscure.

Le 17, la tension des seins est moins considérable, la peau plus souple. La pression des vêtements et la palpation sont beaucoup mieux supportées, les douleurs spontanées sont beaucoup moins vives. La pression des ovaires est encore douloureuse.

Les 18 et 19, les seins sont de moins en moins douloureux. Le 22, la douleur a complétement disparu. En même temps, l'état général de la malade est bien meilleur; elle n'a plus eu d'attaques depuis plusieurs jours.

Le 23, les ovaires, qui jusque-là étaient restés sensibles à la pression, ont perdu cette sensibilité.

La malade sort de l'hôpital le 24, n'éprouvant plus de douleur.

Voici une autre observation analogue, qui a été également recueillie par M. Liouville.

Une femme de vingt-trois ans, d'un tempérament nerveux, est sujette à des crises hystériques fréquentes. Pendant ces accès, elle a le côté droit du corps anesthésié; l'ovaire du même côté est insensible à la pression, tandis que le gauche est extrêmement douloureux. Les deux seins sont gonflés, doulou-

reux. On y perçoit, à la palpation, de petites nodosités. La peau qui les recouvre est pâle. On constate chez elle une coïncidence entre l'exagération des phénomènes douloureux des seins et la manifestation des symptômes généraux de l'hystérie.

Ces deux faits rapprochés de quelques faits semblables observés par l'auteur lui-même et de quelques observations empruntées au livre de M. Briquet et à la clinique de M. Péan, l'ont conduit à formuler cette proposition, savoir : que le sein douloureux est souvent un symptôme de l'hystérie.

Voici en quelques mots la symptomatologie que M. Connard assigne à ce phénomène morbide.

Le début est le plus souvent brusque : en quelques heures la maladie peut atteindre son *summum*. Ce sont d'abord des picotements dans les seins, de petits fourmillements, puis surviennent des douleurs lancinantes qui vont s'accroissant et causent un malaise indéfinissable.

Dans quelques cas la coloration des seins n'a pas changé. D'autres fois la peau devient rouge, chaude et tendue et reste telle jusqu'à la fin des accidents. En même temps le sein se gonfle et acquiert une augmentation de volume, qui peut aller jusqu'au tiers ou à la moitié de son volume ordinaire. Le mamelon est turgescent. La palpation qui est difficile à pratiquer à cause des douleurs atroces qu'elle provoque, fait percevoir de petites nodosités isolées l'une de l'autre. La pression des doigts ne laisse aucune trace. Enfin, — et ce dernier caractère qui n'a été constaté jusqu'à présent que dans un trop petit nombre de faits pour l'ériger en fait constant, acquerrait une très-grande importance s'il était confirmé ultérieurement dans des observations nouvelles, — l'ovaire s'est montré dans quelques cas le siége d'un gonflement douloureux semblable à celui du sein.

Quelques heures après l'explosion des premiers accidents, la douleur a pris une telle acuité que le simple frottement ou le [illegible] Les malades poussent des cris qui souvent sont les prodromes d'un accès d'hystérie.

Dans tous les cas, qu'il y ait eu accès ou non, ces mêmes symptômes restent tels pendant un, deux ou trois jours, il survient finalement une rémission, jusqu'à un nouvel accès. La période qui sépare deux accès, varie suivant les malades. Les retours coïncident, soit avec les époques menstruelles, soit avec les accès hystériques.

En résumé, voici la conclusion que M. Connard a cru pouvoir tirer de l'analyse des faits qu'il a réunis dans sa thèse : le sein douloureux, complication fréquente de l'hystérie, peut en être considéré comme un symptôme. Le fait seul de son existence peut et doit faire penser à la possibilité d'une affection hystérique, alors même qu'aucun autre symptôme ne s'est encore manifesté. C'est en se fondant sur cette donnée que M. Liouville, dont l'attention avait déjà été éveillée sur ce point par les faits précités, a pu depuis, dans sa consultation du bureau central, être mis sur la trace d'une hystérie par un gonflement douloureux des seins, seul symptôme dont se plaignait la malade.

Les seuls moyens de traitement qui aient paru apporter quelque soulagement jusqu'à présent, sont les fomentations narcotiques aidées du soutien du sein malade et de l'administration intérieure de l'opium. La compression serait applicable, mais au début seulement; elle serait intolérable plus tard. Les injections morphinées hypodermiques nous paraissent devoir être de mise en pareil cas. Nous n'hésiterions pas, pour notre part, à y recourir en présence de l'acuité extrême des douleurs auxquelles les malades sont en proie.

Cysticerque de la protubérance annulaire. Mort subite.

A l'occasion du fait de cysticerque du cerveau, que nous avons signalé dans notre Revue du 20 novembre dernier, et qui n'a révélé en quelque sorte son existence que par la mort du sujet et par les quelques perturbations ultimes qui l'ont précédée, M. le docteur E. Fredet, ancien interne des hôpitaux de Paris et professeur suppléant à l'École de médecine de Clermont, nous rappelle une observation semblable très-curieuse qu'il a eu l'occasion de relever dans le courant de cette année.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-deux ans, fort et vigoureux, qui était tombé de mort subite sur la voie publique. Les personnes qui relevèrent le cadavre l'avaient trouvé la face contre terre et étendu perpendiculairement à la direction dans laquelle il marchait. En enlevant les vêtements, on constata, en outre, qu'ils étaient souillés de matières fécales.

Chargé de faire l'autopsie et guidé par ces deux circonstances, M. Fredet dirigea immédiatement ses recherches du côté du cerveau.

L'ouverture du crâne décelait l'intégrité absolue des méninges et de la surface des hémisphères. Mais en arrivant à la base, à la partie supérieure de la protubérance annulaire, il trouva une membrane grisâtre, libre de toute adhérence avec la masse cérébrale, se gonflant dans l'eau en forme de poche et contenant dans sa cavité un cysticerque reconnaissable à son ampoule terminale, à ses crochets et ses ventouses.

Notre confrère M. Fredet, se fondant particulièrement sur les deux circonstances des déjections brusques et de la chute du sujet à droite, perpendiculairement à la ligne de la marche, rappelant assez bien ce qui se passe dans les *tournis* des moutons, s'est cru autorisé à penser que la cause de cette mort si [illegible] de la tumeur parasitaire. Les seuls symptômes que ce jeune homme eut éprouvés jusque-là étaient des maux de tête et des douleurs névralgiques du côté droit de la face, dont il se plaignait depuis deux ans. En outre, quelques minutes avant sa mort, les personnes qui l'approchaient avaient remarqué chez lui des contractions successives et involontaires des muscles de la face, à droite, avec projection de la tête du même côté.

Nous avons dit, en parlant du fait observé dans le service de M. Sée, que l'on pouvait trouver dans les annales de la science d'assez nombreux exemples de faits de ce genre, dans lesquels l'autopsie seule a révélé l'existence des cysticerques. Mais ce qui est moins commun, c'est le fait de l'instantanéité de la mort. M. Fredet rappelle, à ce sujet, que le seul fait semblable au sien qu'il ait relevé dans ses recherches, est celui de notre collaborateur M. Bouchut, relatif à une fille de dix ans, atteinte d'hémichorée droite, avec hémianalgésie gauche, qui mourut aussi subitement, et chez laquelle l'autopsie révéla, à la partie postérieure de l'hémisphère droit du cerveau, dans l'épaisseur même de la substance, un petit kyste de la grosseur d'une petite noisette, contenant deux cysticerques. (Voyez *Gazette des Hôpitaux*, année 1857, p. 77 et 81.)

Enfin, M. Fredet signale encore comme une particularité rare de son observation, le siége de la tumeur dans la protubérance annulaire.

Kyste séro-muqueux du cou, guéri par une injection de chlorure de zinc.

Dans la dernière Revue, nous avons entretenu nos lecteurs d'une tentative d'injection de chlorure de zinc dans un cas

d'hydropisie de la gaîne tendineuse du doigt médius, faite par M. Richet, d'après les indications données par M. Théoph. Anger dans une communication faite à la Société de chirurgie dans la séance du 3 novembre, où il rapporte quatre cas de guérison, deux pour la grenouillette et deux pour l'hygroma, et d'après l'exemple de M. Panas, pour un cas de kyste séro-muqueux du cou. La tentative n'a pas réussi, et M. Richet a dû recourir à une médication dont nous ferons connaître le résultat quand il y aura lieu. Mais ce n'est pas une raison pour récuser la méthode qui reste avoir à son actif les quatre cas de succès de M. Anger, et celui de M. Panas, que nous nous sommes engagé, à cette occasion, à faire connaître.

Voici la relation abrégée de ce fait.

Un jeune homme de vingt-trois ans portait au cou, dans la région hyo-hyroïdienne droite, une tumeur arrondie, demi-sphérique, lisse, dure, résistante, irréductible, n'offrant aucun battement propre ni aucune expansion, et suivant l'os hyoïde et le cartilage thyroïde dans leurs mouvements d'ascension et de descente, pendant la déglutition.

La peau, au-devant de cette tumeur, n'offre ni adhérence, ni altération.

Cette tumeur n'est le siége de douleurs ni spontanées, ni provoquées. La phonation et la respiration n'en sont point troublées.

Il y a deux ans, un médecin consulté pratiqua une ponction exploratrice qui vida la tumeur, mais pour peu de temps. Elle ne tarda pas à se remplir de nouveau.

C'était donc à un kyste d'origine séreuse que l'on avait affaire, kyste constitué par le tissu cellulaire situé en avant de la membrane hyo-thyroïdienne.

M. Panas eut recours, d'abord, à l'injection de teinture d'iode (mélange de teinture d'iode et de glycérine), sans évacuation préalable du liquide kystique.

Cette première injection étant restée sans résultat, une deuxième fut pratiquée, puis trois autres successivement, à huit jours environ d'intervalle l'une de l'autre, mais toujours avec le même insuccès. Une injection d'alcool fut tout aussi inefficace. Ce fut alors que M. Panas eut l'idée de recourir au chlorure de zinc. Il injecta dans la tumeur (toujours sans la vider) de 10 à 15 gouttes d'une solution de chlorure de zinc au dixième.

Le malade n'en éprouva immédiatement aucune sensation désagréable.

Pendant les trois premiers jours, il n'y eut aucun changement apparent dans l'état de la tumeur ; mais, à partir du quatrième jour, elle diminua avec une telle rapidité qu'en quarante-huit heures elle était réduite au quart de son volume primitif. Huit jours après, elle avait complétement disparu.

Comment le chlorure de zinc a-t-il agi dans cette circonstance ?

Quelles modifications a-t-il déterminées dans les parois du kyste ? Est-ce par une action analogue à celle de l'alcool ou de l'iode, mais plus énergique, ou par une action différente ? Tout autant de questions que se pose M. Panas sans prétendre les résoudre. Il incline à penser, toutefois, que le chlorure de zinc a agi dans ce cas en provoquant la coagulation du contenu du kyste. C'est là une question à réserver et à reprendre quand d'autres faits seront venus confirmer les résultats obtenus par M. Anger et par M. Panas.

Dr Brochin.

BRULURE PAR LE GRISOU

ET ACCIDENTS PRODUITS PAR SON EXPLOSION DANS LES MINES DE HOUILLE (1).

Par M. le docteur Bourguet.

Après la brûlure et l'asphyxie viennent les traumatismes. Souvent on les observe à des distances considérables, 200 ou 300 mètres, suivant la quantité et la qualité du mélange détonant. Ils varient depuis la simple contusion jusqu'à l'écrasement qui n'est pas pourtant la règle ainsi que semblerait l'affirmer l'auteur de l'article brûlure d'un dictionnaire en cours de publication, où il est dit : que dans les coups de grisou le traumatisme est si considérable qu'on peut négliger la brûlure.

La force d'expansion dans quelques cas est extraordinaire ; j'ai vu un malheureux ouvrier dont la poitrine avait été écrasée, le poumon perforé, contre une benne à laquelle le choc transmit assez de force pour contusionner gravement un rouleur dans la galerie maîtresse, juste en face de celle que parcourait le grisou. Le premier blessé était assis à 150 mètres environ du point ou éclata le coup de feu, à quelques mètres de la benne contre laquelle il fut lancé et qui le séparait du rouleur.

Les indications que le médecin doit remplir en présence des blessés de la dernière catégorie rentrent dans les règles communes et je n'en parlerai pas.

Pour les asphyxiés, on arrive toujours trop tard. Si quelque chose pouvait être tenté, ce serait je crois l'électricité, à la condition qu'on eût sous la main des appareils prêts à fonctionner. On pourrait dans tous les cas, par des instructions appropriées, enseigner à tous les surveillants la manière de pratiquer la respiration artificielle par l'élévation alternative des bras, et les pressions sur la cage thoracique les frictions sèches et excitantes pourraient aussi être essayées en attendant l'arrivée du médecin.

Quant aux brûlés, il importe d'agir rapidement ; les premiers soins doivent être donnés sur les lieux mêmes dès que le blessé est au bon air, on doit l'envelopper dans les premières pièces de linge qu'on a sous la main. Si l'on n'a rien autre, des vêtemens si grossiers qu'ils soient doivent le recouvrir en attendant une couverture dont on l'enveloppera.

On imbibera d'eau qui ne manque jamais les pièces qui seront en contact avec les surfaces brûlées. La réfrigération des premiers instants ne doit pas être redoutée, au contraire ; elle a pour avantage de modérer la douleur. Il importe de tenir compte de la température ambiante et de ne pas dépasser certaines limites qui pourraient exposer le brûlé à des complications redoutables. Il est bien évident que si au lieu d'eau on avait de suite de la glycérine, du liniment oléo-calcaire, du papier Joseph graissé ou cérat, on devrait les employer de préférence. Toutes ces substances peuvent être tenues à l'entrée des mines à grisou, à la disposition de tout chef de poste auquel on aura indiqué la manière de les utiliser.

Si mal fait qu'il soit, un pansement à ce moment, est chose précieuse et permet de transporter sans encombre l'ouvrier à son domicile. Sous aucun prétexte on ne doit le laisser regagner son logis à pied, exposé à l'air, comme on le fait trop souvent. Il en résulte une excitation très-vive du derme dénudé qui ne tarde pas à provoquer une douleur intolérable, suffisante parfois (au dire de certains auteurs) pour amener la mort.

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 20, 27 novembre et 4 décembre.

Un pansement protecteur, destiné à tenir lieu le moins mal possible de l'épiderme absent, doit remplacer dès que cela se peut le pansement provisoire. On ne peut l'exécuter que quand le brûlé est chez lui, dans le lit même où il doit reposer afin d'éviter autant que possible de le déranger.

Énumérer tous les médicaments, tous les enduits essayés ou vantés, serait chose aussi longue que fastidieuse. Je citerai les plus recommandables et m'en tiendrai là, tout en signalant divers essais que l'on peut faire dans le but d'obtenir, chose bien difficile, un mode de pansement bien adhérent et efficace.

La glycérine et le liniment oléo-calcaire, se partagent la faveur des médecins. C'est au dernier que je donne la préférence, parcequ'il se prépare instantanément, qu'on peut le rendre plus ou moins consistant suivant le besoin, qu'il n'est jamais acide, et enfin (quoique la question soit secondaire), parcequ'il est d'un prix fort modique.

Une bonne couche de ce liniment est appliquée sur tous les points atteints, après qu'on a eu la précaution de vider très-exactement toutes les ampoules et d'appliquer aussi bien que possible l'épiderme, sur les points dénudés.

Cette dernière précaution, est d'une importance extrême. Si minutieuse et si difficile qu'elle soit, le médecin doit l'entreprendre et la mener à bonne fin s'il veut éviter au brûlé une suppuration dangereuse. On est frappé de la manière différente dont s'effectue la réparation, suivant que les parties sont ou non revêtues de cet épiderme.

Par dessus le liniment oléo-calcaire, on étend de larges couches de ouate ou de coton, enveloppant les parties aussi bien que possible, afin de les soustraire au contact de l'air ambiant. Il faut une bonne couche de ces substances pour obtenir de bons résultats, et permettre une compression efficace qui deviendrait douloureuse dans le cas contraire.

— Les espaces interdigitaux, les bords des ouvertures naturelles, doivent être protégés avec beaucoup de soin, pour éviter des cicatrices vicieuses, quoique en raison du peu de profondeur des brûlures il soit rare d'observer ces désagréments.

La face ne peut être soignée par ce procédé qui rendrait la respiration et la nutrition impossibles si on voulait l'exécuter convenablement. Je me borne à recouvrir le front, le menton et les joues dans les cas graves, et je fais appliquer sur le nez, les paupières et les lèvres des compresses constamment trempées dans l'eau ou mieux dans l'eau blanche, qui à part leur action résolutive, agissent par leur humidité en modérant la réaction toujours très-développée à cause de la richesse vasculaire des parties.

Ce pansement, doit être bien surveillé pendant les premiers temps. Deux fois par jour au moins, dans les quarante-huit ou soixante-douze premières heures on doit le visiter, pour réparer les désordres que les mouvements du blessé ont amenés nécessairement. Procéder toujours avec douceur est une règle dont il ne faut pas s'écarter.

Quand paraît la suppuration, on est parfois obligé de renouveler les pansements plus qu'on ne voudrait et qu'il ne faudrait. L'odeur infecte et caractéristique que répandent les brûlés, leurs réclamations, celles des gardes, des parents ou des amis, forcent un peu la main du médecin qui voudrait résister. Pour un bien apparent, il en résulte certainement un mal considérable, car si délicate que soit la main qui panse elle produit toujours des froissements, enlève des lambeaux d'épiderme, détermine de petites hémorrhagies, toutes choses qui entravent la cicatrisation et sont douloureuses.

Frappé de ces inconvénients, je me suis préoccupé d'y remédier dans la mesure de mes forces. Les désinfectants à l'extérieur, tels que le chlorure de chaux, la liqueur de Labarraque, l'acide phénique, etc., m'ont rendu des services, mais ne m'ont pas satisfait. J'ai voulu essayer d'agir directement sur les surfaces brûlées, au moyen d'un pansement qui fut à la fois efficace et désinfectant et je me suis pour cela servi du goudron. Il est bien entendu que je n'ai pas d'un seul coup, opéré dans le traitement une révolution complète ; j'ai soigné comparativement, par exemple un bras par le goudron, l'autre par le pansement ordinaire. J'ai pour éviter la douleur mélangé le goudron à diverses substances et dans diverses proportions. Je modifie sans cesse le mode d'emploi de cet agent, qui ne m'a pas encore rendu tous les services que j'ai le droit d'en attendre, mais j'ai la conviction d'être dans une voie rationnelle, et j'espère qu'expérimentée convenablement cette méthode, donnera soit à moi, soit à un confrère plus sagace, qui fixera les règles de son emploi, d'excellents résultats.

(A suivre.)

DE L'OPPORTUNITÉ DE L'ANUS ARTIFICIEL

DANS LES CAS DE TUMEURS DU RECTUM (1).

Par M. le docteur E. Richard.

Conclusions. — L'opération de l'anus artificiel n'est pas plus périlleuse et offre autant de chances de succès que les opérations chirurgicales usuelles. Bien que préconisant cette opération, nous ne bannissons pas les autres, et nous sommes persuadé, au contraire, qu'elles peuvent être suivies de réussites dans certains cas. — C'est un devoir pour un chirurgien honnête de la pratiquer toutes les fois qu'il y a arrêt des matières par un obstacle, quelle que soit d'ailleurs la nature de la tumeur. Il n'y a, dans ces cas extrêmes, qu'une indication et une indication formelle : ouvrir une porte a ce poison qui infecte l'économie. — Il est d'autres cas où l'indication n'en est pas moins formelle, mais moins urgente. Ainsi, quand le malade en arrive à ne plus aller à la garde-robe que tous les quinze jours avec une douleur extrême, quand il a perdu l'appétit, qu'il ne vit plus, mais qu'il lutte, pour ainsi dire, il faut encore opérer. Ceci revient à dire qu'il ne faudrait point attendre qu'il se soit produit des phénomènes graves pour agir. — Les succès obtenus, le peu de difficulté du manuel opératoire, nous encouragent à dire, avec l'avis de nos maîtres, que c'est une opération nécessaire et qu'il faut mettre plus souvent en pratique qu'on ne l'a fait jusqu'ici.

REVUE DE LA PRESSE

Du traitement de la fièvre typhoïde par l'aconit. — M. le docteur Charles Deshayes, médecin adjoint à l'Hôtel-Dieu de Rouen, a inauguré, dans la dernière épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi dans cette ville, un nouveau mode de traitement qui nous paraît appelé à rendre de grands services dans la pratique médicale. Il s'agit du traitement de la dothiénentérie par l'aconit.

Sur cinquante malades atteints de fièvre typhoïde et traités par l'aconit, tant en ville qu'à l'Hôtel-Dieu, par M. Deshayes et son collègue le docteur Levasseur, quarante-huit ont guéri, et des deux malades décédés l'un était en convalescence confirmée quand éclatèrent les accidents qui l'ont emporté ; l'autre présentait, lorsque le médecin fut appelé à lui donner ses soins, des symptômes déjà trop graves pour que la maladie put être maitrisée. Il résulte en effet des recherches de M. Deshayes que le traitement par l'aconit n'est efficace qu'à la condition d'être appliqué dès les premiers jours de l'apparition des symptômes, dès le début de la fièvre.

Des nombreuses préparations pharmaceutiques de l'aconit, l'alcoo-

---

(1) In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

lature, agréable au malade, facile à administrer, est celle à laquelle M. Deshayes accorde la préférence. Il la donne à la dose de 1 gramme dans les vingt-quatre heures, de 1 gramme 50 et même 2 grammes si les symptômes continuent à s'aggraver. Il est rare cependant que l'on soit obligé de recourir à cette dernière et que la dose de 1 gramme 50 ne suffise pas à enrayer les accidents qui n'ont point cédé à la dose habituelle.

Concurremment, M. le docteur Deshayes soumet ses malades à la méthode rafraichissante et c'est la combinaison de ce double traitement qu'il nomme régime aconité.

Ainsi, étant donnée une dothiénentérie, M. Deshayes prescrit immédiatement le régime suivant : 1° potion avec Eau distillée 120 grammes; alcoolature d'aconit 1 gramme; eau de fleur d'oranger quantité suffisante. A prendre dans les vingt-quatre heures par cuillerées.

2° Bouillon de bœuf ou de veau, suivant que la fièvre typhoïde revet la forme inflammatoire ou adynamique. Une tasse toutes les deux heures.

3° Une tasse de tilleul-oranger, à volonté.

4° S'il y a des fuliginosités aux lèvres, aux dents, on promène entre les lèvres une tranche de citron ou d'orange qu'on laisse sucer lentement au malade.

5° Enfin dès que les accidents fébriles disparaissent pour faire place à la convalescence, on cesse l'aconit et on alimente progressivement le malade auquel on donne dans les vingt-quatre heures la potion suivante.

Solution gommeuse. . . . . 150 grammes.
Extrait aqueux. . . . . 4 grammes.

Vin coupé puis pur, etc.

Telle est la base du traitement de M. le docteur Deshayes.

Quant aux complications qui peuvent surgir dans le cours de la fièvre typhoïde, elles sont combattues par les moyens ordinaires : la céphalagie, par des compresses d'eau froide souvent renouvelées sur le front; les hémorrhagies, par la limonade sulfurique, la glace, l'opium à haute dose, etc, tout en maintenant l'aconit. Contre l'engouement pulmonaire, M. Deshayes, emploie avec succès la méthode révulsive préconisée par M. le professeur Béhier, en substituant toutefois les sinapismes souvent promenés en avant et en arrière du thorax, aux ventouses sèches dont l'emploi demande toujours un certain temps.

Grâce à cette méthode, les complications habituelles de la fièvre typhoïde ont été moins graves et moins fréquentes et jamais M. Deshayes n'a rencontré, alors qu'ils existaient ailleurs, ces accidents redoutables tels que perforations intestinales, hémorrhagies, etc, qui viennent faire échec à tout traitement. Toujours la marche des fièvres a été d'une régularité parfaite et souvent abrégée.

Modérateur du pouls et de la chaleur, l'aconit doit-être administré aussi longtemps que le pouls et la chaleur restent élevés. Mais le pouls étant un guide des moins sûrs et des plus inconstants, c'est le thermomètre seul qui indiquera en même temps que la marche de la maladie, le moment précis où on devra cesser l'emploi de l'aconit ; une température de 38° degrés et au-dessous est l'indice d'une convalescence prochaine.

Voici comment se comporte la température sous l'action sédative de l'aconit. Au lieu de suivre une marche constamment ascendante, comme c'est le cas le plus habituel, pendant les quatre ou cinq premiers jours dans les formes légères, pendant le premier septenaire dans les formes graves, elle reste sensiblement la même. La plus élevée qu'ait observée M. Deshayes a été de 40,5. Puis, au bout de quelques jours, il se fait une détente et le thermomètre descend progressivement pour ne plus se relever, à moins de complication ou de rechute.

A ce moment où le thermomètre accuse la défervescence, on peut commencer à nourrir le malade en ayant soin cependant de procéder avec de grandes réserves à l'alimentation, celle-ci lorsqu'elle est trop hâtive, pouvant déterminer, une recrudescence fébrile qu'on pourrait prendre pour une complication.

L'aconit doit-être administré dans toutes les formes de la fièvre typhoïde, même dans les formes adynamiques où la tendance aux hémorrhagies semblerait devoir être accrue par un régime qui paraît débilitant : on le supprimera, comme il a été dit, lorsque la température redescend à 38° ou au-dessous, ce qui en moyenne a lieu après huit ou dix jours. Il y aurait danger à prolonger indéfiniment son usage, car l'arsenic continue à exercer son action sur l'économie alors même qu'il est supprimé depuis plusieurs jours.

C'est ainsi que l'anémie cérébrale, la congestion pulmonaire sont deux complications fréquentes chez les sujets soumis à ce régime. Mais ici elles ne surviennent que dans la convalescence et ne constituent pas un bien grand danger si l'on a soin de remonter le malade par un régime approprié.

L'âge ni le sexe n'entraînent aucune modification dans l'administration de l'aconit.

Enfin, s'il n'est pas plus possible avec ce médicament qu'avec certains autres agents thérapeutiques de juguler la fièvre typhoïde, M. Deshayes prétend du moins qu'il est le plus propre à lui imprimer une impulsion favorable et une modification sensible.

Voici maintenant quels sont les effets médiats de l'alcoolature d'aconit.

Quelques jours après le début du traitement, la peau des typhoïdes, au début sèche et brûlante, est devenue moite et humide. Il en est de même de la langue. Des sueurs plus ou moins abondantes annoncent que la détente est prochaine.

En même temps, les urines, de rares et de chargées, de rouges et de brûlantes qu'elles étaient au début deviennent plus abondantes, remarquablement limpides et claires.

Une éruption nouvelle de taches rosées, beaucoup plus confluentes coïncide avec la détente.

Enfin presque tous les malades de M. Deshayes ont présenté, à un degré très-marqué, une desquamation en tout semblable à celle qui suit la rougeole. Elle occupe principalement la paume et le dos des mains, les membres supérieurs, le thorax et l'abdomen. Elle s'explique par l'abondance des sueurs qui ont précédé.

(*Gazette hebdomadaire.*)

Du traitement du rachitisme et de la scrofule par le lait de chienne. — M. le docteur P. Luzun (de Bordeaux) vient de publier quelques expériences sur le traitement du rachitisme par le lait de chienne, traitement indiqué naguère par M. Depaul à l'Académie de médecine : ces résultats paraissent assez encourageants, bien qu'imparfaits.

Le sujet de la première observation rapportée par M. Luzun est un enfant de six à sept ans qui présentait une déviation considérable de la colonne vertébrale, et depuis trois ans était absolument incapable de se mouvoir. Tous les moyens usités en pareil cas pour rendre la santé à la petite malade, phosphate de chaux, huile de foie de morue, iodure de fer, etc., étaient restés sans résultat. Après vingt jours de traitement par le lait de chienne, elle était devenue robuste, vigoureuse, et courait aussi vite que n'importe quel enfant de son âge. Les effets de ce régime furent si prompts que, dès le cinquième jour de traitement, l'enfant commençait à marcher. Malheureusement, cinq à six mois plus tard, elle succombait à une pneumonie double.

La seconde observation est relative à une jeune fille de douze ans, atteinte depuis quatre ans du mal de Pott avec double scoliose, et dans l'étisie depuis cette époque. M. Luzun avait prescrit le phosphate de chaux sans en obtenir autre chose que de la constipation, quand il songea à recourir au lait de chienne. Au sixième bol, cette enfant, qui depuis quatre ans n'avait jamais quitté son lit, demandait à se lever et réussissait à faire quelques pas. L'amélioration gagnait de jour en jour quand au dixième bol, le lait manquant, on dut renoncer au traitement. Immédiatement, la petite malade cessa de marcher ; on procura une nouvelle chienne, et, dès le lendemain, l'enfant marchait à nouveau et n'a pas cessé depuis.

Néanmoins, après un traitement de quarante jours, elle est toujours dans l'étisie.

La troisième malade sur laquelle M. Luzun a expérimenté le lait de chienne n'a cessé de présenter, dès son enfance, des manifestations scrofuleuses, abcès, carie des os, ankylose et luxation de la cuisse gauche, scoliose lombaire très-prononcée, etc. Elle est soumise pendant quelque temps au même traitement que précédem-

ment. Huit mois après, quand M. Luzun la revoit, l'enfant n'a plus une seule manifestation scrofuleuse; elle se tient debout et marche, d'une façon déplorable, il est vrai, à cause de la scoliose vertébrale et de l'ankylose de la cuisse gauche.

Enfin le sujet de la dernière observation est un jeune homme qui a fait la campagne de 1870-1871, en qualité de mobile. Il a un tempérament lymphatique au suprême degré. Les surfaces cutanées et muqueuses sont, chez lui, le siége d'ulcérations profondes, chroniques et rebelles à toute espèce de traitement. On prescrit le lait de chienne. Dès les premiers jours, la transpiration, qui avait complétement cessé chez lui, s'est rétablie. Au bout du huitième jour, la peau avait repris ses fonctions, mais, à cette époque, on est obligé de suspendre le traitement, faute de lait. M. Luzun attribue à l'électrothérapie autant qu'au lait de chienne l'amélioration survenue dans l'état général de ce jeune homme.

M. Luzun fait suivre la relation de ces faits des réflexions suivantes: comment agit le lait de chienne? Agit-il comme tonique ou comme excitant du système nerveux? Quelle est la nature du principe à qui il doit une action aussi prompte? Toutes ces questions demandent, pour être résolues, une étude approfondie.

Ce traitement, quoique simple au premier abord, est cependant assez difficile à réaliser. Les chiennes employées comme nourrices ne donnent pas toutes la même quantité de lait : celles appartenant à la race bull-dogue paraissent donner sous ce rapport, les meilleurs résultats.

En outre, elles refusent souvent de se laisser traire. Aussi M. Luzun conseille-t-il de les faire manger pendant l'opération. Il faudra de plus, pour éviter que la source lactifère ne se tarisse promptement, laisser un petit à l'animal.

Les chiennes bonnes nourrices peuvent fournir environ les trois quarts d'un bol de lait par jour, en deux fois. Ce lait est très-épais; il n'a pas mauvais goût. Il se boît au sortir de la mamelle. Les enfants le prennent pour du lait de chèvre. Quant aux grandes personnes, on peut leur faire boire après du lait de vache chaud, pour enlever toute sorte de répugnance. — (*Bordeaux médical.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 décembre 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente un mémoire sur le *traitement de diverses tumeurs par l'électrolyse*, par M. Ciniselli (de Crémone), et un autre en langue hollandaise sur la *chirurgie militaire*, par M. Gori.

M. GUÉRIN dépose deux notes, de la part de M. Surmay (de Ham), l'une sur un *abcès par congestion siégeant au-dessous de l'arcade crurale et guéri à la suite de dix ponctions*; l'autre sur un *kyste hydatique du foie guéri par une seule ponction aspiratrice.*

RAPPORTS

M. LE DENTU donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Th. Anger, candidat au titre de membre titulaire, sur le *traitement de certains kystes par des injections de chlorure de zinc en solution concentrée.* M. Anger a rapporté quatre cas de guérison obtenues sur deux hygromas et sur deux grenouillettes.

Les observations et le rapport de M. Le Dentu sont renvoyés au comité de publication.

Luxation du pouce en arrière. — M. TILLAUX fait un rapport sur une communication de M. Farabeuf, relative à la luxation du pouce en arrière. Par de nombreuses expériences cadavériques, l'auteur a reconnu que, outre les diverses causes signalées par les auteurs, cette luxation présente deux caractères importants qui dominent tous les autres, le point de rupture du ligament glénoïdien et le déplacement et le renversement de l'os sésamoïde externe, l'interne étant déjeté sur le côté et ne faisant jamais obstacle à la réduction. Dans un travail sur cette luxation, M. Michel a dit que la rupture du ligament se faisait tantôt à son insertion métacarpienne et tantôt à son insertion phalangienne, et que la luxation était réductible dans le premier cas, irréductible dans le second. Mais cette théorie était erronée. M. Farabeuf a démontré, et c'est un point d'anatomie qui lui appartient, que l'insertion est beaucoup plus forte à la phalange qu'au métacarpe. Sur cent expériences faites sur le cadavre, pas une seule fois la rupture ne s'est faite au niveau de la phalange. Elle s'est toujours produite au niveau du métacarpe. Trois fois il y a eu fracture de l'os sésamoïde. M. Farabeuf décrit trois degrés de luxations du pouce en arrière. Tant que l'os sésamoïde externe n'a pas franchi la tête du métacarpe, la luxation est facilement réductible; c'est la *luxation incomplète;* c'est le *premier degré.* Dans la *luxation complète*, l'os sésamoïde a suivi la phalange déplacée et s'est *mis en croupe* sur le métacarpien; c'est le *deuxième degré.* Dans ce cas, les muscles sésamoïdiens qui s'insèrent aux os sésamoïdes et qui ne sont pas déchirés, brident le petit os sur la face dorsale du métacarpien; mais sa surface cartilagineuse regarde toujours la face dorsale de cet os.

Si, par des tentatives de réduction, on rabat le pouce jusqu'alors perpendiculaire au métacarpien, de manière à le rendre parallèle, on opère en même temps le renversement de l'os sésamoïde *quille en haut*, dit M. Farabeuf, de telle façon que sa surface cartilagineuse qui regardait en bas, regarde maintenant en haut. C'est le *troisième degré*, ou *luxation complexe.* La réduction est alors impossible, tant que la phalange restera parallèle au métacarpien, car il faudrait écarter les deux os de 6 millimètres, pour que l'os sésamoïde pût se renverser de nouveau sur lui-même et reprendre ses rapports normaux, mais les ligaments latéraux de l'articulation qui sont conservés s'opposent à cet écartement considérable.

Toutes les fois donc que le pouce luxé est parallèle au métacarpe, la luxation est *complexe.* Si elle n'est que *complète*, le pouce forme avec le métacarpien un angle droit, ou à peu près. Etant donnée une luxation complexe, on n'arrivera à la réduire qu'en la ramenant à la forme complète, en se servant, comme l'a indiqué Sédillot, de la phalange elle même pour repousser l'os sésamoïde en avant, en ayant toujours soin que les deux os, phalange et métacarpien, se touchent. M. Farabeuf a fait fabriquer pour cet usage une pince spéciale qui prend son point d'appui sur la première phalange. La deuxième restera fléchie et le pouce dans la pronation; c'est dans cette position que le retour de l'os sésamoïde à sa place peut se faire avec le plus de chances de succès. Le travail de M. Farabeuf est accompagné de planches gravées que leur auteur met à la disposition de la Société si elle juge à propos de les reproduire.

DISCUSSION

M. LE FORT a observé cette année à l'hôpital Beaujon deux luxations du pouce irréductibles, l'une dans son service, l'autre dans le service de M. Dolbeau. Il a fallu sectionner le faisceau externe du tendon. Dans le second cas, M. Farabeuf lui-même n'a pu réduire la luxation par son procédé. Il ne faut donc pas rejeter complétement comme cause d'irréductibilité dans certains cas l'obstacle que peuvent produire les muscles ou les tendons par leur interposition entre les surfaces articulaires.

Le mémoire et le rapport sont renvoyés au comité de publication.

RAPPORT

Dégénérescence syphilitique de la glande sublinguale. M. VERNEUIL donne lecture d'un rapport sur une observation de dégénérescence syphilitique de la glande sublinguale communiquée par M. le docteur Alfred Fournier, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux. Il s'agit d'un homme de trente ans qui, depuis le mois d'octobre 1873, éprouvait de la gêne pour la déglutition et la parole. Il portait une tumeur siégeant dans l'épaisseur de la glande sublinguale. Malgré l'immunité dont semblent jouir les glandes salivaires, de même que la mamelle, l'ovaire, la glande thyroïde à l'égard de la vérole, comme M. Fournier avait traité ce malade trois ans auparavant pour un chancre induré, il le soumit au traitement par l'io-

dure de potassium et obtint une guérison rapide. M. Verneuil rapproche de ce cas une observation qui lui est propre.

Un homme vigoureux entra dans son service au printemps de 1874 pour une tumeur oblongue du plancher de la bouche, qui ne pouvait siéger que dans le canal de Warton ou la glande sublinguale. La langue était saine. Cette tumeur ressemblait, comme aspect et consistance, à une gomme de la voûte; mais M. Verneuil ne s'attacha pas à cette ressemblance, puisqu'il admettait avec tout le monde que la syphilis n'atteint pas les glandes salivaires. Huit jours après son entrée, comme il n'y avait aucun changement, le chirurgien fit une incision de 12 à 15 millimètres de longueur sur 8 de profondeur. Il ne sortit qu'un peu de sang; l'exploration avec un stylet ne fit rien découvrir. La petite plaie se cicatrisa en deux jours; la tumeur était diminuée et pâlie. Le malade sortit de l'hôpital et demanda quel traitement il devait suivre. M. Verneuil prescrivit l'iodure de potassium, sans cependant s'attacher à l'idée de syphilis, et lui recommanda de revenir le voir. Il n'est pas revenu, sans doute parce que sa tumeur a été guérie par le traitement. Aujourd'hui, M. Verneuil n'hésiterait pas à diagnostiquer une infiltration gommeuse de la glande sublinguale. Il y a donc lieu d'admettre la possibilité de la dégénérescence tertiaire syphilitique de la glande sublinguale.

M. DESPRÈS demande à faire des réserves. Il ne suffit pas qu'une lésion ait été guérie par l'iodure de potassium pour qu'on puisse affirmer qu'elle est syphilitique.

M. PAULET parle dans le même sens. Il cite un cas de névrome du nerf cubital chez un homme qui n'avait certainement aucun antécident syphilitique, ni par lui, ni par ses ascendants, et qui, sur le point d'être opéré par lui, ne revint le voir que deux mois plus tard, guéri à la suite d'un traitement par l'iodure de potassium qu'on lui avait conseillé de suivre.

M. VERNEUIL n'est pas convaincu. Il ne partage pas le scepticisme de M. Desprès en présence de l'observation clinique. Et lorsque M. Fournier, qui savait son malade syphilitique, lui donne de l'iodure de potassium, qui amène la guérison en quelques jours, il est impossible de nier la syphilis, quoique la description de la lésion syphilitique des glandes sublinguales n'eût pas encore été faite. M. Verneuil n'avait jamais entendu dire, jusqu'à présent, que l'iodure de potassium guérit les névromes vrais, pas plus que les cancers vrais, ni les épitheliomas vrais. Il ne guérit que deux ordres de manifestations morbides, les manifestations scrofuleuses et syphilitiques.

Le mémoire et le rapport sont renvoyés au comité de publication.

COMMUNICATIONS

M. TRÉLAT a observé à plusieurs reprises la transformation du psoriasis de la langue en epithélioma. On a déjà rapproché l'une de l'autre ces deux maladies, mais on n'a pu saisir le moment où cette transformation s'effectue. M. Trélat pense, d'après ce qu'il a observé, que le chirurgien ne doit pas attendre trop longtemps s'il veut être d'un secours utile aux malades, mais au contraire opérer avant que la transformation n'ait eu lieu. Il aura ainsi beaucoup plus de chances de guérison. Le psoriasis et l'épithelioma ne sont pas deux degrés d'une maladie; ce sont deux affections distinctes, mais dont la première, comme toute cause d'irritation persistante, comme un vésicatoire, une brulûre, un ulcère, prédispose à la seconde.

Fibro-sarcome du maxillaire inférieur. — M. LE FORT présente une tumeur du maxillaire inférieur dont il a fait l'ablation chez un homme de vingt-deux ans. Cette tumeur du volume d'un gros œuf, avait mis deux années à atteindre ce développement. Elle descendait jusqu'à la partie moyenne du cou, et semblait très-adhérente à la portion alvéolaire du maxillaire inférieur droit. Le développement et la situation des dents étaient normaux, excepté pour la deuxième petite molaire, située sur un plan plus profond que les autres dents et qui, au premier abord, semblait manquer. La tumeur était située trop en avant pour qu'on put lui donner pour origine le développement de la dent de sagesse.

Au palper, les doigts pouvaient percevoir une certaine élasticité au-dessous d'une enveloppe lisse et dure, mais ne donnant pas la sensation de crépitation parcheminée. L'examen histologique a montré que c'était un *fibro-sarcome*. — La séance est levée.

Le conseil municipal vient de voter la somme de 10,000 francs demandée par M. le préfet de police pour l'institution des secours médicaux de nuit dans Paris.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — En l'absence de M. le professeur Morel, retenu à Paris par le concours d'agrégation, et la Faculté n'ayant pas actuellement d'agrégé en anatomie, M. le professeur-adjoint Lallement est chargé non-seulement d'une partie, mais de la totalité de l'enseignement anatomique.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 11 décembre 1875, n° 3, rue de l'Abbaye; à trois heures et demie très-précises. — Ordre du jour : 1° renouvellement du bureau pour l'année 1876. — 2° Rapport de M. Perrin.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Granules de digitaline d'HOMOLLE et QUEVENNE

(auteurs de la découverte). — *Approbation de l'Académie de médecine. — Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris,etc.* — « C'est à tort que le nom de *digitaline* a été donné au produit cristallisé extrait de la digitale, puisqu'il ne possède pas l'action physiologique spéciale à cette plante.— Les médecins feront bien de continuer à prescrire la *digitaline de MM. Homolle et Quevenne* aux malades ne pouvant pas supporter la digitale. » (*Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, 1874, t. VIII, p. 397.)

N. B. — Pour éviter les imitations *inefficaces* ou *dangereuses* de la *véritable digitaline*, exiger les noms *Homolle* et *Quevenne* sur les étiquettes rondes qui scellent les bouts du flacon. et le nom *C. Collas*, dépositaire général, 8, *rue Dauphine*, Paris. — Le flacon : 3 francs.

Coton iodé du Dr Méhu préparé par **J. THOMAS**, *pharmacien de 1re classe, lauréat (médaille d'or), des hôpitaux, lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.*

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé du Dr Méhu*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Prix du flacon : 3 fr. 50. — 48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharmacies.

CHLOROSE, ANÉMIE

PILULES ET SIROP

FAVROT

AU PYROPHOSPHATE DE FER

ET DE MANGANÈSE CITRO-AMMONIACAL

CE SEL NE CONSTIPE PAS

Il fournit les éléments principaux du sang et des os. Son action est héroïque chez les enfants débiles, les convalescents, dans le traitement de l'anémie, de la chlorose, de l'aménorrhée et de la leucorrhée. Solubilité complète. Assimilation facile, saveur agréable.

Prix : 3 fr. Pharmacie FAVROT, 102, rue de Richelieu, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

Alcaloïdes, poisons, et tous médicaments dosés SOUS FORME DE **GRANULES ET DRAGÉES** PRÉPARÉS PAR

GARNIER-LAMOUREUX ET Cie

Plus de 15 ans d'existence ont établi la supériorité de nos produits. *Exiger notre cachet.*

Ph. **VIÉ-GARNIER**, 213, r. St-Honoré, Paris.

VIN ET SIROP IODO-PHOSPHATÉS

DE **QUINQUINA FERRUGINEUX**

de **VIÉ-GARNIER.**

Vin de Bugeaud toni-nutritif au quinquina et au cacao.

Les propriétés du **Vin de Bugeaud**, *préparé au vin d'Espagne*, étant celles des toniques radicaux et analeptiques réunis, ce médicament est indiqué dans *l'appauvrissement du sang*, dans *les névroses, les flueurs blanches, la diarrhée chronique, les pertes séminales involontaires, les hémorrhagies passives, les affections scorbutiques, la période de convalescence de toutes les fièvres.*

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

La vogue exceptionnelle acquise par le **Vin de Bugeaud** a éveillé la cupidité de certains industriels. *Les médecins et les malades* devront donc se tenir en garde contre les contrefaçons et les imitations offertes par quelques intermédiaires peu scrupuleux.

Dépôt général : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur, Paris.

Le **Vin de Bugeaud** se trouve dans toutes les principales pharmacies en France et à l'étranger.

Sirop reconstituant

D'Arséniate de fer soluble de A. CLERMONT

Licencié ès sciences, ex-interne des hôpitaux de Paris, Pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'Arséniate de fer **soluble** est reconnu d'une absorption, partant d'une efficacité plus régulière et plus sûre que celle de l'arséniate de fer **insoluble**.

Son emploi est naturellement indiqué dans la *chlorose*, *l'anémie*, la *cachexie paludéenne*, la *phthisie pulmonaire*, les *maladies de la peau*, les *névralgies*, le *diabète*, etc.

Chaque cuillerée à café représente exactement 1 milligramme d'Arséniate de fer **soluble**.

Ph. E. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris ET DANS TOUTES LES PHARMACIES. — Fl. 2 fr. 50. Vente en gros : E. GRILLON, 27, r. Rambuteau, Paris.

VIN MARIANI

à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. 5 francs la bouteille.

MARIANI, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

MALADIES DE LA PEAU

LES GRANULES

Et le Sirop d'Hydrocotyle asiatica

DE J. LÉPINE

Pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry

sont, d'après le Dr CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : **Eczéma, Psoriasis, Lichen, Prurigo, Dartres**, etc., etc.

Dépôt général à Paris : 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré, et pour la vente en gros : 99, r. d'Aboukir.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO. PHTHISIES, *Anémie*, **Rachitisme**, DIABÈTE, *Diarrhée*, **Cachexies**, *Albuminurie, la* **Convalescence**, *l'épuisement.* (Gros), 8, *r. Neuve-Saint-Augustin, Paris.*

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Médication balsamique.

Traitement curatif de la blennorrhagie et autres maladies des organes génitaux, récentes ou chroniques, par les **Perles Larrieu**. — A la cubébine et à l'essence de Santal. — Dose : 8 à 12 par jour. — Dépôt dans toutes les pharmacies, et 13, rue Turbigo, à Paris. Pharmacie Legentil.

Vins de quinquina titrés-diastasés d'OSSIAN HENRY, membre de l'Académie impériale de médecine.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ SIMPLE. — Titrant un gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extratif par 1,000 grammes. — *Tonique.* — *Fébrifuge.*

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose.* — *Anémie.* — *Longues convalescences*, etc.

VIN DE QUINQUINA IODÉ. — Contient 0,05 d'iode *pur* à l'état latent par 30 grammes de vin titré. — — *Scrofule.* — *Lymphatisme.* — *Phthisie*, etc.

Ces Vins, qui contiennent en outre de la *diastase*, sont facilement assimilables, ne constipent jamais, inaltérables, très-agréables au goût, d'une richesse inconnue jusqu'ici ; ils offrent les avantages qui s'attachent à l'emploi des préparations chimiquement définies.

Dépôt général : E. FOURNIER et Ce, 56, rue d'Anjou-St-Honoré, et dans toutes les pharmacies.

DIGESTIF COMPLET.

Élixir eupeptique Tisy à base

de pancréatine, diastase et pepsine correspondant à la digestion des corps gras, féculents et azotés.

La réunion des trois ferments eupeptiques assure à cet élixir son efficacité dans toutes les dyspepsies. La composition du véhicule lui donne une saveur agréable, et surtout une *stabilité* absolue, qui manque le plus souvent aux préparations ayant pour base des matières animales. — 30 centigrammes de diastase. 10 centigrammes de pepsine et 10 centigrammes de pancréatine.

Dépôt principal à la pharmacie faubourg Saint-Honoré, n° 20.

Pilules Duroy à l'extrait de sang. — ou Hématiques —

RECONSTITUANT GÉNÉRAL renfermant tous les principes extractifs azotés, les sels et minéraux du sang de bœuf, *sans exception*, c'est-à-dire *tous les matériaux de l'organisme.* Ce nouveau médicament, approuvé et ordonné par un grand nombre de médecins distingués, remplace et complète les ferrugineux, les phosphates, le quinquina, la pepsine, etc. — Dose moyenne : 4 pilules par jour ; — 4 francs le flacon de 100 Pilules dragéifiées inaltérables. — J. P. L. DUROY, PHARMACIEN LAURÉAT DE L'INSTITUT, 10, RUE DU FAUB.-MONTMARTRE, A PARIS, et toutes les pharm.

Le Fer assimilable.

Pilules martiales de R. Coquet

Les acides faibles de l'estomac dissolvent très-bien cette nouvelle préparation martiale, et l'état maladif est modifié dès les premiers jours.

Les personnes rebelles aux autres ferrugineux sont guéries chaque fois que le fer est indiqué. Succès constant, la constipation cesse.

Dépôt : pharmacie centrale, 7, rue de Jouy, Paris.

Affections de poitrine, rhumes

etc. — « J'ai prescrit plusieurs fois le **SIROP** antiphlogistique de **M. BRIANT**, il m'a paru remplir parfaitement l'effet qu'on doit en attendre.

« *Signé :* GUERSANT,

« Professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie.

« 28 novembre 1828. »

Pharmacie **BRIANT**, 150, rue de Rivoli, Paris.






PEPSINE BOUDAULT

SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, SUCCESSEUR DE BOUDAULT, 24, RUE DES LOMBARDS, A PARIS.

N° 146. — MARDI 14 DÉCEMBRE 1875. 48e ANNÉE. MARDI 14 DÉCEMBRE 1875. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

INTERÊTS PROFESSIONNELS

Le privilége accordé aux médecins par l'article 2101 § 3 du Code civil pour frais de la dernière maladie, doit s'appliquer à la dernière maladie qui a précédé l'événement qui donne lieu à la distribution, quelle qu'ait été l'issue heureuse ou malheureuse de cette maladie, alors même que les derniers soins auraient été donnés plus d'un an avant cet événement.

La dame d'A... de la R... a été atteinte d'une maladie de foie, pour laquelle M. le docteur Bacquias lui a donné des soins depuis le 4 septembre 1871 jusqu'au 2 août 1872.

Le mobilier de Mme d'A... de la R... a été vendu aux enchères publiques le 14 octobre 1873, et une contribution a été ouverte sur le prix au greffe du tribunal de Troyes.

M. le docteur Bacquias a demandé son admission par privilége pour la somme de 230 francs qui lui était due pour les soins donnés à Mme d'A... de la R...

M. le juge-commissaire l'a colloqué chirographairement seulement, et il a rejeté la demande d'admission par privilége par le motif que les soins donnés étaient antérieurs à l'année qui a précédé la vente mobilière dont le prix était en distribution.

Sur la plaidoirie de Me Babeau, avocat au barreau de Troyes, et de l'Association médicale de l'Aube, le tribunal a rendu le jugement suivant, dont l'importance ne saurait échapper à nos lecteurs :

« En ce qui concerne la contestation du sieur Bacquias ;

Attendu que Bacquias conteste le règlement provisoire de la contribution de la R...

Parce qu'il n'a été colloqué qu'au marc le franc, au lieu de l'être par privilége, pour une somme de 230 fr. pour frais de la dernière maladie de la dame de la R...

Attendu que, par ces mots : les frais de la dernière maladie, l'article 2101 du Code civil a entendu parler aussi bien de la maladie qui a précédé la déconfiture ou la faillite du débiteur que de celle qui a causé sa mort ;

Que non-seulement les motifs qui ont fait accorder un privilége au médecin sont applicables dans l'un comme dans l'autre cas, mais que les considérations les plus impérieuses d'humanité s'opposent à ce que le médecin dont les soins ont rappelé le malade à la vie, soit traité moins favorablement que celui qui n'a pu préserver son malade de la mort.

Sur le moyen de prescription :

Attendu que l'article 2101, qui a assigné une durée déterminée au privilége des gens de service et à celui des fournisseurs, n'a imposé aucune limite à celui du médecin, ce qui indique bien que dans la pensée du législateur ce privilége est attaché à la nature de la créance et dure autant que la créance elle-même, si la prescription édictée par l'article 2272 n'est pas invoquée ;

Attendu que, dans l'espèce, la prescription n'est opposée ni par le débiteur ni par aucun des créanciers qui auraient pu à cet égard user de la faculté ouverte à leur profit par l'article 2225 du code civil, qu'il n'appartenait pas au juge de les suppléer d'office;

Que c'est donc à tort que la collocation par privilége réclamée par le docteur Bacquias pour la somme de 230 francs, montant des honoraires à lui dus pour frais de la dernière maladie de la dame de la R..., a été rejetée du règlement provisoire; ...

Par ces motifs :

Réforme le règlement provisoire; en conséquence, ordonne que le docteur Bacquias sera colloqué par privilége pour la somme de 230 francs....

Autorise Bacquias à employer ses frais comme accessoires de sa créance. »

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Symptômes de cancer rapportés faussement à une péritonite chronique traumatique. Conclusions.

J'ai à vous entretenir d'un malade intéressant, chez lequel, pendant très-longtemps, nous sommes resté tout à fait éloigné du diagnostic et du pronostic. La cause de notre erreur tenait, comme cela a lieu souvent, à ce que le malade, de fort bonne foi, du reste, rapportait tous les symptômes fonctionnels qu'il éprouvait à un accident qui lui était arrivé quelque temps déjà avant son entrée à l'hôpital. Étant occupé à travailler sur un échafaudage, qui s'écroula, il fit une chute sur le côté droit. Depuis cette époque seulement, notre malade avait commencé à souffrir; jusque-là, il n'avait éprouvé aucun des symptômes de la maladie dont il est mort et que, très-évidemment, il portait déjà depuis longtemps. Je ne crois pas, comme

je vous l'ai déjà dit, qu'il voulut nous tromper; il est très-possible, en effet, qu'il ne ressentit rien avant son accident ; la lésion dont je vais vous entretenir ne donnant souvent pas lieu à des symptômes fonctionnels, il était naturel qu'il les attribuât à la chute qu'il avait faite. Mais, comme vous allez le voir, ces symptômes ne se rattachaient nullement à la lésion traumatique et étaient bien le fait d'une maladie ancienne, jusque-là complétement ignorée du malade, à un cancer du rectum.

Après sa chute, cet homme avait beaucoup souffert dans le côté droit; il avait eu plusieurs fractures de côtes, que le médecin qui l'avait traité attestait, du reste, et nous ne doutions pas nous-même que ce ne fut aux lésions qui en étaient résultées qu'il fallût rattacher la douleur qu'il éprouvait dans le côté, et probablement aussi les troubles qu'il accusait dans la région du foie.

A l'examen, il était facile de reconnaître la présence de fractures non consolidées. Nous n'avons pas, il est vrai, trouvé de crépitation, mais l'endolorissement, la gêne qu'il ressentait dans tout le côté droit, des vomissements qu'il avait éprouvés avant son entrée et qui se reproduisaient encore de temps en temps à l'hôpital, l'inappétence dont il se plaignait, le ballonnement du ventre et avec cela une constipation opiniâtre, tous ces faits me faisaient croire à l'existence d'une péritonite traumatique chronique, et me firent négliger l'exploration du rectum.

Quelques jours plus tard, un fait à peu près semblable s'était présenté à moi à propos d'une dame qui arrivait de province et qui venait me consulter pour des flueurs blanches, de la leucorrhée, du catarrhe utérin, des douleurs dans les épaules, les bras, les jambes, en un mot, pour tous ces troubles névropathiques que l'on est volontiers porté à mettre sur le compte d'une anémie avancée. Mécontente du traitement que je lui avais indiqué, et qui n'avait abouti à aucune amélioration, elle revint me voir quelques jours après. Ce fut alors qu'après l'avoir pressée de questions, j'appris que, non-seulement elle avait de la constipation, mais que ses selles étaient souvent mélangées d'un peu de sang et que, de temps en temps, elle rendait quelques glaires au lieu de matières fécales. J'explorai alors le vagin et le rectum, et je constatai dans celui-ci la présence d'un abominable cancer annulaire, ne proéminant nullement dans le calibre du vaisseau, dont les parois avaient conservé leur souplesse primitive.

Chez notre premier malade non plus, je n'avais pas été conduit à pratiquer l'exploration du rectum, et la vérité est qu'aucun symptôme ne pouvait attirer mon attention de ce côté. Cependant, à l'autopsie, nous avons trouvé, à 6 centimètres, environ au-dessus de l'anus, une tumeur cancéreuse disposée en plaques, c'est-à-dire n'occupant pas tout le pourtour de l'intestin, formant un bourrelet considérable avec ulcération à son centre, et qui cependant ne donnait lieu pendant la vie à aucune gêne mécanique dans l'expulsion des matières fécales. Vous rencontrerez souvent de ces individus qui deviennent cachectiques sans que l'on sache pourquoi, et qui sont porteurs d'un cancer du rectum, qui ne se manifeste par aucun symptôme fonctionnel, et dont le toucher rectal seul aurait pu faire reconnaître l'existence.

Bref, chez cet homme, le cancer n'avait nullement porté atteinte au volume de l'intestin, et les symptômes que le malade présentait pouvait être, à bon droit, rattachés à une péritonite traumatique chronique.

Dans les cas semblables, à l'autopsie, on trouve en effet le péritoine rouge, hypérémié, agglutiné par des fausses membranes; le foie enflammé a transmis l'inflammation à la séreuse ou bien il s'est produit du côté de l'épiploon, du mésentère, des déchirures entraînant des péritonites qui peuvent durer assez longtemps. J'ai même rencontré dans certains cas, des masses iléo-membraneuses, analogues à celle de la pelvi-péritonite.

Pendant trois semaines, c'est avec la certitude que nous avions réellement affaire à une péritonite traumatique chronique, que nous avons traité le malade, prescrivant des purgatifs, appliquant des vésicatoires sur le ventre, lui faisant même prendre de l'iodure de potassium, dans le but de dissoudre les fausses membranes dont nous supposions l'existence.

Ces moyens thérapeutiques n'aboutirent naturellement à aucun résultat; les vomissements se répétaient toujours de temps à autre; le malade dormait mal, il était triste, abattu, en un mot, dans l'état de ces individus qui, sans souffrir, s'attristent du degré de langueur dans lequel ils sont tombés.

Mais, il y a environ quinze jours, en pratiquant l'exploration de l'abdomen, je constatai la présence à gauche et à la partie inférieure du ventre, d'une tumeur dure, située au niveau de l'anneau inguinal dans l'orifice duquel elle était un peu engagée. Toujours pénétré de cette idée de péritonite chronique, rationnelle du reste, je crus qu'il y avait là tout simplement de l'épiploïte, conséquence de la péritonite, tout en manifestant cependant un certain étonnement de voir cette épiploïte ainsi circonscrite. Mais j'étais toujours si loin de la pensée d'un cancer, que je vous présentai ce malade comme porteur d'une épiploïte avec induration de la portion de l'épiploon faisant hernie dans le canal inguinal.

Les choses en étaient toujours là, quand je remarquai à droite de la paroi abdominale, une petite tumeur assez superficielle. Etait-ce un vieux fibrome qui avait jusque là échappé à notre investigation ou tout autre chose? Je ne me prononçai pas. En même temps nous voyions un épanchement se former dans le ventre avec tous les caractères de l'ascite, fluctuation, matité, etc.

Voyant l'état du malade s'empirer de plus en plus, je voulus m'assurer si la péritonite était suppurée et si l'abattement du malade ne devait pas être attribué à des phénomènes de septicémie qui accompagnent ordinairement la péritonite purulente. C'est alors que je pratiquai la ponction. On recueillit trois litres et demi environ d'un liquide parfaitement séreux ne contenant pas trace de pus à l'œil nu, sans leucocythes au microscope. Nous avions donc tout simplement affaire à une ascite surajoutée à la péritonite.

Mais la péritonite non suppurée, si chronique qu'elle fût, ne pouvait altérer la santé de notre malade d'une façon aussi notable, si elle n'était liée à un état tuberculeux, ou cancéreux. Le malade était trop vieux pour que l'on pût s'arrêter à la première de ces opinions et j'admis alors la pensée d'une péritonite cancéreuse.

En effet, après l'évacuation du liquide, nous pûmes alors constater l'existence d'une induration de tout le côté droit du ventre, induration que nous n'avions pu constater au début, et que plus tard l'épanchement nous empêchait d'apprécier. Cette fois le diagnostic était bien porté; nous étions en présence d'une péritonite chronique non suppurée, avec ascite, déterminée par la production de tumeurs cancéreuses dans la péritonite.

Le malade succomba, et nous pûmes constater à l'autopsie que la première tumeur que nous avions sentie dans l'épaisseur de la paroi abdominale était située derrière les aponévroses des grand et petit obliques, et qu'elle avait bien toutes

les qualités du cancer. La tumeur de l'hypochondre droit, qui s'était développée dans les couches externes du péritoine et les autres tumeurs du ventre, étaient également de nature cancéreuse. Enfin, dans l'épiploon, nous avons trouvé un noyau cancéreux, un autre dans le mésocôlon, et un troisième dans l'estomac, au niveau du pylore, dont il ne rétrécissait nullement l'orifice, et qui pouvait par conséquent exister depuis longtemps sans se manifester par le moindre trouble fonctionnel. Le foie, l'un des reins, le rectum étaient également cancéreux.

La conclusion de ces faits est celle-ci : tout en interrogeant le malade et en tenant grand compte des réponses qu'il fait à nos questions, il faut toujours se demander si c'est bien à la lésion traumatique qu'il faut attribuer les symptômes fonctionnels et même les signes physiques qu'il accuse. Très-souvent il n'y a là qu'une simple coïncidence. Ici, le malade reportait tous les troubles qu'il éprouvait à son accident qui a pu être pour quelque chose dans la rapidité de la marche avec laquelle le cancer a évolué vers sa fin, mais sa maladie était de beaucoup antérieure à sa chute. Toutes les fois donc que vous douterez du diagnostic, et surtout en présence de ces sujets faibles, débiles, qui s'épuisent sans cause apparente, vous devez soupçonner l'existence d'un cancer de l'estomac, du vagin chez les femmes ou du rectum chez l'homme.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC

Rareté actuelle du chancre simple (1).

Leçon recueillie par M. HUGONNEAU, interne du service.

IV

Eh bien, s'il en est ainsi, ne voyez-vous pas, messieurs, que le chancre syphilitique échappe à nos moyens destructeurs ? Ah ! vous pouvez le cautériser, le détruire ainsi que les tissus qui l'entourent, l'enlever même, si vous le voulez, avec un instrument tranchant; vous n'arrêterez pas l'infection, puisqu'elle est déjà un fait accompli ; vous n'empêcherez pas l'éclosion des germes morbides disséminés dans l'organisme, parce qu'il sont hors de votre atteinte, et que, par leur essence constitutionnelle, ils échappent à l'action brutale des agents physiques, chimiques ou mécaniques. C'est la vie elle-même qu'il faudrait modifier dans ce que ses actes ont de plus profond et de plus mystérieux ; et ce n'est pas avec un caustique ou le bistouri que vous y arriverez.

Ce caustique-là, au contraire, si vous l'appliquez sur le chancre simple au moment où vous en apercevez les premières traces, soyez sûrs qu'il ne manquera pas son effet destructeur, pourvu qu'il agisse jusqu'aux limites et même au-delà des limites de la sphère de virulence.

Vous êtes, au début, absolument maîtres du chancre simple, et vous n'avez d'autre préoccupation à avoir que le choix, le mode et la portée des moyens.

C'est le cas de dire ici : *Morte la bête, mort le venin !* Il n'y a d'autre conséquence possible que le dommage plus ou moins considérable causé sur le théâtre circonscrit de l'action morbide, par cette action elle-même et par les agents que vous lui opposez ; et ce dommage n'est, en général, qu'une perte de substance qui se cicatrise vite du jour où le principe virulent ne vient plus contrarier et annuler les tendances réparatrices inhérentes à l'organisme.

Ainsi, messieurs, dans le chancre simple, l'effet est immédiat et adéquat à la cause ; et cette cause, on peut la prendre sur le fait, en flagrant délit, et en faire sûre et prompte justice.

Je dis donc bien haut et j'affirme avec la plus profonde conviction que le chancre mou est une espèce vénérienne *fatalement condamnée à disparaître dans un bref délai*, pour peu qu'on veuille se donner la peine de la poursuivre et de la traquer dans ses repaires.

C'est une tâche qui n'est pas difficile ; on peut être certain des résultats. La médecine, l'hygiène, une police sanitaire bien entendue, vigilante et énergique, auraient dû nous en débarrasser depuis longtemps.

C'est un fait d'une importance considérable que *cette rareté si étonnante du chancre simple ;* et si elle continuait à s'accuser pendant quelques années dans les mêmes proportions, notre espoir sur son extinction prochaine serait bien près de devenir une réalité.

V

Il importe donc de rechercher les causes qui peuvent favoriser ou contrarier cet événement. C'est une étude, messieurs, à laquelle j'ai voulu vous préparer par quelques considérations sur les différences les plus fondamentales, les plus spécifiques entre les trois espèces de maladies vénériennes.

Parmi les causes qui ont le plus contribué à produire la diminution progressive du chancre simple, je crois qu'il faut tenir grand compte de l'hygiène générale, et, en particulier, de l'hygiène des organes génitaux. Les ablutions fréquentes, les soins de propreté sous toutes les formes avec les diverses substances qui sont habituellement en usage ; un examen minutieux et fréquemment réitéré des organes exposés, qui permet de surprendre le mal à son origine et d'obvier à son extension ; le recours immédiat au traitement radical, etc., etc., tels sont les principaux éléments de la prophylaxie du chancre simple, comme, du reste, des deux autres maladies vénériennes.

Mais il y a dans le chancre simple quelque chose d'extérieur, de superficiel, de facile à voir et à découvrir, qui peut mettre plus facilement à l'abri de ses atteintes, quand on se tient sur ses gardes.

Ainsi l'homme qui, avant de se livrer au coït, se donnera la peine d'examiner les organes génitaux de la femme, aura probablement la chance d'apercevoir cet ulcère, s'il y existe. Je doute qu'il échappe à ses regards. Ses bords taillés à pic, son fond pultacé, l'auréole inflammatoire qui l'entoure, le pus sanieux qu'il sécrète, toutes les particularités de sa symptomatologie trahissent sa présence.

Il n'en est pas de même du chancre syphilitique, qui tranche beaucoup moins la plupart du temps sur les parties voisines, suscite autour de lui infiniment moins d'inflammation, sécrète peu, n'a pas la même tendance à l'extension, est souvent ignoré, méconnu, et reste toujours, chez la femme surtout, dans un état de latence qui le rend fort dangereux. A plus forte raison les plaques muqueuses échapperont-elles à une inspection sommaire. Neuf fois sur dix elles seront prises, par ceux qui ne sont pas initiés à leur diagnostic, pour de simples boutons de chaleur.

VI.

La blennorrhagie elle-même, ne saute pas aux yeux aussi facilement que le chancre simple. Chez presque toutes les

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 23 septembre, 7, 28 octobre, 11, 16 25 novembre et 9 décembre.

femmes, les parties génitales sont constamment humides. Allez donc distinguer parmi tous ces flux qui se donnent rendez-vous à la vulve, ceux qui sont spécifiques et ceux qui ne le sont pas. Je ne parle que de la blennorrhagie dépouillée de l'appareil inflammatoire et plus ou moins généralisé qui signale surtout sa première phase. A cette époque elle serait assez facile à reconnaître. Mais plus tard, quand elle se confine dans l'urèthre et les glandes vulvo-uréthrales, dans les glandes vulvo-vaginales, dans les culs-de-sac du vagin, dans le col de la matrice, dans la matrice elle-même, comment voulez-vous qu'à la simple vue, et sans le secours du spéculum, quelqu'un qui n'est pas familiarisé avec ces recherches toujours délicates puisse se rendre compte de l'état de choses. Aussi combien de gens vous affirment qu'ils ont contracté la blennorrhagie avec des femmes qui n'avaient rien. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 11 décembre 1875. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Des localisations cérébrales. — M. CHARCOT, à l'occasion du procès-verbal, demande à ajouter quelques mots à la communication qu'il a faite dans la dernière séance, relativement aux localisations cérébrales. Voulant spécifier d'une façon bien précise ce qu'il croit pouvoir affirmer à ce sujet, il résume les faits qu'il a communiqués en disant qu'une lésion des deux tiers antérieurs de la capsule interne produit toujours de l'hémiplégie, et qu'une lésion de ses deux tiers postérieurs s'accompagne de tous les phénomènes qu'il a décrits sous le nom d'hémianesthésie cérébrale, c'est-à-dire d'une altération de tous les sens d'un même côté. Outre ces localisations dans les masses centrales du cerveau, il admet certaines localisations corticales. Enfin, il admet avec M. Broca que la faculté d'exprimer des idées par la parole a pour siége la troisième circonvolution cérébrale.

M. LABORDE a écouté avec grand intérêt, dans la dernière séance, la discussion qui s'est élevée entre MM. Charcot et Brown-Sequard, et s'excuse de prendre la parole après de tels maîtres sur le même sujet. Mais il lui semble qu'il y a lieu de revendiquer, en faveur de la pathologie expérimentale, une part plus grande que celle qui lui a été accordée par M. Charcot. Le physiologiste doit, avant toutes choses, chercher à se placer dans les conditions qui se rapprochent le plus de la pathologie humaine. Or, M. Laborde demande à M. Charcot la permission de lui reprocher de n'avoir pas tenu compte de faits expérimentaux qui viennent précisément à l'appui de sa manière de voir. Le chien que M. Charcot ne veut pas connaître peut cependant lui venir en aide. M. Veissière a fait, sur cet animal, des expériences relatives à l'hémianesthésie cérébrale qui concordent avec les faits signalés par M. Charcot chez l'homme. On peut, sur le chien, produire l'hémiplégie par la formation d'hémorrhagies, absolument dans les mêmes conditions que chez l'homme. Il en est de même pour l'hémorrhagie méningée. En résumé, la pathologie expérimentale apporte son contingent dans l'étude de la pathologie humaine et lui vient plus souvent en aide que ne semble le croire M. Charcot.

Quant à la communication de M. Joffroy, M. Laborde fait observer qu'il y a des cas d'hémorrhagie méningée dans lesquels se produisent des escarres qui peuvent même venir en aide au diagnostic du côté affecté du cerveau. La production des escarres ne coïncide donc pas seulement avec des lésions dans les lobes postérieurs.

M. BROWN-SEQUARD désire répondre aux critiques que M. Charcot a faites de ses opinions. Mais il ne voudrait pas aborder de prime-saut cette importante question des localisations cérébrales sans exposer auparavant les faits très-nombreux qui lui appartiennent et sur lesquels il appuie son opinion. M. Charcot, dit-il, a enlevé le terrain sous mes pieds en déclarant qu'il laissait le chien de côté. Je ne puis puis pas oublier que le chien vaut quelque chose. Les animaux parlent quelquefois alors que l'homme ne parle pas. En repoussant tout ce qui se rapporte à l'expérimentation, M. Charcot m'enlève mes moyens de défense. En outre, il déclare ne vouloir tenir aucun compte de toute observation remontant à plus d'une année; il n'est pas douteux, cependant, qu'il existe des milliers de faits observés avant ce temps, qui peuvent être justement invoqués dans la question des localisations cérébrales. En troisième lieu, M. Charcot a déclaré qu'en fait de localisations cérébrales, il n'admettait d'une façon absolue que celles qui avaient pour siége la capsule interne. Mais cette capsule interne n'est qu'un lieu de passage, qu'une voie de transmission qui ne peut être considérée comme un centre. Toutefois, M. Charcot a été aujourd'hui un peu plus loin en disant qu'il plaçait le centre de l'expression des idées par les paroles dans la troisième circonvolution cérébrale.

M. Charcot se dit surtout clinicien; mais tout en restant clinicien, et en recherchant tout ce qui peut aider au diagnostic, il ne saurait méconnaître l'importance, dans la question qui nous occupe, de la physiologie dont il s'est d'ailleurs servi lui-même avec tant de succès. Moi aussi, je suis clinicien; j'ai dû malheureusement perdre beaucoup de temps avec des malades et je n'ai jamais perdu de vue l'importance physiologique des faits pathologiques.

Si M. Charcot, ajoute M. Brown-Sequard, veut dire que, se placant au point de vue clinique, on doit considérer toute lésion de la troisième circonvolution cérébrale comme devant être fatalement suivie d'aphasie, nous sommes d'accord; mais il va plus loin et affirme que le seul organe de l'expression des idées par la parole est cette troisième circonvolution; alors l'accord n'est plus possible entre nous. D'une façon générale, je repousse toutes les localisations admises jusqu'ici par les auteurs. Les faits que je veux soumettre à l'examen de la Société ne peuvent laisser aucun doute, suivant moi, dans l'esprit de tout observateur sérieux. Ces faits détruisent absolument les localisations, telles qu'elles existent actuellement dans la science.

Ce préambule a surtout pour but de montrer que son intention est de fournir un terrain solide au début. C'est sur des faits seulement que je veux m'appuyer. J'en montrerai qui établiront d'une façon absolue que les lésions des parties les plus différentes du cerveau peuvent donner lieu à une paralysie du même côté; que de cette paralysie, par conséquent, il est impossible de conclure à l'existence de telle lésion des centres nerveux. En un mot, je n'avancerai aucune proposition sans avoir préalablement montré les faits sur lesquels je m'appuie. J'espère que M. Charcot voudra bien me suivre sur ce terrain.

M. CHARCOT répond à M. Brown-Sequard que, la question étant posée sur ce terrain, il devient auditeur et ne discute pas. Je ne sais pas, dit-il, s'il y a ou non des centres de localisation; je vois seulement des relations de symptômes ou des syndromes à lésions, et ne vais pas plus loin. Peut-être, ajoute-t-il dans le feu de l'improvisation, me suis-je montré un peu trop irrévérentieux envers le chien; je le regrette; mais chez l'homme, l'expérience est spontanée, pour ainsi dire, tandis qu'elle est provoquée chez le chien, ce qui est différent. Toutefois, du jour où, étant donné chez l'homme tel syndrome correspondant toujours à telle lésion, ce même syndrome sera reproduit exactement chez le chien, correspondant à la même lésion provoquée ou non, alors je me rangerai volontiers à l'opinion des physiologistes. Peut-être arrivera-t-on un jour à déterminer un certain nombre de centres; je ne crois pas que cela soit impossible, mais jusque-là, je continuerai à procéder par expérience et ne peut, par conséquent, me placer au point de vue de M. Brown-Sequard, dont, je le répète, je deviens l'auditeur attentif et désireux de s'instruire.

M. BROWN-SEQUARD avoue qu'il est désappointé de voir M. Charcot se retirer ainsi. La science, suivant lui, ne peut pas progresser sans critiques; or, s'il lui arrive d'émettre des propositions révolutionnaires, radicalement opposées aux idées généralement admises, M. Brown-Sequard sera déçu de ne pas rencontrer la critique de M. Charcot ou de tout autre aussi soucieux que lui des intérêts de la science.

M. CHARCOT déclare que tout ce qu'il peut faire pour M. Brown-

Sequard, si l'on veut bien lui permettre cette expression, sera de comparer les faits de la pathologie humaine avec ceux qu'il présentera à la Société et de dire s'il sont ou non en désaccord.

M. BROWN-SEQUARD remercie M. Charcot et annonce qu'il commencera dans la prochaine séance l'exposition des faits auxquels il a fait allusion.

Imbibition des tissus vivants par le carmin. — M. POUCHET a fait des expériences qui montrent que les tissus vivants peuvent être imbibés par le carmin. Il introduisit du carmin dans le sac lymphatique d'une grenouille, et remarqua, peu de temps après, que les tendons de cette grenouille étaient devenus rouges; les fibrilles et les cellules de ces tendons étaient également imbibées. La cornée, malgré sa ressemblance avec le tissu conjonctif, ne se colore pas par le carmin. Les cartilages, dont on a rapproché la cornée dans ces derniers temps, ne se colorent pas davantage. Les cellules épithéliales de la peau, non plus que celles de la muqueuse de la bouche, ne se colorent pas par cette substance. La couche des bâtonnets de la rétine fixe la nuance rose du carmin; mais cette nuance est moins accusée que celle du tissu lamineux. Les éléments nerveux de la rétine ne fixent point le carmin. Les muscles, le cristallin ne sont pas colorés.

M. PONCET fait observer que les expériences de M. Pouchet doivent être renouvelées au point de vue de la coloration des couches de la rétine, la couche des bâtonnets étant celle qui, en général, s'imbibe le plus difficilement.

M. HÉNOCQUE demande s'il s'agit là d'une véritable imbibition ou bien seulement du dépôt de particules colorées dans les leucocythes.

M. POUCHET répond qu'il s'agit bien d'une véritable imbibition.

Hémiplégie, hémianesthésie cérébrale. — M. DURET présente un malade, alcoolique, qui un soir en rentrant chez lui mit le feu à son oreiller et fut atteint de brûlure dans tout le côté gauche de la poitrine, et au bras du même côté. Il en résulta une escarre amenant une coagulation veineuse. Au onzième jour, alors que cette escarre était en voie d'élimination, le malade fut atteint d'une véritable hémiplégie gauche. Du côté de la face, les muscles étaient immobiles; si on faisait souffler le malade, ils se gonflaient davantage du côté gauche, du côté des yeux, pas de strabisme, mais l'œil gauche ne pouvait, comme le droit, suivre tous les mouvements du doigt. La sensibilité était complétement abolie dans les membres du côté gauche, à la face, sur la conjonctive oculaire et sur la muqueuse linguale du même côté; l'odorat était nul dans la narine gauche, le malade était sourd de l'oreille du même côté. La parole était embarassée, mais il n'y avait pas, à proprement parler, d'aphasie; l'intelligence était conservée. Cet état persista pendant quatre jours, puis disparut, le malade présenta deux autres attaques analogues, à courte distance, puis sortit presque complétement guéri.

Cet homme, alcoolique endurci, a présenté autrefois des attaques épileptiformes; depuis les accidents dont il vient d'être question, ces attaques épileptiformes qui se renouvellent beaucoup plus souvent, offrent ceci de particulier qu'elles débutent par le côté qui a été affecté d'hémiplégie.

M. Duret est disposé à rattacher, dans ce cas, les phénomènes observés à des thromboses veineuses s'étant produites à la suite de la brûlure. En outre, en sa qualité de buveur, cet homme a probablement de l'athérome des artères cérébrales. Les phénomènes d'hémianesthésie s'observe généralement quand l'artère sylvienne est lésée; or cette artère envoie des branches dans les expansions pédonculaires; la lésion de ces deux branches expliquerait la production simultanée de l'hémianesthésie de l'hémiplégie.

M. MAGNAN ne pense pas qu'on doive rattacher ces phénomènes à la brûlure, l'alcoolisme s'accompagne souvent d'hémiplégie et d'hémianesthésie; il n'est donc pas besoin d'invoquer d'autres causes chez ce malade.

Troubles trophiques consécutifs à la section du nerf médian. — M. DURET communique un autre fait : il s'agit d'un homme qui à la suite d'une lésion du nerf médian, offrit tous les phénomènes consécutifs à la section de ce nerf, et, quinze jours après, de véritables escarres occupaient toute l'épaisseur de la peau des doigts innervés par ce nerf.

Ablation complète du cervelet sur une poule, phénomènes habituels, puis retour à l'état normal. — M. LABORDE présente une poule chez laquelle, il y a un an et demi, il a complétement enlevé le cervelet. Pendant un mois cette poule a présenté tous les phénomènes connus, puis elle est revenue à l'état normal et est depuis ce temps sans présenter aucun phénomène particulier. Elle marche, elle a pondu des œufs et accepte le coq. Que s'est-il passé? C'est ce que M. Laborde apprendra prochainement, en faisant l'autopsie de cette poule.

Du placenta fœtal des pachydermes. — M. DASTRE a étudié ce placenta.

Chez le porc, les replis villeux qui constituent le placenta, sont disposés radiairement autour de petits foyers chauves ou glabres. La structure du stroma chorial est modifiée dans ces points. De plus, les villosités ne s'étendent point sur toute la surface du chorion : elles laissent libre, de part et d'autre d'une zone moyenne, deux bandes mal délimitées.

Chaque moitié du sac chorial se divise en trois zones : une zone moyenne à la fois vasculaire et villeuse; une zone seulement vasculaire mais non villeuse faisant suite à la précédente; enfin une troisième zone (*cornes du chorion*) qui n'est plus ni vasculaire ni villeuse.

Dans l'épaisseur du stroma chorial des ruminants et des pachydermes, on trouve en outre un réseau d'aspect crayeux, formé principalement par un dépôt de phosphate de chaux. Les *plaques choriales* de ce dépôt sont dans une relation intime avec la fonction du placenta fœtal. Or, chez les pachydermes, elles affectent la même situation que les villosités : elles existent seulement dans la zone moyenne.

Il y a donc là, chez les suidés, le rudiment de la disposition zonale, qui s'accentue chez les éléphants (*Proboscidiens*) et atteint son épanouissement chez les carnivores. — Le rapprochement fait par les auteurs entre les suidés et les ruminants n'admet pas de base : celui des suidés et des carnivores serait beaucoup mieux fondé.

M. Dastre fait remarquer que M. le professeur Turner d'Edimbourg est arrivé à la même conclusion, dans un mémoire inséré au *Journal of Anatomy and Physiology*, n° d'octobre 1875.

Le mémoire de M. Dastre était déposé à la Faculté des sciences, au moment où est parvenu à Paris le mémoire de Turner. La communication de M. Dastre n'avait pour objet que de faire constater la manière indépendante, dont il était parvenu aux mêmes résultats que le professeur Turner.

De la section du cordon ombilical. — M. BUDIN a cherché à déterminer, en se basant sur les conseils de son maître M. Tarnier, et sur soixante-quinze observations personnelles, à quel moment il convenait le mieux de pratiquer la ligature et la section du cordon ombilical. Il est arrivé à démontrer que si l'on pratique cette section immédiatement après la naissance, on empêche l'enfant de profiter de 92 grammes environ de sang du placenta, ce qui, chez l'adulte, équivaudrait à une saignée de 1,700 grammes. A ce point de vue, il convient donc de ne pratiquer la ligature et la section du cordon ombilical que une ou deux minutes environ après la cessation complète des battements vasculaires de cette tige. Mais cette pratique est-elle sans inconvénient pour la mère, au point de vue de la délivrance? On sait, en effet, que certains auteurs conseillent de laisser le placenta gorgé de sang pour rendre son décollement plus facile; mais M. Budin a pu s'assurer que le placenta vide de sang se décolle plus facilement et passe plus facilement à travers le col revenu sur lui-même, que celui qui est gorgé de sang. Toutefois, il aurait désiré faire un plus grand nombre d'expériences, mais il a dû céder devant les réclamations des *tireuses de cordon* de la Maternité.

M. PARROT n'admet pas qu'on puisse comparer la section du cordon à une saignée qui serait faite à l'enfant, puisqu'il se fait une

compensation, une sorte d'équilibre entre le sang que l'enfant reçoit et celui qu'il rend par les artères ombilicales.

M. DUMONTPALLIER pense que le meilleur moyen de savoir si l'enfant gagne ou non à n'être point séparé immédiatement de la mère serait de le peser au moment de sa sortie et quelques minutes après.

M. BUDIN partage l'opinion de M. Dumontpallier, mais déclare que ce moyen n'est pas pratique.

M. PAUL BERT fait observer qu'il y aurait cependant un grand intérêt à faire l'expérience proposée par M. Dumontpallier.

Après un échange d'observations sur ce sujet entre MM. Budin, Javal, Paul Bert et Hénocque, la séance est levée à cinq heures trois quarts.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne.

PREMIÈRE LETTRE.

LA FACULTÉ DE NANCY ET LA FACULTÉ DE STRASBOURG EN 1875.

Strasbourg, 30 octobre 1875.

Monsieur le directeur,

Pendant que les universités libres s'organisent, publient leurs statuts et leurs programmes; pendant que le département de l'instruction publique prépare avec une sage lenteur les projets qui doivent maintenir nos facultés universitaires dans le haut rang qui leur appartient comme seuls établissements scientifiques nationaux, il sera peut-être fructueux, en tous cas opportun de jeter un coup d'œil sur l'enseignement supérieur de l'Allemagne et de se rendre compte de l'état actuel des universités des deux empires.

D'estimables travaux ont été déjà publiés et accueillis avec un empressement significatif : les rapports de MM. Wurtz et Jaccoud, les intéressants articles de M. Pouchet ont été beaucoup lus dans notre public médical en particulier ; ce ne sont pas là les seuls qu'il faudrait citer et louer, et l'organisation des universités allemandes est à peu de chose près généralement bien connue. Mais, ce que ces travaux n'ont pu signaler, c'est le mouvement considérable qui s'opère à l'heure présente, pour doter toutes les universités de l'Allemagne du Nord et du Sud, notamment les Facultés de médecine de locaux véritablement splendides par leur spaciosité, leur agencement bien entendu, et la richesse d'un matériel toujours augmenté, toujours renouvelé et admirablement entretenu. C'est là un point capital que je voudrais mettre en lumière et sur lequel, il est de toute nécessité de fixer son attention, si l'on veut en haut lieu, apporter enfin quelque amélioration au régime matériel déplorable auquel sont soumises nos Facultés. Je n'ajouterai pas qu'à ce mouvement matériel correspond, se marie un mouvement scientifique qui justifie le premier : c'est pour remplir les laboratoires de professeurs, d'assistants, d'élèves, de médecins étrangers que sont édifiés ces véritables palais. Je n'aurai garde de négliger l'étude de ce mouvement : les deux se complètent et s'expliquent l'un par l'autre.

Au début d'une étude comme celle que nous commençons, il est bon de marquer par quelque trait l'état d'esprit dans lequel elle doit être faite. La France est certainement un des pays où se rencontrent, même à l'heure présente, le plus grand nombre d'esprits à ce point alourdis par les exagérations d'une vanité nationale insupportable à la plupart des nations étrangères, qu'ils se déclarent encore satisfaits en tous points de l'état des diverses branches de nos services publics, et prêts à soutenir que l'Europe nous les envie. Pour ceux-là sans doute, les Facultés de médecine particulièrement ne font entendre que des plaintes vaines quand elles réclament pour leurs professeurs des laboratoires où les élèves puissent, sous les yeux du maître et avec son concours, s'exercer aux manipulations pratiques, complément indispensable de la plus vulgaire connaissance en histologie, en anatomie pathologique, en chimie minérale, organique, physiologique; quand elles réclament pour l'enseignement oral même un nombre plus considérable de professeurs et le concours réellement effectif de tous ces jeunes maîtres, qui, comme agrégés, médecins et chirurgiens des hôpitaux, prosecteurs, aides d'anatomie, seconds désignés, en un mot, des professeurs en titre; quand enfin elles demandent pour tous ces maîtres des traitements dignes des hautes fonctions qu'ils remplissent et qui leur permettent de trouver dans le *seul* enseignement la possibilité de vivre honorablement.

Pour d'autres au contraire, et c'est là un travers qui n'est point aussi rare qu'on pourrait le croire dans les hautes sphères de notre enseignement, rien de ce qui se fait ne serait admis à l'honneur d'une comparaison avec l'étranger; programme des cours, matières et esprit de l'enseignement, tout est à revoir, tout est à refaire, et un enseignement ainsi donné sera aussi peu profitable au professeur dont il paralyse les recherches, entrave l'initiative, éteint le zèle, qu'aux élèves qu'il maintient dans un esprit de routine scientifique incapable de provoquer un travail nouveau, une vue originale. Nous n'avons que faire de mettre ici des noms : qu'importent les personnes? Mais ces deux situations d'esprit si différentes et également remplies de danger ne sont-elles pas incompatibles avec une saine et juste appréciation de ce qui est et de ce qui devrait être. Les réformes sont bien difficiles à opérer alors dans la mesure convenable et possible, à un degré compatible avec l'état d'esprit moyen qui fait l'opinion publique que l'on ne doit ni entraver, ni repousser, ni précipiter. Le *est modus in rebus* est plus difficile que jamais à observer dans la situation douloureuse où d'épouvantables désastres ont jeté le pays : les uns, sans espoir, disposés à tout incriminer parce qu'ils expliquent un abaissement soi-disant irrémédiable par des causes générales et profondes, irrémédiables elles-mêmes; les autres, prêts à tout conserver, parce qu'ils ne voient plus, à la place de longues et persistantes catastrophes, que des accidents passagers.

Entre ces deux extrêmes, il faut savoir se maintenir : il faut se rendre compte de ce qui est déjà bien en harmonie avec les habitudes intellectuelles de ceux qui enseignent et de ceux qui écoutent; de l'esprit scientifique du pays. Car quoique la science n'ait point de patrie, on ne saurait douter qu'elle revête dans son expression et dans sa vulgarisation, une forme qui diffère selon le génie de la race. Il faut aussi savoir louer et admirer ce qui mérite de l'être en son propre pays, on n'est que plus à l'aise pour s'arrêter à ce qui est défectueux, à saisir et mettre en relief les erreurs et les lacunes, et provoquer au besoin par des critiques vigoureuses, les réformes indispensables.

Paris, en ce qui concerne l'enseignement supérieur des sciences et particulièrement de la médecine, offre des ressources telles que nulle autre ville en Europe ne pourrait l'effacer. C'est là un fait qui, tout d'abord s'impose à celui qui veut étudier notre enseignement. La multiplicité et la richesse de nos hôpitaux nous fournit un enseignement clinique sans rival, et l'affluence des hommes instruits, éminents, animés d'un vrai zèle pour la science et sa propagation, est grande; d'où vient donc que tant de critiques aient pu s'élever justes et fondées, contre l'enseignement supérieur des sciences, en particulier des sciences médicales. Je passe sous silence, vous le sentez bien, monsieur, les critiques qui viennent d'un parti intéressé à discréditer l'enseignement supérieur national, pour des causes qu'on ne connaît que trop aujourd'hui, et je ne fais état que de celles qu'ont formulées ceux qui ont souffert de l'état de choses incriminé, et qui sont aujourd'hui des maîtres dans notre Faculté, ceux qui en souffrent maintenant encore comme élèves, les hommes publics enfin qui ont à cœur tout ce qui touche à l'enseignement supérieur des sciences.

Deux causes capitales entravent l'enseignement supérieur des sciences en France : c'est d'abord l'absence d'organisation dans les Facultés, avec tous les agents matériels qui la rendent possible et fructueuse, *organisation et matériel que seul l'État peut et doit lui donner*; c'est ensuite l'absence d'une certaine *liberté d'action* pour les Facultés elles-mêmes.

Ce sont dans ces deux faits qu'il faut chercher non point la cause de l'infériorité de la science française : cette infériorité, qu'il est trop facile de démentir à l'aide des grands noms et des grands travaux qui illustrent notre pays, n'existe que pour les esprits de mauvaise foi intéressés au dehors et à l'intérieur à tout nier par jalousie, par haine nationale, ou bien par esprit de réaction et de secte. Ce

sont dans ces deux seuls faits qu'il faut chercher ce soi-disant manque d'élan, et ces prétendues résistances à tout esprit de réforme.

Revenons, monsieur, au véritable objet de cette lettre qui est d'examiner avec attention et à un double point de vue, quels progrès, quelles améliorations capitales s'opèrent dans les universités du nouvel empire allemand. Je vous parlerai aujourd'hui de l'université de Strasbourg; mais auparavant permettez-moi de vous donner ici quelques notes sur la Faculté de Nancy qui achève péniblement une organisation qui est et restera, je le crains, des plus modestes.

Nul n'a oublié les controverses qui ont précédé la translation de l'ancienne Faculté de Strasbourg, devenue ville prussienne, dans la vieille capitale de la Lorraine : la rivalité de Lyon et de Nancy est encore présente à toutes les mémoires, ainsi que la perplexité de M. Jules Simon, alors ministre de l'instruction publique. Lyon offrait d'incontestables avantages : l'importance de la ville, sa nombreuse population ouvrière, ses grands hôpitaux, ses ressources financières considérables, tout militait pour la seconde capitale de France, et cependant Nancy l'emporta grâce aux promesses magnifiques de sa municipalité et à l'appui des députés de l'Est. On ajoutait encore qu'il était nécessaire d'avoir du côté de l'Allemagne un centre médical où les travaux et les idées allemandes pussent trouver un facile écho, qu'à ce point de vue encore Nancy était le seul successeur possible de Strasbourg.

La Faculté de Nancy a déjà trois ans d'existence : son installation est à peu de chose près terminée, il est donc facile de se rendre compte aujourd'hui de son importance, de son organisation, de son matériel, de son avenir enfin.

Je suis assez de l'avis de ces touristes, monsieur, pour qui Nancy n'est qu'une vaste et belle nécropole, silencieuse et solitaire. Nancy est un Versailles au petit pied ; il lui reste un air vraiment royal avec sa gracieuse place Stanislas, ses arcs de triomphe, sa carrière, et ses palais : tous ces souvenirs princiers donnent certes à Nancy un rang honorable dans l'histoire artistique de nos villes de province, mais ils sont des titres bien pauvres quand il s'agit de devenir le centre d'un enseignement scientifique aussi important que celui d'une université dans le sens ancien du mot.

Nancy possède, en effet, à l'heure présente, les quatre facultés de droit, de lettres, de sciences et de médecine : il ne lui manque qu'une faculté de théologie. C'est, cependant, avec regret que, j'y ai entendu se plaindre des personnes en situation de bien connaître le sujet qu'elles traitaient, de ce que ce centre d'enseignement n'eût pas rendu à Nancy quelque chose de sa vie, de son mouvement, de son éclat passés. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Jeudi 9 décembre 1875, M. le vice-recteur de l'Académie de Paris a installé M. Vulpian, comme doyen de la Faculté, en remplacement de M. Wurtz, démissionnaire.

— Par décret en date du 9 décembre, ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur : MM. Dupont, médecin de première classe de la marine, et Claudeville, infirmier chef à l'hôpital maritime de Rochefort.

— Le conseil municipal de Paris, sur le rapport de M. Germer-Baillière et malgré l'opposition de M. le préfet de la Seine, a voté dans sa séance du 10 décembre, les subventions suivantes : 1° à la Faculté de médecine, 100,000 francs; — 2° à la Faculté des sciences, 75,000 francs; — 3° à l'école de pharmacie, 75,000 francs; — 4° à l'école des hautes études, 50,000 francs.

— M. le docteur Paul Dubois a présenté au conseil municipal de Paris le vœu suivant, qui a été renvoyé à la 4e commission.

Considérant : 1° Qu'un certain nombre de malades tels que les phthisiques et ceux atteints d'une affection chronique, sont dans l'impossibilité d'être admis dans les hôpitaux de Paris.

2° Qu'à ces malades, aux consultations du matin dans les hôpitaux, il leur est presque toujours répondu : il n'y a plus de lits, allez au bureau central.

3° Qu'au bureau central, il leur est souvent fait la même réponse : il n'y a plus de lits, revenez demain.

4° Que, d'après les renseignements donnés par M. le directeur de l'Assistance publique, sur 90,000 malades entrés dans une année dans les hôpitaux, 80,000 ont été directement admis aux consultations des hôpitaux, et 10,000 seulement à celles du bureau central.

Les soussignés ont l'honneur d'émettre le vœu que M. le directeur de l'Assistance publique, s'inspirant des raisons d'humanité que réclame cette situation, veuille bien mettre fin à ces voyages interminables à travers Paris que l'on fait subir à ces pauvres malades, qui, surtout dans la saison rigoureuse, ne font qu'aggraver leur état; en supprimant le bureau central qui, n'étant plus au centre des hôpitaux, comme lors de sa création, n'a plus sa raison d'être.

— *Cours public d'anatomie pathologique, pathologie et chirurgie des voies urinaires.* — M. le docteur Mallez commencera le mardi 14 décembre, à 7 heures et demie du soir, n° 3, rue Christine, pour le continuer les jeudis et mardis suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 147. — JEUDI 16 DÉCEMBRE 1875. 48e ANNÉE. JEUDI 16 DÉCEMBRE 1875. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la seconde partie de son discours, M. Jules Guérin a interprété à sa manière les faits qui lui étaient objectés. La question est maintenant très-nettement posée. On devrait pouvoir la résoudre par une simple constatation expérimentale. Malheureusement, cette constatation n'est pas facile à rendre évidente, tant s'en faut.

En effet, voici sur quelles bases est appuyée la doctrine moderne. Toutes les fois qu'un rayon lumineux doit pénétrer dans un milieu plus réfringent que le milieu qu'il quitte, il peut se former une image par la réflexion d'une partie de ce rayon. Cette image est d'autant plus nette, d'autant plus visible, que la différence de réfringence entre les milieux successifs est plus grande. Quant à ses dimensions, elle peut varier suivant diverses conditions : avec l'éloignement de l'objet, avec le degré de courbure de la surface réfléchissante, enfin lorsqu'il s'agit d'un appareil dioptrique composé tel que l'œil, avec la situation réciproque des divers éléments de cet appareil.

Dans l'œil, les milieux dont la surface peut réfléchir une partie du rayon lumineux et donner une image, sont : 1° d'abord la cornée; 2° le cristallin; 3° le corps vitré, et 4° la rétine. Dans les expériences relatives à l'accommodation, on a soin de placer le corps lumineux et l'observateur assez obliquement par rapport à l'axe de l'œil pour rendre impossible la perception de l'image rétinienne. Il n'en reste donc plus que trois : 1° celle de la cornée, très-brillante, car le rayon de lumière aborde la cornée au sortir d'un milieu infiniment mieux réfringent, l'air atmosphérique; 2° l'image formée à la surface du cristallin : bien moins intense que la précédente, parce que la différence de réfringence est beaucoup moindre entre le cristallin et l'humeur aqueuse qu'entre la cornée et l'atmosphère, elle paraît plus grande, parce qu'elle n'est perçue par l'observateur, qu'étant agrandie par son retour à travers la cornée; 3° une troisième image, à peine visible, car c'est à peine s'il existe un peu de différence entre les degrés de réfringence du cristallin et du corps vitré.

Or, tout repose sur cette troisième image.

En effet, M. Jules Guérin admet très-bien, comme tout le monde, ce rapetissement de la seconde image pendant les efforts d'accommodation. Ce rapetissement, il l'explique par un fait connexe. Il est établi que cette image se rapproche alors de la première, de l'image cornéenne. Or, si le cristallin en masse se rapprochait de la cornée, l'image diminuerait, comme lorsqu'on approche un objet d'un verre grossissant, sans qu'il fut besoin de supposer une augmentation de courbure.

Mais si les choses se passent bien ainsi, si le cristallin tout entier se rapproche de la cornée sans changer de forme, la distance de la seconde à la troisième image ne devra pas s'accroître, puisque la surface antérieure du corps vitré devra suivre le cristallin dans son mouvement de projection en avant, et cette troisième image diminuera aussi, proportionnellement à la seconde et par la même cause.

Or, les adversaires de M. Guérin, tout en reconnaissant que la troisième image a paru diminuer, soutiennent qu'elle s'est éloignée de la seconde. Par conséquent, le cristallin aurait augmenté d'épaisseur en même temps que de courbure, en restant dans le même plan.

M. Guérin objecte qu'on a pu se tromper sur la situation véritable d'une image si peu distincte; que, d'ailleurs, le rapetissement simultané de la seconde et de la troisième image, en écartant leurs bords, a pu les faire paraître plus éloignées l'une de l'autre, sans qu'elles le fussent en effet. Il rappelle que, d'après l'ouvrage de M. Maurice Perrin même, l'aplatissement circulaire du cristallin ne pourrait pas être expliqué d'une manière satisfaisante. Que les principales fibres contractiles du corps ciliaire sont disposées de manière à pouvoir tirer le cristallin en avant, mais non pas le serrer avec assez de vigueur pour en augmenter la courbure. La fameuse expérience de l'accommodation réalisée par l'électricité sur un œil privé de ses muscles serait donc aussi bien explicable dans sa théorie que dans l'autre.

Mais s'il est certain que l'image presque indistincte produite à la surface du corps vitré s'éloigne notablement de l'image cristallinienne pendant les efforts d'accommodation, sa théorie s'écroule, malgré tous les faits à l'appui, empruntés soit à sa clinique, soit à celle de Bonnet (de Lyon), etc., malgré l'autorité qu'ajoute à quelques-uns de ces faits le contrôle attentif de M. Dechambre.

Seulement, pour la constatation des distances et des dimensions relatives des trois images, il serait mieux de pouvoir se passer de l'emploi des verres grossissants. En effet, avec cette méthode de grossissement dernièrement préconisée en Allemagne, non-seulement on affaiblit encore la troisième image,

mais on peut augmenter presque à volonté les chances d'erreur, suivant la situation qu'on donne aux trois images par rapport à la circonférence ou à l'axe des verres qui les reçoivent et les agrandissent.

Dr Victor REVILLOUT.

Au moment où s'ouvre, devant la Société de Biologie, une discussion sur les *Localisations cérébrales*, nous croyons devoir appeler l'attention de nos lecteurs sur la *Physiologie du système nerveux* et sur les *Recherches expérimentales* que notre collaborateur, M. Edouard Fournié, a publié en 1872 et en 1873. (Paris, Adr. Delahaye.)

Le premier de ces ouvrages, par les idées neuves qu'il renferme sur les fonctions cérébrales, peut être considéré comme le préambule indispensable de l'expérimentation sur le cerveau.

Le second donne le résultat de quarante expériences pratiquées sur le chien dans le but d'établir expérimentalement le rôle fonctionnel des couches optiques, des corps striés et des circonvolutions cérébrales.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LAILLER.

Les teignes, le favus.

DEUXIÈME LEÇON.

Le favus, teigne faveuse, *tinæa favosa*, *porrigo*, *lupinosa* de Will, a été connu de tout temps, seulement sa nature ne l'est que depuis peu. C'est une affection caractérisée à sa période d'état, lorsqu'elle est dans tout son épanouissement, par des croûtes jaune soufré, plus ou moins épaisses, déprimées en godet à leur centre, sèches, pulvérulentes, tantôt simples et isolées, tantôt mélangées de croûtes purulentes et de squames. Ces godets sont comme enchâssés dans le derme, qui est rouge au-dessous. Le favus détermine une coloration et un aspect terne des cheveux qui sont atrophiés, et quelquefois remplis de spores. Cette affection détermine, après une longue durée, une alopécie plus ou moins considérable et définitive.

Les croûtes faviques, en certaine quantité, donnent lieu à une odeur particulière, dite odeur de souris, très-reconnaissable quand on l'a sentie une fois et qui, pour cette raison, dans certaines circonstances, constitue un élément de diagnostic précieux.

Le favus est contagieux, et la découverte de ce fait ne date guère que de notre époque, car il y a une trentaine d'années à peine, Alibert ne l'admettait pas encore. Non-seulement le favus est contagieux, mais il est inoculable à l'homme et aux animaux, à condition toutefois qu'on prenne comme terrain de jeunes sujets. Cette condition paraît indispensable pour l'inoculation.

Le début du favus est extrêmement insidieux : à cette époque, il passe inaperçu des familles et échappe même à l'attention du médecin, et ce n'est que lorsqu'il a revêtu certains caractères qu'on peut seulement le reconnaître. Voici, d'après les expériences de M. Bazin, qui a fait des inoculations du favus, non pas sur le cuir chevelu, mais sur les membres, comment les choses se passent dans ce cas. Le premier symptôme qui apparaît après le dépôt dans l'épaisseur du derme des spores du favus, c'est une rougeur qui, après un certain nombre de jours, revêt une forme circinnée. Certains points de la circonférence deviennent un peu plus saillants, la circonférence de ces points saillants s'élève elle-même davantage, tandis que le centre reste à son niveau primitif. On a ainsi une sorte de godet. M. Bazin a conclu qu'il fallait environ quarante jours pour l'évolution complète du godet favique. Quand ce godet est isolé, il est presque toujours traversé par un poil. L'apparence du favus est, du reste, très-différente suivant son siége.

Quand on étudie l'évolution d'une récidive, d'une poussée nouvelle de favus au cuir chevelu, voici ce qu'on observe : je suppose un malade qui a été épilé une première fois. Au bout d'un certain temps, huit ou dix jours après l'épilation, on voit apparaître çà et là, sur le cuir chevelu, une pustule miliaire très-petite dans laquelle, lorsqu'on la rompt, on ne trouve que du pus, même à l'examen microscopique. Au bout de quelques jours, la pustule se sèche, sans se rompre, et en quatre, cinq six ou huit jours au plus, elle prend une forme de godet au lieu de la forme globuleuse qu'elle avait primitivement. Cela est constant. Toutes les fois qu'on y regarde d'un peu près, le début de la récidive est marqué par une pustule. Cette façon d'être du favus explique l'opinion erronée de M. Cazenave, qui fait du favus une affection pustuleuse. Une fois développé, le godet s'étend indéfiniment en plaques plus ou moins larges, qui venant à se rencontrer les unes avec les autres, ne tardent pas à devenir confluentes.

Telle est, en quelques mots, l'évolution de l'éruption du favus. Pénétrons maintenant dans les détails et faisons l'examen microscopique des lésions.

Cet examen doit être fait à un grossissement de 200 à 300 diamètres à peu près pour les spores, et lorsqu'on est assez heureux pour pouvoir le faire sur une coupe de cuir chevelu, un grossissement de 100 diamètres suffit. Quand on examine ainsi les godets, on trouve, dans les cas douteux, c'est-à-dire lorsque le godet n'est pas bien net, du pus, des cellules épidermiques, et de plus, çà et là, quelques tubes de mycélium. Quant, au contraire, on a affaire à de la matière faveuse pure, on voit qu'elle est presque exclusivement constituée par une masse énorme de spores et par un certain nombre de tubes de mycélium pleins ou vides.

Ces spores ont été découvertes à Berlin, par Schœnlein, en 1839. Il les désigna sous le nom d'*achorion Schœnleinii*. Montagne les appelait *oidium porriginis*; Lebel, *oidium Schœnleinii*; Gruby, *porrigo phyton*, *mycoderme de la teigne*. Ces spores varient assez souvent de volume, sans que l'on sache bien pourquoi; cela paraît tenir à l'ancienneté de l'affection, au terrain sur lequel elle s'est développée, etc. Le diamètre moyen des spores est d'environ 4 à 6 millièmes de millimètre. Ces spores sont tantôt isolées, tantôt groupées, mais on peut toujours les dissocier. Elles sont rondes habituellement, quelquefois un peu oblongues ou bien polygonales; en général, elles forment des espèces de carrés. Quelquefois elles se réunissent bout à bout et prennent l'apparence d'un tænia; ailleurs, après s'être ainsi réunies bout à bout, elles se ramifient. La plupart du temps, elles sont entremêlées de tubes de mycélium, les uns allongés, à parois très-minces et presque toujours vides; les autres plus larges, renfermant des spores (tubes sporophores).

Suivant un certain nombre d'auteurs, et surtout Allier, d'Iéna, l'*achorion Schœnleinii* dériverait du *penicelium glaucum*, et, d'après lui, la culture rendrait à l'achorion la forme et l'apparence du *penicelium*. Des études faites par un médecin suédois en ce moment dans notre service, corroboreraient ce fait. D'un autre côté, la thèse de M. Gigart, élève de l'école de Lyon, nous apprend qu'un professeur de cette école,

M. Gailleton, aurait échoué dans des tentatives de culture analogues.

Le siége du favus, lorsque celui-ci évolue, paraît être intra-épidermique, c'est-à-dire qu'il se développe dans l'épiderme, probablement entre la couche corticale et la couche de Malpighi. Telle est l'opinion de M. Bazin, mais je n'ai pas jusqu'à ce jour recueilli de preuves suffisantes à l'appui de ce fait assez difficile à vérifier parce que, dès que le champignon se développe, il ne tarde pas à rompre l'épiderme et à venir s'épanouir à l'air.

Il y a trois formes, ou plutôt trois degrés de favus :

1° La *forme urcéolaire*, en godet, qui est discrète ; c'est, en général, la forme de début. On l'observe sur la limite des éruptions au cuir chevelu, dans le favus accidentel ; c'est la forme de l'inoculation;

2° La *forme scutiforme*, en écu, nummulaire, et qui quelquefois devient annelée, le centre de la plaque se guérissant par alopécie. On l'appelle scutiforme, parce qu'au siècle dernier la teigne s'appelait teigne aux petits écus.

3° Enfin, une variété beaucoup plus abondante, c'est le *favus squarreux*, *montagneux*.

Au début du favus, les cheveux ne présentent rien de particulier, mais à la période d'état, voici ce qu'on trouve la plupart du temps. Les cheveux sont beaucoup plus rares; ceux qui répondent aux plaques sont décolorés, pâlis, et c'est surtout de loin que cette décoloration devient très-appréciable. Ils sont d'une couleur gris souris, qui tranche sur le reste des cheveux que la lésion n'a pas encore atteints. Au microscope, ils ne paraissent pas envahis par le champignon, mais ils sont atrophiés, altérés, amincis, inégaux à leur surface, fragiles, mais seulement par atrophie et, quand ils sont infiltrés de spores, ce qui arrive rarement, par dissociation de leurs éléments. Le bouton des cheveux est lui-même petit, atrophié, courbé en crosse; le cuir chevelu, entre les croûtes, est livide, foncé.

Chez un malade atteint de favus et dont le cuir chevelu a été nettoyé, c'est-à-dire débarrassé de ses croûtes, le derme est rouge, lisse ; les orifices pileux très-visibles ; et il y a, de plus, dans le favus invétéré, une alopécie partielle définitive.

Supposons maintenant le malade non-seulement débarrassé de ses croûtes, mais épilé. Ici, le derme est extrêmement rouge, comme verni : les contours de la surface malade sont bien nets, parfaitement délimités, signe important, car il permet de faire le diagnostic, alors qu'il n'y a plus d'autre élément. Les cheveux repoussent lentement, comparés par exemple à ceux de la teigne tondante, qui ne sont que cassés et qui ont, pour ainsi dire, moins de chemin à parcourir. Quand ils commencent à reparaître, ils sont clair-semés, ils ne se montrent qu'à des périodes différentes, et quelquefois il faut des années avant que le malade arrive à les récupérer complétement ; en outre, ils sont fins, lanugineux, mais sans parasite. Chez les vieux faviques, ils sont ondulés, fait dû à ce que la cicatrisation s'étant faite à la surface de l'épiderme, ils ne trouvent plus d'orifice pileux et serpentent sous lui avant de trouver une issue.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 décembre 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Christison (d'Édimbourg), récemment élu membre associé étranger.

2° Un travail de M. Commaille, intitulé : *Chimie pathologique. Pancréatite suppurée, diabète sucré. Analyse chimique et examen histologique*. (Comm. : MM. Hérard, Gubler et Moreau.)

ÉLECTION

L'Académie procède, par voie de scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national.

La commission présente les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Bourgeois (d'Étampes);

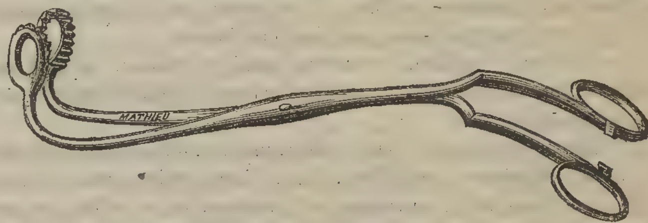
En deuxième ligne, M. Courty (de Montpellier);

En troisième ligne, *ex æquo*, MM. Bourguet (d'Aix), Denucé (de Bordeaux), Duboué (de Pau), Hergott (de Nancy).

Le nombre des votants étant de 58, majorité 30, M. Bourgeois obtient 30 suffrages, M. Courty 19, M. Hergott 3, MM. Bourguet, Denucé, Duboué chacun 2. En conséquence, M. Bourgeois est proclamé membre correspondant national.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

Nouvelle pince pour extraire les polypes des fosses nasales postérieures. — M. Ch. Fauvel présente à l'Académie une nouvelle pince construite par M. Mathieu sur ses indications



et dont la forme permet, en passant par la bouche, derrière le voile du palais, d'aller arracher les gros polypes des fosses nasales postérieures.

L'extrémité des branches fortement recourbée en crochet est terminée par des mors fenêtrés et garnis de fortes dents, les branches, vers les anneaux, sont coudées de façon à laisser libre le champ visuel.

A l'aide de cette pince il a déjà opéré avec succès trois malade atteints de gros polypes des fosses nasales postérieures.

LECTURE

M. Oulmont lit un travail intitulé : *De l'aconit, de ses préparations, et de l'aconitine*. L'auteur, frappé de l'inégalité d'action des diverses préparations d'aconit, et des dangers qu'elle pouvait faire courir aux praticiens peu habitués à manier un médicament aussi énergique, a entrepris une sorte de révision des propriétés pharmaco-dynamiques et thérapeutiques de ce médicament. Il a institué une série d'expériences sur les chiens et comparativement sur l'homme, dans le but de déterminer quelles étaient, dans l'aconit, les parties actives et celles qui ne l'étaient pas, de chercher dans quelles mesures cette activité se trouvait influencée soit par l'état physique de la plante, soit par sa provenance, soit enfin par son mode de préparation.

Voici les résultats auxquels il est parvenu.

Il a trouvé que l'action de l'aconit était variable : 1° suivant la partie de la plante employée, sans parler des conditions particulières de localités, de saison favorable, de dessication, etc.

2° Suivant la provenance de la plante,

3° Suivant les préparations,

On peut dire, en général, que les feuilles, les fleurs, les tiges, les semences, ont une action incertaine et presque nulle ; que les racines renferment les principes actifs, et que les racines diffèrent d'activité suivant la provenance. L'aconit des jardins est moins actif que celui des montagnes, celui des Vosges moins actif que celui de Suisse.

Appliquant ces données à la pharmacodynamique et à la thérapeutique, l'auteur a résumé son travail dans les conclusions suivantes :

1° Les alcoolatures de feuilles fraîches, de tiges, de fleurs et de semences d'aconit sont à peu près inertes à doses faibles : on peut

les porter chez les animaux à 30 et 40 grammes, et chez l'homme à 15 et 20 grammes, sans produire d'effets appréciables.

2° Les alcoolatures de racines fraîches sont beaucoup plus actives et doivent n'être prescrites qu'à faible dose à raison de leur inégalité d'action, qui est due à la présence de l'eau de végétation dans les racines.

3° Les teintures d'aconit sont des préparations actives. La teinture de racines l'est plus que la teinture de feuilles sèches. Toutes deux ont une action assez incertaine et inégale. Elles sont difficiles à doser exactement, et exercent sur la muqueuse du pharynx une impression désagréable et persistante.

4° L'extrait de feuilles du codex peut être donné aux doses de 5 à 7 grammes sans produire autre chose que des effets physiologiques très-modérés. C'est une préparation dans laquelle on ne peut avoir confiance.

5° L'extrait de racines sèches, préparé avec l'aconit des Vosges est beaucoup plus actif. Il renferme, en effet, tous les principes actifs de la plante; son action est égale et régulière; il est facile à administrer et à doser dans les plus petites proportions. C'est la préparation qui me paraît devoir être préférée à cause de la certitude de ses effets. On peut l'administrer au début à la dose de deux ou trois centigrammes par jour, et la porter graduellement jusqu'à 10 et 15 centigrammes sans produire d'accidents.

L'aconit du Dauphiné, et surtout celui de Suisse, doivent être rejétés à cause de la violence de leur action et de la difficulté qu'on éprouve à les doser.

6° Enfin l'aconitine est un médicament d'une grande énergie. C'est une substance cristallisée, fine, d'une action bien définie et régulière. Seulement, en raison de la violence de ses effets, et peut-être aussi à cause des variétés encore mal déterminées de cet alcaloïde, on ne peut l'administrer aux malades qu'avec une certaine prudence.

L'aconitine exerce des effets physiologiques et thérapeutiques à la dose de un quart de milligr.; elle peut, néanmoins, quand on procède graduellement, être portée jusqu'à la dose de un et même deux milligr. par jour sans provoquer d'accidents.

7° Quelle que soit la préparation d'aconit qu'on emploie, à l'exception de l'alcoolature de feuilles, elle doit toujours être administrée à petites doses, et n'être augmentée que graduellement et par quantités fractionnées.

DISCUSSION SUR LA MYOPIE.

M. J. GUÉRIN continue le discours qu'il avait commencé mardi dernier. Il rappelle qu'au début de la discussion il avait admis deux espèces de myopie, la myopie optique et la myopie mécanique. C'était cette dernière qu'il avait eu surtout en vue et qu'il avait combattue avec succès par la myotomie oculaire.

L'existence de la myopie mécanique avait semblé être mise en doute par les contradicteurs de M. J. Guérin; elle avait du moins été considérée comme exceptionnelle. Mais M. Maurice Perrin, dans l'improvisation brillante qu'il a faite dans la dernière séance, a donné son opinion; il a accordé une part considérable à la myopie mécanique tout en faisant des réserves.

Mais ce n'est pas assez pour satisfaire M. Jules Guérin; pour lui, la myopie mécanique n'est pas un accident, une fausse myopie, comme l'a prétendu M. Maurice Perrin. C'est, au contraire, la myopie normale, fondamentale, la vraie myopie en un mot.

La myopie, suivant l'orateur, est un état permanent d'une phase particulière de l'accommodation. Celle-ci étant, comme M. J. Guérin pense l'avoir démontrée, le résultat d'une des modifications non de la courbure du cristallin, mais de l'action des muscles de l'œil, la myopie n'est que la conséquence de la rétraction des mêmes muscles.

M. J. Guérin ne regarde pas comme probante en faveur de la théorie nouvelle de l'accommodation l'expérience dont a parlé M. Perrin, et qui consiste, après avoir enlevé les muscles de l'œil, à faire passer par cet organe un courant électrique. Le changement de courbure du cristallin, qui serait alors déterminé par la contraction électrique du muscle de l'accommodation, produirait des modifications dans la forme et les rapports des images visuelles, qui seraient une preuve irréfragable de l'action de ce muscle.

M. Jules Guérin dit que des trois images admises par les auteurs deux seulement sont réelles, celle qui est formée sur la face postérieure de la cornée et celle qui se forme sur la face antérieure du cristallin. Quant à la troisième, qui serait formée sur la face postérieure du cristallin, elle n'est pas possible, puisqu'il n'y a pas là de miroir courbe : elle résulte seulement de la réflexion sur l'humeur vitrée formant un miroir concave. Quant aux changements de forme et de situation des images, ils seraient plutôt, suivant lui, le résultat des modifications du globe oculaire.

Tout changement de rapport des milieux de l'œil implique le changement de la forme des images. Tous les myopes ont des images visuelles de dimension plus grande que lorsqu'ils ont été opérés par la myotomie.

Le rapprochement du cristallin et de la cornée change également les dimensions des images. Or, ce rapprochement, qui est la conséquence de l'action musculaire, est admis par les contradicteurs de M. Jules Guérin, ainsi que l'orateur cherche à le démontrer par des citations empruntées à MM. Perrin et Giraud-Teulon.

Voilà donc deux conditions capitales conformes à la doctrine de M. Jules Guérin, que l'orateur trouve implicitement contenue dans les livres de ses contradicteurs.

M. Jules Guérin ne veut pas méconnaître les progrès que l'école de Donders a fait faire à l'ophthalmologie, mais, suivant lui, ces progrès sont d'ordre secondaire. Sans doute, depuis Donders, on met plus de précision dans l'examen des yeux, grâce aux instruments perfectionnés; on a inventé la géométrie optique, et enfin on a établi une nomenclature digne de faire envie à M. Piorry. Mais là se borne le bilan des progrès de l'ophthalmologie dûs à la nouvelle école.

M. Jules Guérin, répondant à l'objection que la myopie mécanique serait une espèce de myopie exceptionnelle, déclare que ces cas de myopie prétendus exceptionnels se comptent par centaines.

Alors qu'il avait une clinique, il a eu l'occasion d'en observer un très-grand nombre, dont les observations ont été recueillies par M. Dechambre, membre de cette Académie. Dans un mémoire écrit, il y a vingt-cinq ans déjà, par M. Dechambre sur ce sujet, il est établi que, sur 45 cas de myopie, 34 ont été opérés avec succès par la myotomie.

Des résultats analogues ont été obtenus et publiés par M. Bonnet (de Lyon), Guépin (de Nantes), Philipp, etc.

M. Giraud Teulon, de son côté, déclare que, dans 100 cas de strabisme, il a observé 75 fois la myopie dans 100 cas de strabisme divergent, il a observé 70 cas de myopie et d'hypermétropie. Enfin, dans tous les cas, il y avait raccourcissement musculaire ou plutôt, dit-il, simple disproportion de longueur entre les muscles sains.

Qu'est-ce donc, s'écrie l'orateur, que cette disproportion de longueur si ce n'est une véritable rétraction musculaire?

M. Giraud-Teulon donne ici sans le vouloir une preuve évidente en faveur de la doctrine de la myopie par la rétraction musculaire. La myopie véritable a des caractères qui démontrent qu'elle procède toujours de la rétraction musculaire. Elle accompagne souvent le strabisme, modifiée et guérie avec lui par la myotomie, preuve évidente de son origine musculaire.

Il y a des myopies acquises par l'accommodation habituelle de la vue à courte distance; il se fait alors dans les muscles de l'œil une modification, un raccourcissement qui, avec le temps, devient permanente et produit la myopie.

Il y a des myopies héréditaires que la myotomie guérit ou améliore d'une manière remarquable.

Quant à la myopie optique, M. Jules Guérin l'admet, bien qu'il n'en ait jamais vu un seul exemple.

Il conclut en disant que la myopie mécanique n'est pas un accident mais constitue la myopie normale fondamentale, la myopie véritable, susceptible de se modifier selon les variations de la rétraction musculaire.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 décembre 1875. — Présidence de M. Woillez.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS

M. CONSTANTIN PAUL présente, en son nom, une brochure intitulée : *Le violet de Paris, réactif des urines ictériques.*

Il a entrepris, sur cette substance, un très-grand nombre d'expériences, qu'il divise en trois séries : dans la première série, il a eu pour but de rechercher comment se comporte le violet de Paris vis-à-vis des réactifs non colorés.

Le violet de Paris, dit-il, mis au contact de certaines substances incolores, acides ou alcalines, change de couleur par le fait d'une action chimique et non par suite du mélange des couleurs.

Dans la deuxième série d'expériences, M. Constantin Paul a eu pour but d'étudier l'altération du violet de Paris par l'urine commune. Ces expériences l'ont conduit à cette conclusion que l'urine ordinaire, qui est jaune, loin de donner, avec le violet de Paris, un simple mélange plus ou moins rouge donne une nuance bleue très-franche, quand on la regarde par transparence.

Enfin, dans la troisième série d'expériences, il a vu que si, au lieu d'une urine commune, on prend une urine ictérique, le violet passe au rouge; ce qui n'a pas lieu avec un mélange d'urine et de bile. Il résulte de tout ceci que le violet de Paris est un réactif précieux des urines ictériques; il est plus net et plus sensible que l'acide nitrique. Il n'est pourtant pas un réactif spécifique exclusif.

COMMUNICATIONS

De la mort subite pendant ou après la thoracentèse. — M. MARROTTE, à l'occasion du procès-verbal, présente quelques considérations relativement à l'observation communiquée dans la séance du 23 juillet par M. Legroux. (Voyez *Gazette des Hôpitaux*, numéro du 27 juillet 1875). On se rappelle que, dans cette observation, il s'agissait d'un cas de mort subite après la thoracentèse, et que M. Legroux avait cru devoir attribuer la mort, dans ce cas, à une syncope. C'est aussi l'avis de M. Marrotte, seulement il pense que la syncope s'est produite pour d'autres raisons que celles invoquées par M. Legroux; suivant lui, c'est la station assise, dans laquelle se trouvait le malade à ce moment, qui a été la cause déterminante de la mort. Toutefois, M. Marrotte admet qu'on fasse également intervenir dans les cas de ce genre, la dérivation sanguine résultant de de l'évacuation d'une grande quantité de liquide; mais ce qui lui fait attacher autant d'importance à la station assise, comme cause déterminante de la mort, c'est que la même chose s'observe dans d'autres maladies, en particulier, dans la fièvre typhoïde. En effet, pendant la même année, dans le service de M. Gendrin et dans le sien, on a constaté sept cas de mort subite pendant la convalescence de la fièvre typhoïde; or, chaque fois, la mort était survenue pendant que les malades étaient assis. Il est inutile d'ajouter que ces malades étaient d'ailleurs prédisposés à la syncope par une très-grande faiblesse. Mais il n'en est pas moins vrai que, dans ces cas comme dans celui de M. Legroux, la syncope mortelle s'est produite pendant la station assise. Dans cette hypothèse, la thoracentèse en elle-même ne serait absolument pour rien dans la mort du malade de M. Legroux. Cependant il en ressortirait cette indication de ne jamais pratiquer cette opération, le malade étant assis.

M. DESNOS rappelle que, dans le cas de M. Legroux, il a été très-manifestement constaté, à l'autopsie, l'existence d'une congestion pulmonaire. Il est impossible de ne pas en tenir compte au point de vue des causes de la mort subite.

Tænia présentant une coloration spéciale. — M. LABOULBÈNE soignait, il y a quelque temps, un malade qui avait habité pendant longtemps l'Amérique, qui avait subi de grandes fatigues pendant la guerre de sécession, éprouvé des revers de fortune et mené depuis une vie fort aventureuse. Cet homme, qui a été soigné par Trousseau et par M. Leroy de Méricourt, présentait depuis longtemps des phénomènes épileptiformes très-marqués. Cependant ni Trousseau, ni M. Leroy de Méricourt n'ont jamais cru qu'il fût atteint d'une épilepsie vraie. Il y a peu de temps, ce malade apporta à M. Laboulbène des débris noirâtres qu'il avait trouvés dans ses garde-robes. M. Laboulbène examina ces fragments avec soin et reconnut qu'il s'agissait d'anneaux de tænia; il prescrivit alors un tænicide, qui fit rendre au malade un tænia vivant, ne mesurant pas moins de six mètres et offrant cette particularité qu'il était d'une coloration ardoisée. S'agit-il là d'une espèce nouvelle spéciale? C'est à M. Davaine que M. Laboulbène a confié le soin de le déterminer. La femme du malade prétendait que les nègres rendaient assez souvent des vers ainsi noirâtres. M. Laboulbène n'avait jamais eu jusqu'ici l'occasion d'observer un cas semblable; c'est pourquoi il a cru devoir le communiquer à ses collègues de la Société.

M. CONSTANTIN PAUL s'est beaucoup occupé, dans ces dernières années, de la question des tænicides, et est parvenu à trouver un moyen de faire rendre facilement les tænias. Or, depuis assez longtemps déjà, il n'a fait rendre que des tænias inermes. Autrefois, au contraire, le tænia armé était celui qu'on rencontrait le plus souvent en France. En outre, M. Constantin Paul a remarqué chez ces tœnias inermes des différences assez marquées; ainsi, les uns étaient très-pigmentés à la tête, les autres ne l'étaient pas du tout, si bien qu'on pourrait distinguer les tænias à tête blanche des tænias à tête noire. Il ne saurait expliquer ces différences, et demande à ce sujet des renseignements à M. Laboulbène.

M. LABOULBÈNE dit qu'à l'hôpital Necker il fait rendre généralement un tænia armé pour vingt tænias inermes. Plusieurs différences bien tranchées séparent les uns des autres; le tænia inerme, sous l'influence du tænifuge, s'échappe spontanément; il se montre très-agile et doué de mouvements amiboïdes très-accusés; en outre, il est plus grand, plus large que le tænia armé; vu de face, il présente quatre ventouses noirâtres, pigmentées; il a généralement la tête repliée sur le corps, tandis que le tœnia armé a la tête droite. Enfin, ce dernier paraît provenir du porc, tandis que le tænia inerme paraît provenir du veau ou du bœuf. M. Laboulbène est disposé à admettre que l'usage des viandes crues ou saignantes contribue beaucoup à la production des tænias.

M. CONSTANTIN PAUL présente également quelques considérations sur les caractères distinctifs du tænia armé et du tænia inerme.

Il fait observer en outre que, lorsqu'on administre un tænicide, il arrive souvent que la tête du tænia se casse et qu'on a ensuite beaucoup de peine à le retrouver et à s'assurer si le tænia a été rendu en totalité. Pour éviter cet inconvénient, M. Constantin Paul recommande au malade d'aller à la garde-robe dans un seau plein d'eau; de cette façon, on est certain de retrouver exactement toutes les parties du tænia qui ont été rendues.

M. LABOULBÈNE fait observer qu'il suffit de faire prendre au malade un lavement d'eau simple avant l'administration du tænicide. C'est à l'écorce de grenadier qu'il donne la préférence. En général, les malades sous l'influence de cet apozème, sont pris de vertiges quelques heures avant de rendre le tænia, c'est-à-dire deux ou trois heures après l'administration du médicament.

M. LIBERMANN dit avoir vu au Texas des débris de tænia présentant une coloration très-foncée. Or, le malade dont a parlé M. Laboulbène avait séjourné pendant assez longtemps dans ce pays; il serait donc possible qu'il fût fréquent d'y rencontrer des tænias de cette espèce particulière.

A quatre heures et demi la Société se forme en comité secret pour entendre une communication relative au service des médecins des hôpitaux.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

En ce qui concerne la Faculté de médecine sur laquelle on devait naturellement compter pour amener dans ces rues trop souvent

(1) Suite. — Voir le numéro du 14 décembre.

couvertes d'herbe, tout ce que la jeunesse studieuse amène avec elle, Nancy espérait beaucoup : aujourd'hui chacun paraît fixé et, je dois le dire, d'une manière peu favorable.

Les causes de cet état de choses étaient faciles à prévoir et elles ont été singulièrement aggravées, disons-le en toute franchise, par la conduite de la municipalité nancéienne. Nancy désirait à tout prix posséder l'ancienne Faculté de Strasbourg, et pour ce, il n'est pas de promesses qui n'aient été faites; des crédits importants devaient être ouverts; la ville ne reculerait pas devant de gros emprunts; les donations étaient prêtes; l'installation serait à coup sûr splendide. Hélas! monsieur, les promesses des nancéiens valent ce que valent toutes les promesses du monde : beaucoup promettre, ne rien ou peu donner, est une excellente devise en politique d'État ou de simple municipalité. Le siége de la Faculté de médecine est aujourd'hui à Nancy : qu'importe au nancéiens, disciples du docteur Pangloss, que le véritable siége de la Faculté de médecine de l'Est soit resté en ancienne terre française outre-Vosges? Quelque délicat que soit ce sujet à traiter, permettez-moi d'insister, monsieur, en vous citant des faits et en vous persuadant que je ne suis ici l'écho que de personnes aussi compétentes que modérées.

Ainsi donc, tandis que au nom de la topographie, les nancéiens rêvaient pour leur ville l'avenir et la valeur scientifiques de Strasbourg, au nom de cette même topographie, il était facile de démontrer que Nancy n'y pouvait et n'y pourrait jamais prétendre : une barrière, les Vosges, avait tout d'abord moralement séparé trop longtemps la Lorraine française de l'Alsace : il serait difficile de se figurer quel peu d'écho la science allemande, revêtant à Strasbourg la forme française, avait à l'école secondaire de Nancy, si l'on n'écoutait les plaintes de l'ancien personnel enseignant de Strasbourg : d'un mot je vous peindrai l'état dans lequel languissaient les hôpitaux et la clinique à Nancy, en vous disant qu'en 1872, à trois heures de Strasbourg, le thermomètre, le sphygmographe, les matelas d'eau y étaient objets sinon inconnus, du moins non en usage.

La richesse de l'enseignement clinique, à cause du nombre des hôpitaux et de leur grandeur, à Paris, richesse que nous admirions tout à l'heure, fait admirablement comprendre que sans cliniques et sans malades, il ne peut y avoir d'enseignement médical : c'est à ce point de vue que la ville de Nancy nous paraît tenir une conduite singulière vis-à-vis la Faculté. Deux bicoques, l'hôpital Saint-Charles et l'hôpital Saint-Léon sont les seuls siéges de l'enseignement clinique actif à Nancy. L'hôpital Saint-Léon contient soixante-six à soixante-dix lits environ, lesquels sont partagés entre les deux services de clinique chirurgicale; l'hôpital Saint-Charles contient quatre-vingt à quatre-vingt-dix lits partagés en deux services de clinique médicale. Une maison de secours et un hôpital Saint-Jean sont le refuge des femmes enceintes, des vieillards et des vénériens. Ces services avec leur exiguité pouvaient sans doute suffire à l'activité scientifique de l'ancienne école secondaire, mais la Faculté actuelle ne saurait s'en contenter : c'est du moins l'avis du vénérable doyen, M. Stoltz et de ses savants collègues strasbourgeois. Malgré l'évidence d'une pareille thèse, les yeux des nancéiens ne sont point encore dessillés et vous croiriez difficilement que depuis 1872, époque de son installation à Nancy, la Faculté réfugiée bataille avec une riche communauté religieuse de femmes, bien connue pour l'importance de ses biens immobiliers dans l'Est de la France et en Autriche, la maison Saint-Charles, propriétaire de l'hôpital Saint-Charles et de nombreuses dépendances, pour agrandir quelque peu ses services médicaux. La communauté occupe les trois-quarts des bâtiments de l'hôpital et n'entend pas reculer devant les prétentions réunies des professeurs de la Faculté et de leur clientèle hospitalière : la question n'est point vidée du reste, le sera-t-elle de longtemps?

Il n'est pas trop, on le comprend bien, de tout le mérite et de tout le patriotisme des professeurs et des agrégés de Strasbourg, arrivés à Nancy, et tenus d'y rester en s'accommodant des prétentions de leurs nouveaux compatriotes, pour remédier aux graves inconvénients qui résultent d'un pareil état de choses et s'efforcer d'améliorer la situation de la Faculté en dépit de résistances publiques ou secrètes.

C'est ici qu'il faut rendre justice à l'esprit d'organisation des maîtres de Strasbourg, si français de cœur et d'esprit. S'il est possible de faire mentir le vieil adage *ex nihilo nihil*, les nouveaux professeurs titulaires de la Faculté de Nancy l'ont fait; s'il est possible de créer des laboratoires, une bibliothèque, un musée, avec des crédits dérisoires, avec des budgets scientifiques français, c'est-à-dire presque nuls, on peut dire sans exagération que cela a été fait à Nancy. La Faculté a été placée dans un assez vaste bâtiment, place de Grève, à côté des bâtiments de l'Académie occupés par les trois autres Facultés : l'école primaire supérieure occupait antérieurement ce local.

La façade de la Faculté n'est point somptueuse, mais, il faut le reconnaître, l'air et le jour abondent à l'intérieur : une cour assez spacieuse sépare la façade d'une aile principale et du corps du bâtiment qu'il a fallu édifier dans le fond; l'ensemble constituant un carré long, libre sur trois côtés et séparé par une assez large bande de terrain de l'Académie.

On dirait évidemment que la ville de Nancy en installant la Faculté de médecine tant désirée et tous les services, toutes les chaires qui en dépendent dans cette ancienne école primaire, a eu comme une sorte de vue sur le sort futur du nouvel établissement scientifique qu'elle possédait enfin. Loin de faire comme leurs voisins les Prussiens qui commencent, ainsi que j'aurai plus d'une fois l'occasion de vous le dire, par édifier des bâtiments et des laboratoires splendides de spaciosité et de *comfort scientifique*, pensant justement que c'est de cette sorte que l'on peut attirer les élèves et les étrangers, les nancéiens fixés d'avance sur l'importance qu'aura leur Faculté dans l'avenir, n'ont point cru devoir se mettre en frais. Vous remarquerez en passant le cercle vicieux dans lequel ils s'enferment. Pour qu'une Faculté prospère, il faut qu'elle groupe autour de ses chaires et dans ses laboratoires un grand nombre d'étudiants et d'étrangers, docteurs ou élèves. Or le seul moyen d'attirer à soi tout ce monde qui apporte la vie, le mouvement, l'activité productrice, c'est d'offrir à tout venant de vastes locaux et une installation riche et commode : mais attendre que cette affluence se produise pour commencer à entreprendre les travaux qui doivent au contraire l'attirer et la conserver, c'est simplement mettre la charrue avant les bœufs et attendre que ceux-ci la tirent pour tracer de fertiles sillons.

L'organisation des laboratoires, des cabinets de travail, des amphithéâtres est du reste satisfaisante et bien comprise, étant donnée la petite échelle sur laquelle l'installation s'est faite : vous dire par exemple que MM. Feltz, Ritter ont apporté leurs soins à l'agencement des laboratoires de chimie analytique, de physiologie normale et pathologique doit suffire. Déjà à Strasbourg, en 1866, les chaires de physique, de chimie et d'anatomie pathologique avaient été pourvues de laboratoires et d'amphithéâtres construits sur le modèle de ceux d'outre-Rhin et dont l'agencement et les dimensions étaient très-satisfaisants : ces laboratoires construits sur les indications de nos professeurs strasbourgeois, servent aujourd'hui à l'enseignement des professeurs prussiens, en attendant que, comme je vous le dirai plus loin, le splendide palais que l'on élève dans notre ancienne ville soit terminé.

Disons, pour être juste, que plusieurs professeurs de l'école de Lyon et de la Faculté de Montpellier, accompagnés d'architectes, ont visité ces laboratoires et ont rendu hommage à l'esprit pratique et organisateur des maîtres de la Faculté de Nancy : les uns, ceux de Montpellier ont regretté pour leur ville une semblable installation; les autres, ceux de Lyon, ont su prendre conseil, se réservant naturellement d'aller chercher un peu plus loin les grands modèles.

Quant à notre grande Faculté de Paris, les quelques disciples qu'elle a envoyés de ce côté, jeunes médecins des hôpitaux ou simples observateurs libres, tous sont réduits à désirer sans réserve pour elle, les modestes locaux de la Faculté nancéienne : les laboratoires de MM. Feltz, Ritter, Rameaux, etc., sont de véritables palais avec leur bon air, leur grand jour ensoleillé, leur matériel à peu près complet, à côté des *loges de portier* qui servent aux travaux de nos savants maîtres de Paris, de MM. les professeurs Robin, Béclard et Vulpian, et des quelques fidèles qui ont eu la bonne fortune, le privilége de trouver à côté d'eux une petite place. Je ne crains pas de dire que les chiens ou les lapins en expérience, de M. Ritter, sont mieux logés que les quatre ou cinq étudiants qui s'asphyxient ou

s'empoisonnent dans les cellules malsaines de MM. les professeurs Vulpian ou Robin.

Une bonne fortune pour la Faculté de Nancy a été l'acceptation de ses chaires par le corps enseignant de Strasbourg : les noms de Stoltz, de Feltz, de Ritter, Morel, Beaunis, Rameaux, Michel, Tourde, Hirtz (dont on regrette, à l'hôpital Saint-Charles, la longue absence), etc., rappellent assez de beaux titres à l'estime du monde médical pour qu'il soit utile d'insister. A côté du corps des professeurs titulaires se trouvent les anciens agrégés de Strasbourg, qui, comme M. Bernheim, ont eu la modestie, le désintéressement et le patriotisme de préférer, malgré leur mérite, la position relativement secondaire et peu lucrative d'agrégés près la Faculté de Nancy celle de professeurs extraordinaires et même ordinaires (rétribuée comme on sait en Allemagne), qui leur était offerte par le gouvernement prussien à la nouvelle université de Strasbourg. Après les titulaires et les agrégés, il faut citer les anciens professeurs de l'école secondaire nommés professeurs adjoints ou suppléants et qui, comme M. le docteur Pointcarré, professeur adjoint d'hygiène, M. Lallement, professeur adjoint d'anatomie, ont apporté à la nouvelle Faculté leur concours apprécié. Ces suppléances et ces adjuvats ne seront du reste point maintenus : c'est un état purement transitoire; il a fallu respecter des situations honorablement acquises, quoique moins difficilement que dans une Faculté : le concours remplacera par la reconstitution du corps éminent des agrégés, fort restreint actuellement, le vide fait par chaque extinction.

Cette organisation de laboratoires et d'amphithéâtres, tout à fait distincts et éloignés les uns des autres, a permis de donner une véritable importance aux exercices pratiques, grand avantage pour les élèves : ces exercices pratiques sont faits sous la direction du titulaire ou de son adjoint dans les deux semestres d'hiver et d'été. On sent par là le voisinage de l'Allemagne dont on a ici maintenu, sinon l'esprit, du moins la méthode générale. Les élèves sont en contact fréquent avec le maître, travaillent avec lui et sous ses yeux. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Bordeaux. — La distribution des prix pour l'année 1874-1875 a donné les résultats suivants :

Prix triennal. — Prix *ex æquo* : MM. Poinsot et Franck. — 1re mention honorable : MM. Branlat et Roy de Clotte. — 2e mention honorable : MM. Durodié, Lapeyronie et Dussutour.

Élèves en médecine. — 3e *année.* 1er prix : M. Ruben. — 2e prix *ex æquo* : MM. Tourrou et de Massias. — Mention honorable : M. Bay.

2e *année.* 1er prix : M. Lagrange. — 2e prix *ex æquo* : MM. Lacour et Laconche. — 1re mention honorable *ex æquo* : MM. Lafargue et Audouin. — 2e mention honorable *ex æquo* : MM. de Chapelles et Dèche.

1re *année.* 1er prix : M. Buffet-Delmas. — 2e prix *ex æquo* : MM. Darbaud et Bainet. — 1re mention honorable : M. Prat. — 2e mention honorable : M. Martin du Magny.

Élèves en pharmacie. — 1re *année.* 1er prix : M. Rol. — 2e prix : M. Apreval.

2e *année.* 1er prix : M. Blarez. — 2e prix *ex æquo* : MM. Darrolle et Bernou. — Mention honorable : M. Martzloff.

Prix Barbet. — 1re *année.* — Prix : M. Rol. — Mention honorable : M. Dantin.

2e *année.* Prix : M. Blarez. — Mention honorable : M. Dargaignaratz.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance a composé son bureau de la façon suivante pour l'année 1876 :

Président, M. Labarraque père ; vice-présidents, MM. Domerc et Baudouin ; secrétaire général, M. Passant; secrétaires, MM. Dupouy et Courtaud ; trésorier, M. Le Coin; archiviste, M. Machelard.

Membres du conseil de famille : MM. Lanquetin, Bonvallet et Gibert.

Membres du comité de publication; pour la médecine : MM. E. R. Perrin et de Ranse; pour la chirurgie : MM. Dusseris et H. Bergeron; pour les accouchements : MM. Hamon et Verrier.

— *Erratum.* — Page 1164, deuxième colonne, ligne 59, *au lieu de* : je continuerai à procéder *par expérience*, lisez *par empirisme.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1876. — Prix : broché, 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise, 2 francs. — Divisé en cinq cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille, 3 francs.

Reliures diverses. — No 1, maroquin à coulisseau avec crayon doublé en papier, 3 francs. — No 2, maroquin à patte, avec crayon doublé en papier, 3 fr. 50. — No 3, *id.*, l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75. — No 4, *id.*, en un seul cahier, emboîté dans le portefeuille, 4 fr. 50. — No 5, *id.*, l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en soie, 4 fr. 75. — No 6, *id.*, et petite trousse, doublé en soie, 5 francs. — No 7, *id.*, et petite trousse, doublé en maroquin, 7 francs. — No 8, *id.*, et petite trousse avec fermoir avec maillechort, 9 francs. — Paris, P. Asselin.

De la mort subite ou rapide après la thoracentèse, par le docteur Eugène Foucart, ex-interne provisoire des hôpitaux de Paris. — Grand in-8o. Prix : 2 francs. — Paris, P. Asselin.

De la pustule maligne ou charbon externe de l'homme, par le docteur A. Leflaive, chirurgien en chef de l'hôpital de Beaune. — 1 vol. in-8o. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Lefrançois.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

SAINT-RAPHAËL

VIN TANNIQUE, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. Pasteur, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les deux principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Granules antimoniaux du docteur PAPILLAUD.

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.

Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles ; 141, r. Montmartre.

TAMAR INDIEN
GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant

contre **CONSTIPATION**, **Hémorrhoïdes**, la **Migraine**, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.

Ph. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris. Bte 2 fr. 50.

GOUDRON FREYSSINGE

Liqueur normale concentrée, obtenue par la concentration seule de l'**Eau de Goudron**.

Seule préparation qui permette d'obtenir l'**Eau de Goudron véritable**, les autres liqueurs étant préparées par émulsion ou par solution de *tout le Goudron*, et le plus souvent à l'aide de substances étrangères qui dénaturent complétement le produit.

Affections de poitrine, rhumes etc. — « J'ai prescrit plusieurs fois le **SIROP** antiphlogistique de **M. BRIANT**, il m'a paru remplir parfaitement l'effet qu'on doit en attendre.

« *Signé :* GUERSANT,
« Professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie.
« 28 novembre 1828. »

Pharmacie **BRIANT**, 150, rue de Rivoli, Paris.

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu ; par M. le professeur BOUCHARDAT, par MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux ; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc.), pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc. — Paris : pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. FAIVRE, place des Terreaux, 9. — Bruxelles, pharmacie DUPUY, montagne de la Cour.

VIN MARIANI
à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques.
5 francs la bouteille.
MARIANI, pharmacien, boul. Haussmann, 41.






PEPSINE BOUDAULT

SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, SUCCESSEUR DE BOUDAULT, 24, RUE DES LOMBARDS, A PARIS.

PRODUITS de L'EUCALYPTUS par DELPECH et ARDISSON

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (**Eucalyptol**), L'ALCOOLATURE, le SIROP, le VIN, le LINIMENT réussissent contre : **Affections du poumon et du larynx, névralgies, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.**

La Ph. DELPECH, r. du Bac, 23, Paris, prépare les CAPSULES A L'EXT. ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

KOUMYS-EDWARD

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

14, rue de Provence, à Paris.
Expéditions en province.

ÉPILEPSIE
HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Sirop ferrugineux au goudron laxatif de **Ch. BOUAULT**, pharmacien, 36, rue Poulet.

Le meilleur spécifique contre *chlorose, anémie, scrofules, bronchites chroniques* et *leucorrhée*, etc. De nombreuses guérisons ont été constatées.

Bains d'Eaux mères de SALIES-DE-BÉARN (Basses-Pyrénées).

Eaux mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux mères pour bains chez soi. — Un litre pour un bain. — Flacon, 1 fr. 50. — *Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.*

DÉPÔTS : A Paris, Pharm. centrale de France, 7, rue de Jouy. — Province, les princip. pharmacies. — A Salies-de-Béarn, au directeur des Bains.

Véritable jus de bifteck du docteur X. ROUSSEL

Alimentation reconstituante. Dépôt général maison du *Silphium*, r. Drouot, 2, Paris. Prix du flacon, 3 fr. 50.

Fer dialysé Bravais *pharmacien-chimiste au Havre*

LE FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide et par conséquent se présentant dans les meilleures conditions d'absorption ; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux, qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac, et qu'il ne noircit pas les dents. — Le flacon : 5 francs. — *Dépôt à Paris :* Pharmacie VIAL, 20, rue de Châteaudun, où se trouvent aussi le **Sirop de Fer dialysé Bravais** et les **Pilules de Fer dialysé Bravais** — *Vente en gros, exportation :* J. P. LAROZE et Ce, 2, r. des Lions-St-Paul, Paris.

Aménorrhée et dysménorrhée

L'**Apiol** des Drs **Joret** et **Homolle** est depuis longtemps reconnu comme le plus puissant et le plus sûr des emménagogues.

Il provoque les règles, prévient les coliques, dissipe les douleurs de reins, sans qu'on ait à redouter aucun accident de son emploi, même dans le cas de grossesse commençante. Le succès est surtout assuré quand l'aménorrée ou la dysménorrhée se rattache à un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires.

Dose : une capsule matin et soir pendant six jours, au moment qui correspond à la tenue présumée des règles ou la précède immédiatement.

Dépôt général : ph. BRIANT, 150, r. de Rivoli, Paris

Hypersécrétions, pertes, hémorrhagies de causes internes.

Eau de Léchelle vivifiante, Pectorale, la seule **Eau hémostatique** assimilable à haute dose, *sans fatiguer l'estomac.* Ordonnée contre les pertes, maladies de la poitrine et du sang. — **Se trouve partout.** Paris, 12, rue des Petites-Écuries ; 35, rue Lamartine.

Épilepsie. Élixir sédatif à base de PICROTOXINE du Dr PÉNILLEAU, de la Faculté de Paris.

La Picrotoxine est un principe éminemment énergique, dont l'efficacité vient d'être constatée par des expériences dont les résultats n'ont laissé aucun doute. Notre Élixir, entièrement soluble, est bien supérieur aux dragées, pilules, etc., que les médecins abandonnent avec les malades, après un long traitement *sans résultats définitifs.*

Prix du flacon : **6** francs, avec l'instruction.

Dépôt général : Pharmacie LEPINTE, 148, rue Saint-Dominique, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la mort subite ou rapide après la thoracocentèse.

Peu de questions ont été étudiées et discutées avec plus d'autorité et plus de soin que celle de la thoracocentèse, et cependant, après des conclusions qu'on a pu considérer comme le dernier mot de la science sur ce point de pratique, tant elles semblaient à la fois exprimer la généralité des faits observés et répondre victorieusement aux difficultés et aux objections soulevées par la discussion, voilà que le doute a surgi de nouveau, que de nouveaux faits semblent avoir soulevé des difficultés nouvelles et qu'un cri d'alarme poussé de plusieurs points a remis les praticiens sur leurs gardes. Des relevés statistiques, dont on ne peut contester l'importance, mais dont il y aurait à discuter les éléments dans leur valeur propre, dans l'espèce, viennent montrer un accroissement dans le chiffre de la mortalité par la pleurésie depuis la généralisation de la pratique de la thoracocentèse. D'un autre côté, des exemples répétés de mort subite ou rapide, à la suite de l'opération, frappent et émeuvent l'opinion. Quelle a été la cause générale de cet accroissement de mortalité? Quelles ont été, en particulier, les causes de ces cas de mort subite qui sont venus surexciter à la fois l'intérêt et la crainte? Quelle part faut-il faire à l'opération dans ces tristes événements? Est-il juste de les laisser peser sur elle, ou est-on fondé à l'en exonérer?

Voilà tout autant de questions bien faites pour provoquer l'attention et l'étude d'un jeune médecin à la veille de revêtir la robe et d'endosser, avec cet éphémère insigne, la responsabilité beaucoup moins éphémère du praticien désormais livré à ses propres forces. Ajoutons que cette condition elle-même d'un élève studieux qui a vu et étudié sans parti pris, sans engagement passé, sans autre préoccupation que celle de s'instruire et avec toute l'indépendance et le sang-froid d'un témoin, est sans contredit l'une des meilleures pour bien voir et bien apprécier les faits dans leur réalité et dans leur signification.

Telle est la situation d'esprit dans laquelle s'est trouvé, en l'écrivant, l'auteur de l'excellente dissertation que nous avons sous les yeux, M. le docteur Eugène Foucart, le fils de notre ancien collaborateur, Alfred Foucart, dont les souvenirs sont restés toujours si chers et si vivaces parmi les rédacteurs de la *Gazette*. Les lecteurs, pour un grand nombre desquels sa mémoire doit être restée également vivante, accueilleront, nous en sommes convaincu, avec d'autant plus d'intérêt l'analyse de cet intéressant travail qui marque avec distinction l'entrée de notre jeune confrère dans la carrière.

L'objet de l'étude de M. le docteur E. Foucart s'est concentré sur l'un des points seulement de la vaste question dont il s'agit, celui de la mort subite ou rapide après la thoracocentèse.

Quelles sont les différentes causes que l'on peut invoquer pour expliquer cette mort subite ou rapide? Telle est la première question qu'il s'est proposé d'élucider.

Il peut, suivant lui, y avoir de cet événement plusieurs causes, qu'il divise en trois groupes : l'état du cœur, celui du cerveau et celui des poumons.

La mort subite à la suite de la thoracocentèse peut tenir à une lésion plus ou moins ancienne du cœur, à une syncope qui en est le résultat, ou à la présence de caillots dans le centre circulatoire ou dans la petite circulation. Tel est le cas de l'une des observations qu'il rapporte dans sa thèse, d'après le docteur Goguel, où une péricardite sèche, aiguë et d'origine récente, est révélée par l'autopsie. Tel est encore le cas de l'observation rapportée dans le temps dans la *Gazette* par M. le docteur Chaillou (de Tourny), où la mort fut le résultat d'une thoracocentèse. Dans un autre cas, c'est à une syncope probablement par action réflexe qu'il croit devoir rapporter la mort. Dans l'observation de l'un de ses collègues des hôpitaux, M. le docteur Homolle, c'est l'état graisseux du cœur qui semble avoir dû disposer le malade à la production de la syncope mortelle, qui n'est survenue, il est vrai, que plusieurs jours après l'opération; ce qui, à raison de cette circonstance, peut faire considérer ce fait comme étant en dehors du groupe des faits en question.

La mort subite par présence de caillots sanguins dans le cœur ou dans la petite circulation, a été observée dans des cas de pleurésie simple. C'est à ce genre d'accidents que doit être attribuée la mort dans le cas communiqué en 1862 par M. Blachez à la Société médicale des hôpitaux.

Dans les cas de mort due au cerveau, on a cherché à en expliquer le mécanisme par une embolie de l'une des branches de l'artère cérébrale moyenne. Des faits de ce genre paraissent avoir été constatés dans des cas de pleurésie simple; mais on en a peu noté encore après la thoracocentèse.

On a admis comme cause de mort subite, à la suite de l'opération, la syncope par anémie cérébrale, suite de l'évacuation rapide de la cavité thoracique et de l'afflux consécutif du sang qui se fait dans les vaisseaux voisins. Cette théorie ne paraît point admissible à M. Foucart, au moins pour les faits qu'il a observés et pour ceux qu'il a réunis dans sa thèse.

Les morts subites ou rapides par les poumons à la suite de la thoracocentèse peuvent être dues à la compression brusque du poumon par la reproduction rapide de l'épanchement (observation curieuse de Malle recueillie en 1837); par embolie dans les capillaires du poumon; par la congestion pulmonaire, l'œdème des poumons, avec ou sans accumulation de liquide dans les bronches.

A l'occasion du mécanisme de cette dernière cause de mort, M. Foucart, passant en revue les diverses théories qui ont été émises dans ces derniers temps, s'arrête à l'explication développée par l'un de ses maîtres, M. Hérard, dans la discussion qui eut lieu, il y a quelques années, à l'Académie de médecine, explication soutenue depuis avec l'éclat que l'on connaît dans la thèse de M. Terrillon, adoptée par M. le professeur Béhier, et défendue tout récemment encore dans le rapport de M. Desnos à la Société médicale des hôpitaux, sur l'observation de M. Legroux: laquelle se résume, comme on sait, en ces termes: « Congestion rapide, œdème pulmonaire, présence dans les voies aériennes, par transsudation, d'un liquide qui, tantôt est rendu, et constitue alors l'expectoration albumineuse, qui, d'autres fois est retenu dans les bronches et empêche le passage de l'air, ce qui amène l'asphyxie. »

Les autres causes pulmonaires qui pourraient encore amener la mort subite ou rapide à la suite de la thoracocentèse, mais qui n'ont pas été constatées encore dans cette circonstance, seraient, suivant M. Foucart, la splénisation, l'atélectasie consécutive à l'épanchement ou à des ankyloses pleurales et toute lésion grave des poumons, telle que pneumonies secondaires, tubercules, la gangrène pulmonaire, etc.

Existe-t-il des signes qui puissent faire craindre la production de la mort subite ou rapide après la thoracocentèse? quelles sont les précautions à prendre pour se mettre autant que possible à l'abri de cette funeste issue? et quelle est, en particulier, l'influence des appareils aspirateurs?

Les indications fournies par la clinique à l'égard de la première question sont encore très-obscures. L'existence d'un état cachectique, d'une anémie profonde, de lésions antérieures du cœur et du poumon, étant autant de causes possibles d'accidents, il y a lieu évidemment à en tenir grand compte à ce point de vue. La tendance à la syncope ou le fait d'une syncope qui aurait déjà eu lieu dans une opération précédente, tout symptôme indiquant la formation d'un caillot dans le torrent circulatoire, seraient autant de contre-indications.

Au deuxième point de cette deuxième question se rattachait naturellement l'étude des procédés et des appareils aspirateurs.

Voici, en résumé, les solutions que notre jeune confrère propose aux questions qui font le sujet de cette étude, et que nous recommandons à l'attention et à la méditation de nos lecteurs.

La mort subite ou rapide a été rencontrée à la suite de la thoracocentèse, mais elle doit être attribuée aux circonstances locales ou générales dans lesquelles la ponction est faite et non à l'opération même.

Dans les cas où l'on a rencontré des caillots sanguins dans le cœur ou la petite circulation, tenant à l'existence d'un état général mauvais, anémie, cachexie, diathèse, la thoracocentèse n'est pour rien dans leur formation ni dans leur migration. La mort, dans ce cas, peut être déterminée par un mouvement, par une émotion, par une syncope simple ou par une action réflexe, ou enfin par une péricardite, comme M. Foucart en a cité un exemple.

Quand la mort a lieu par les poumons, il y a congestion et œdème pulmonaires.

Il n'y a pas de symptômes suffisamment nets qui puissent faire soupçonner l'imminence d'une mort subite ou rapide; il n'y a que des signes douteux.

Parmi les précautions qui doivent être prises pour se mettre autant que possible à l'abri d'un pareil danger, M. Foucart recommande en particulier les suivantes: opérer autant que possible le malade dans la position horizontale; obtenir un écoulement lent que l'on puisse arrêter immédiatement au besoin; ne pas faire un vide complet dès l'abord dans le flacon récepteur ou le corps de pompe. Si l'on se sert d'un trocart, qu'il ne soit pas d'un gros calibre. Ne pas vider complétement la poitrine, mais arrêter l'écoulement dès que le malade est pris de quintes de toux persistantes.

Enfin M. Foucart, sans paraître donner de préférences formelles à tel ou tel appareil opératoire, est d'avis que les appareils aspirateurs peuvent être employés aussi bien que le trocart garni de baudruche, pouvu que l'écoulement soit lent, régulier, et facile à modérer ou à arrêter.

Fibrome de l'utérus compliquant une grossesse. Accouchement naturel à terme.

Une femme couchée au n° 30 des salles d'accouchement de la Clinique, est entrée dans le courant du mois d'octobre se disant au septième mois de sa grossesse, ce que justifiait effectivement le volume du ventre. En explorant cette femme on constata en même temps que la grossesse l'existence de plusieurs tumeurs, les unes paraissant faire saillie sur les parois de l'utérus, près de son fond, les autres, une notamment dont le volume paraissait assez considérable, faisant saillie dans le petit bassin à travers les parois vaginales. Qu'arriverait-il au moment de l'accouchement? C'était là l'objet d'une certaine préoccupation. Ce moment est venu; le travail s'est acompli et la délivrance s'est effectuée le plus naturellement du monde sans qu'aucun des obstacles ou des accidents que l'on avait pu craindre se manifestât. Il y a plus, c'est que depuis que cette femme est accouchée, les tumeurs dont on avait constaté l'existence paraissent avoir déjà perdu sensiblement du volume qu'elles avaient pendant la grossesse.

C'est là un fait heureux sans doute, mais qui n'est ni exceptionnel, ni même très-rare.

On en trouve des exemples, recueillis à la clinique d'accouchement, dans un travail très-étendu sur ce sujet, que M. le docteur Guéniot, alors chef de clinique de M. Depaul, a publié, en 1864, dans la *Gazette des Hôpitaux*. Quelques années plus tard, en 1868, M. Guéniot donnait lecture à la Société de chirurgie d'un mémoire sur les corps fibreux utérins qui compliquent la grossesse et l'accouchement, dans lequel, entre autres faits, il rapportait une observation d'accouchement heureux, par les voies naturelles, dans un cas d'obstruction presque complète du petit bassin. A cette occasion, M. Depaul, rapportant plusieurs observations semblables, développa devant ses collègues les résultats de ses études sur ce sujet, études qui l'ont conduit à formuler, entre autres propositions, celle-ci, savoir: que les fibromes sous-péritonéaux augmentent de volume pendant la grossesse, pour reprendre leurs dimensions premières après l'accouchement, suivant ainsi les

diverses évolutions de développement et de régression que subit la matrice elle-même, dont ils font, en quelque sorte partie intégrante. (Voir *Gaz. des Hôpitaux*, année 1868, pages 346, 350, 374 et *passim*.)

Le fait dont nous venons de rapporter sommairement l'histoire paraît devoir donner une confirmation nouvelle à cette proposition. En tout cas, c'est un exemple de plus à ajouter à ceux qui ont été rapportés par MM. Depaul et Guéniot dans les diverses communications dont nous venons de parler, et aux faits très-intéressants que M. Depaul rappelait hier dans sa leçon clinique, lesquels tendent tous à prouver que ces tumeurs ne sont pas toujours un obstacle aussi redoutable qu'on pourrait le croire au travail de l'accouchement.

Nous pourrions rappeler encore comme un des exemples les plus récents de ce que peuvent quelquefois les efforts de la nature contre les obstacles de ce genre, en apparence les plus graves, lorsque l'on sait attendre opportunément, le fait rapporté par M. Charrier à la Société de médecine de Paris, et publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 12 janvier de cette année, ainsi que les faits analogues cités à cette occasion par MM. Gallard et Polaillon dans la discussion qui suivit cette communication. Dr BROCHIN.

BRULURE PAR LE GRISOU

ET ACCIDENTS PRODUITS PAR SON EXPLOSION DANS LES MINES DE HOUILLE (1).

Par M. le docteur BOURGUET.

Je suis heureux d'avoir vu recommander le goudron par M. le docteur Sarazin, dans le pansement des plaies (communication à l'Académie des sciences, décembre 1874). Ce praticien l'emploie pur, il en recouvre la plaie ainsi qu'une partie de la peau saine qui l'avoisine, puis applique de la ouate qu'il maintient avec des bandes et par-dessus le tout réapplique du goudron.

Chez mes brûlés, j'ai toujours observé que l'application du goudron pur était fort douloureuse, même sur les points où l'épiderme était conservé. Je l'ai mélangé à des poudres inertes, à de la magnésie calcinée, à de l'axonge, dans le but d'amoindrir cette douleur. Cette dernière substance, est celle que je lui associe le plus volontiers, ordinairement à parties égales. Je n'ai pas encore, je le regrette, assez de faits pour me permettre de fixer une règle certaine, ce que d'ailleurs je ne ferais pas ; car il est bon de tenir compte et de l'étendue de la lésion et de la sensibilité du blessé, pour augmenter ou diminuer la proportion du goudron.

Je ne crois pas, au moyen de ce pansement obtenir des résultats merveilleux, mais il diminue l'odeur en même temps qu'il adhère très-bien aux surfaces malades, double condition, je l'ai déjà dit, que je recherche chez les brûlés par le grisou, et qui me déterminera, je le pense, dans un avenir prochain, à user de ce moyen avant tous les autres.

On retirerait des avantages de l'emploi permanent des bains entiers émollients et tièdes. Généralement, il faut renoncer à ce moyen qui nécessiterait une surveillance trop assidue et créerait un danger dans les cas d'inattention.

Peut-on songer à remplacer les bains par l'emploi de compresses constamment mouillées et placées sur tous les points atteints ? Je ne le pense pas. Outre les difficultés qu'on éprouverait à maintenir constamment humide un pareil pansement, on imprimerait au brûlé des mouvements très-pénibles, des froissements qui dérangeraient l'appareil; la réfrigération en outre, serait mal supportée par les personnes délicates, et dangereuse dans les brûlures étendues, portant sur le tronc ou la cavité abdominale. Les maladies des poumons et du cœur fréquentes chez les mineurs la contre-indiqueraient au reste dans la plupart des cas.

L'emploi des astringents tels que l'acétate de plomb, qui convient très-bien sous forme d'extrait de saturne étendu d'eau, dans les petites brûlures, ne saurait dans un cas grave être conseillé, surtout quand l'épiderme manque. Loin d'offrir au derme dénudé une couche protectrice sous laquelle la réparation pourrait se faire, le dépôt du sel de plomb, amènerait une irritation fort préjudiciable, tous les auteurs sont d'accord là-dessus. En outre, les astringents déterminant l'anémie des parties sur lesquelles on les applique, il y aurait danger à en recouvrir de larges surfaces, l'anémie des capillaires augmentant d'autant les congestions viscérales que l'on cherche à éviter.

J'ai dit que je réservais son emploi pour les parties de la face que l'on peut facilement surveiller, et qui plus que les autres points du tégument externe, en raison de leur richesse vasculaire ont besoin de voir leur réaction contenue dans de bonnes limites par le froid et l'astringence.

Le vernis, le collodion, la baudruche plus difficiles à manier conviennent surtout pour les brûlures de peu d'étendue et protégent d'ailleurs plus mal et moins doucement les parties qu'ils recouvrent.

L'eau phéniquée, créosotée, ou alcoolisée, a les inconvénients de l'eau ordinaire et ne trouvent son indication que dans les cas les plus simples où tout convient.

A ce pansement protecteur, qui est la première chose à faire dans tous les cas, s'ajoutent divers moyens efficaces dont l'indication n'est pas toujours facile à saisir. Tous les blessés en effet ne réagissent pas de la même manière, et comme je l'ai dit au début de ce travail, à des lésions de même gravité apparente, correspondent deux états tout à fait opposés, le coma ou l'excitation. Souvent aussi, on se trouve en présence d'un brûlé qui a respiré quelque temps dans un mélange asphyxiant dont les effets toxiques ont modifié la qualité du liquide sanguin ajoutant ainsi à la difficulté de la respiration et de l'hématose mécaniquement entravées par la congestion pulmonaire suite de la brûlure.

Le tube digestif, mérite aussi l'attention dans le cas ou congestionné, il ne peut convenablement digérer les liquides de toute sorte que d'officieux amis s'empressent de distribuer largement au malheureux chez lequel cette congestion elle-même a provoqué une soif des plus vives. De là résulte un cercle vicieux continuellement entretenu si l'on n'y prend garde par l'ingestion abusive des liquides.

L'acétate d'ammoniaque, l'éther, les alcooliques intus et extra seront nécessaires parfois, tandis qu'il faudra ailleurs recourir à l'opium, au bromure de potassium, au chloral, etc.

Le lait, dans les cas où le tube digestif est malade, constitue un agent fort précieux. J'ai été amené à l'employer d'après les conseils d'un ingénieur distingué qui l'a vu administrer par les médecins du bassin de la Loire où il a passé plusieurs années.

On comprendra aisément, que pour éviter des répétitions, et ne pas donner à ce travail un développement trop considérable, je formule largement cette partie du traitement, laissant à chacun de mes confrères le soin de distinguer suivant le cas, le moyen qui leur paraîtra le mieux approprié.

(1) Fin. — Voir les numéros des 20, 27 novembre, 4 et 11 décembre.

Un mot encore, à propos de la suppuration. On la sait inévitable, longue, tenace, il faut donc dès le début, aussitôt que possible, alimenter les brûlés. Dès le lendemain de l'accident, je n'hésite pas à le faire, si l'état des voies digestives le permet. Procédant avec beaucoup de prudence, je donne du lait, du vin coupé, du bouillon, dont j'augmente les doses, les jours suivants.

Pour les mêmes motifs, j'exclus de mon traitement, toute saignée, qui d'abord pourrait paraître indiquée, mais que plus tard on regretterait certainement.

Dès que la fièvre des premiers jours est passée on peut donner des aliments plus substantiels et ajouter les préparations de quinquina. Une bonne aération de la chambre du blessé, sa sortie à l'air libre quand le temps le permet, sont de bons adjuvants. Il importe de préserver le corps de tout refroidissement en le couvrant de bons vêtements que la faiblesse du brûlé exige.

S'il reste, ce qui est fréquent, quelques plaies non cicatrisées, on peut recourir pour obtenir leur guérison à tous les moyens connus, qui malheureusement, restent souvent très-longtemps infructueux. On arrive en général à les fermer, en les excitant à propos, en les cautérisant quelquefois avec la pierre infernale. C'est ici que les alcooliques, l'acide phénique, les décoctions de feuilles de noyer, d'écorce de chêne ou de quinquina, d'eucalyptus, etc., doivent être essayées, car outre leur action propre, elles ont l'avantage de bien entretenir la propreté de la plaie. Des lavages à l'eau courante, en été, réussiront quelquefois.

Enfin, un moyen recommandé par le docteur Boëns-Boisseau, mérite une mention spéciale. Je veux parler de l'exposition de la plaie à l'air libre; peut-être irait-on plus vite en pratiquant la ventilation artificielle recommandée dans la cicatrisation des ulcères, par le savant doyen de la Faculté de Montpellier, M. le professeur Bouisson.

Après une longue convalescence que l'on a pu essayer d'abréger en donnant l'huile de foie de morue, l'arsenic, le fer, etc., si le travail est repris, il convient pendant un mois ou deux de le faire exécuter à l'air libre. Celui de la taille, le roulage même dans les galeries des mines, ne sauraient être pratiqués sans danger par un ouvrier faible encore, sur l'organisme duquel toutes les fâcheuses influences du travail souterrain ne manqueraient pas d'agir en mal.

Prévenir les accidents du grisou, serait évidemment le meilleur traitement à leur opposer; qu'il me soit permis en terminant de constater qu'ils deviennent de plus en plus rares, grâce à la sollicitude des directeurs des exploitations houillères. Leurs instructions, si elles étaient suivies, éviteraient à peu près tous les désastres. Malheureusement, l'ouvrier est souvent imprudent et ne réfléchit pas aux conséquences funestes qui peuvent résulter de la violation des règlements.

Il importe que chacun se rende bien compte du mal qu'il peut volontairement occasionner. Le jour où tous comprendront que les mesures prises par les ingénieurs des mines ne sont pas vexatoires, mais justes et nécessaires, marquera la fin de ces catastrophes épouvantables, trop fréquentes encore. Il est à craindre que de longtemps on n'obtienne à cet égard de sérieux résultats, en raison de la lenteur avec laquelle évolue le progrès intellectuel et moral de la classe ouvrière, dans les pays qu'on est convenu d'appeler civilisés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 décembre 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté après une rectification faite par M. le président à propos de la discussion sur la luxation du pouce en arrière. M. Le Fort avait dit par erreur que M. Farabeuf avait échoué dans un des cas observés à l'hôpital Beaujon. Or, ce chirurgien n'est intervenu qu'après que la section du tendon faite par M. Dolbeau eût rendu la réduction des plus simples. On ne peut donc mettre ce fait ni à l'actif ni au passif de la méthode qu'il a exposée.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° les journaux de la semaine.

2° Une note adressée par MM. Liouville et Strauss, intitulée : *Ectopie rénale (rein en fer à cheval). Lithiase et abcès hépatiques. Oblitération et dilatation des conduits biliaires. Ictère. Mort.* (Extrait des *Archives générales de médecine.*)

M. VERNEUIL dépose : 1° de la mort de M. Ehrmann (de Mulhouse), un mémoire intitulé : *Recherches sur la staphylorraphie chez les enfants de l'âge tendre*, mémoire couronné par l'Académie de médecine;

2° De la part de M. Henri Petit, sa thèse intitulée : *De locis minoris resistentiæ; études d'étiologie chirurgicale*;

3° De la part de M. Saxtorf, professeur de clinique chirurgicale à Copenhague, un mémoire *sur les résections et leur traitement.*

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la note adressée par M. Cazin (de Boulogne) sur les modifications qu'il propose d'apporter au mode opératoire de M. le professeur Rigaud (de Nancy) pour la cure radicale des varices superficielles. M. Cazin, pour éviter les tractions exercées directement avec les pinces sur la veine que le chirurgien se propose de dénuder, isole d'abord la face profonde de la veine, en disséquant le tissu cellulaire autant que possible avec le manche du bistouri. Puis, alors seulement, il détruit les adhérences de la face superficielle de la veine avec la face profonde de la peau qui lui a servi à la soulever. Il se sert ensuite du lambeau cutané lui-même, suturé avec des fils d'argent, pour isoler la veine des parties voisines, au lieu de la lamelle de caoutchouc employée par M. Rigaud, de manière que le vaisseau repose sur l'épiderme. M. Cazin a vu la mortification de la veine se produire en dix jours. Le lambeau de peau s'était réuni par première intention, et il restait une cicatrice linéaire presque imperceptible. (Renvoyé au comité de publication.)

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Marjolin sur l'insuffisance des ressources pour le traitement des maladies chirurgicales des enfants à Paris.

DISCUSSION

M. DESPRÈS discute les arguments de M. le rapporteur, et conclut en proposant :

1° L'établissement, dans tous les services de chirurgie des hôpitaux de Paris, de quatre lits de nourrices, lits dont on pourrait disposer pour des malades ordinaires tant qu'ils ne seraient pas occupés par des nourrices;

2° L'élévation à trois ans révolus, de l'âge auquel on pourrait admettre les enfants dans les hôpitaux qui leur sont spécialement destinés. Cette règle céderait devant la question d'humanité s'il s'agissait d'un accident grave arrivé sur la voie publique, et s'il y avait danger à déplacer le petit malade ;

3° L'organisation des consultations de manière à pouvoir faire certaines opérations et certains pansements qui ne nécessitent pas le séjour à l'hôpital ;

4° L'organisation du traitement à domicile des enfants atteints d'affections chroniques longues, qui pourraient être soignés par les médecins des bureaux de bienfaisance ou par des chirurgiens spéciaux.

Enfin M. Desprès ajoute que le traitement à domicile par les bu-

reaux de bienfaisance devrait être surveillé et aidé par l'allocation de un franc par jour, en argent ou en nature, aux parents qui soigneraient leurs enfants chez eux.

M. DE SAINT-GERMAIN pense également qu'il y a de grands inconvénients à admettre des malades trop jeunes dans les hôpitaux d'enfants, au point de vue de la tranquillité et de la propreté. Le personnel est insuffisant; il faudrait au moins une infirmière pour trois enfants. Quant aux maladies chroniques, c'est dans les hospices, au bord de la mer ou à la campagne, qu'il faut envoyer ceux qui en sont atteints.

M. BOINET, qui voit de près le fonctionnement des bureaux de bienfaisance, puisqu'il est administrateur d'un de ces bureaux, a proposé depuis longtemps de donner un franc par jour aux mères qui garderaient leurs enfants malades chez elles au lieu de les envoyer à l'hôpital. Chaque journée de l'hôpital coûte à l'Assistance publique 2 fr. 10 c. par enfant. Ce serait donc une économie considérable, outre les avantages qu'en retireraient les malades.

Mais les médecins des bureaux de bienfaisance sont si mal payés (ils reçoivent en moyenne 0 fr. 15 c. par visite ou consultation), qu'ils envoient leurs petits malades à l'hôpital dès que ceux-ci réclameraient trop de soins à domicile. Le médecin d'hôpital les renvoie chez eux à son tour, et le malade n'est ainsi soigné ni chez lui, ni à l'hôpital.

M. GUÉNIOT parle de ce qui se passe *au dépôt*, où l'on place les enfants des femmes malades admises dans les hôpitaux d'adultes. La mortalité y est effrayante, parce que le personnel y est très-insuffisant, et que les enfants y sont reçus depuis la naissance. Beaucoup y arrivent dans un état de faiblesse congénitale qui ne leur permettrait de vivre ni en ville, ni au dépôt.

M. DESPRÈS demande la suppression du dépôt et l'admission des enfants avec leur mère dans les services hospitaliers. L'assistance à domicile, ajoute M. Després, est excellente pour le traitement des blessures légères; l'assistance à l'hôpital ne lui devient supérieure que dans le cas où il faut des instruments spéciaux ou beaucoup de linge pour soigner les malades.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. TARNIER présente un céphalotribe qui a les dimensions et la forme d'un céphalotribe ordinaire, avec la vis de pression de M. Blot; mais dont les cuillers sont percées de trois fenêtres ovalaires entre lesquelles font saillie des traverses métalliques légèrement concaves. Ces fenêtres permettent aux parties molles de la tête de faire saillie au-delà de l'instrument et assurent à celui-ci une prise considérable. Les traverses servent à augmenter la pression au niveau des fenêtres et à empêcher le glissement des parties molles.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

Un dernier point doit être signalé dans l'organisation de la Faculté nouvelle de Nancy, lequel est d'ailleurs emprunté aux universités allemandes : je veux parler de cette séparation matérielle de tous les services, de toutes les chaires et de leurs dépendances. Chaque professeur est cantonné dans un étage ou un pavillon, avec son amphithéâtre, son cabinet particulier, celui de son préparateur, son laboratoire d'enseignement, la salle où se conserve le matériel nécessaire, son musée même. M. le professeur Rameaux, par exemple, a sous la main tous les locaux que je viens d'énumérer : il règne seul et administre son petit empire et les quelques élèves qui suivent ses cours: ceux-ci s'exercent au laboratoire de physique aux diverses manipulations du ressort de cette science, manipulations fort appréciées par ceux qui ont entendu au troisième de doctorat, nos candidats répondre sur les lentilles, les microscopes, leur construction, sur des divers aréomètres, etc., à nos sympathiques professeurs Gavarret et Regnauld. J'aimerais assez à ce qu'un étudiant sût construire, pour l'avoir fait lui-même, un thermomètre, un aréomètre; on développerait par là chez nos élèves un sens pratique, une ingénieuse adresse de main et d'esprit, qui ont une grande importance dans l'exercice de notre art.

Le principe de cette séparation des chaires et des locaux qui leur servent respectivement, sera certainement diversement apprécié. On dira peut-être qu'il est difficilement applicable pour une grande faculté comme celle de Paris, à cause de l'exiguité relative des terrains dont on dispose, et de l'étendue qu'il faudrait donner au contraire aux bâtiments, mais appliqué comme je le vois dans les grandes Facultés allemandes, il me paraît avoir des avantages considérables. Point de confusion, point de mélange, point de presse : ordre plus parfait, dans chaque service où l'œil du maître embrasse son royaume d'un seul coup d'œil et rencontre plus souvent et plus facilement le visage de l'élève : avantages considérables pour l'installation du matériel qui n'est point sans cesse déménagé et transporté. Les élèves du cours d'anatomie ne viennent point par le bruit de leur entrée déranger le professeur de chimie, et les garçons porteurs des pièces disséquées et du sujet en démonstration ne font point fuir les bocaux, les fourneaux, les tubes, les pipettes, les échantillons précieux étalés sur la table; les chiens en expérience du physiologiste ne se font plus céder la place occupée par l'attirail des machines pneumatiques, des balances et des baromètres du professeur de physique. Ce sont là selon moi des avantages considérables fournis par la séparation des chaires, leur cantonnement, leur isolement, et qui donnent ces grands airs d'organisation aux Facultés médicales allemandes. C'est un point sur lequel vous me permettrez de revenir quand je vous parlerai des universités de Munich, de Vienne ou de Leipsig.

L'État, monsieur, ne laisse point d'avoir une grande part de responsabilité dans la situation exiguë qui est faite à la Faculté de Nancy et dans laquelle celle-ci restera, je le crains, trop longtemps. Il faut que cette Faculté vive avec 200,000 francs; il a fallu que dans ces premières années d'organisation elle prélevât sur ce budget ce que devait lui coûter son agencement; il faut que la nouvelle bibliothèque se fonde et prospère avec un crédit annuel de 2,000 francs. Notez que la riche bibliothèque médicale de Strasbourg est demeurée aux mains des prussiens, d'autant plus intéressés à la garder qu'elle a eu seule la bonne fortune d'échapper aux obus incendiaires de leur bombardement. Qu'est-ce que 2,000 francs en tout cas pour faire vivre une bibliothèque, c'est-à-dire la maintenir au courant des publications scientifiques de l'année? Il est vrai que grâce aux donations particulières on a déjà pu réunir 12,000 volumes; mais les donations de livres, comme toutes les générosités, ont un terme. Notre Faculté de Paris n'a ponr sa bibliothèque qu'un crédit de 6,000 francs, il est vrai; cette somme ne suffit pas à faire relier les livres, les thèses données dans l'année : il faut qu'il y ait partout égalité de misère.

Nous retrouvons donc comme cause générale et bien plus grave que la plus ou moins bonne volonté des départements et des municipalités, l'insuffisance du budget de l'instruction publique et particulièrement de l'instruction supérieure en France. On ne se souvient point assez dans notre patrie que ce qui fait la supériorité d'un État, ce n'est pas seulement le chiffre des soldats que l'on peut mettre sur pied de guerre, comme le disait un souverain de néfaste mémoire, mais encore le chiffre des maîtres qui répandent les enseignements primaire, secondaire et supérieur, et le nombre des hommes instruits qui marquent dans l'esprit public et sont prêts à le conduire et à l'élever dans les grandes crises.

Parler pour l'enseignement médical et plaider pour lui, ce n'est point parler pour tout l'enseignement supérieur, mais certainement c'est demander quelque chose pour l'enseignement supérieur, le plus actif, le plus vivant, le plus fructueux peut-être pour l'État. Il ne sort pas seulement des praticiens modestes de nos Facultés, il sort aussi des savants destinés à peupler à leur tour nos chaires et nos Académies scientifiques et à représenter dignement devant

(1) Suite. — Voir les numéros des 14 et 16 décembre.

l'étranger la patrie dont ils ne doivent point laisser ternir le passé glorieux.

Non, l'on ne doit point laisser dire à M. Dubois-Reymond (de Berlin), ou à tout autre professeur prussien que la France est désormais déchue du rang qu'elle occupait dans la science, comme elle est déchue du rang, qu'elle occupait avec sa noble armée dans les respects des peuples de l'Europe. Mais il faut savoir se laisser dire aussi que l'absence d'organisation, que l'absence de locaux, que l'absence de matériel, que les traitements ridicules affectés aux chaires les plus lourdes et les plus difficiles à maintenir sans travail et recherches originales de la part des professeurs, paralysent tout élan, repoussent et éloignent les meilleures volontés, découragent les zèles les plus désintéressés, engourdissent la foule et lui inspirent le doute et l'indifférence pour l'action, en faisant croire aux uns que tout est bien, en faisant croire aux autres que tout est mal, mais que l'orgueil, l'entêtement, l'incapacité peut-être empêcheront tout changement, à tous enfin que pour ces raisons diverses les choses resteront en l'état.

Ah ! Français, savants pourvus de chaires, travailleurs libres connus ou obscurs, médecins particuliers de nos grandes villes, professeurs de Facultés de science, élèves de l'École normale, vous tous qui cultivez les sciences biologiques, ce n'est qu'un cri parmi vous quand un berlinois gonflé d'un orgueil insolent proclame aux hourras frénétiques d'un amphithéâtre, plus convaincu que le maître, la supériorité allemande ou plutôt prussienne sur le monde ! Les grands noms des Cruveilhier, des Claude Bernard, des Charles Robin, des Dumas, des Littré et de tant de savants qui illustrent notre pays, reviennent dans vos trop justes plaidoyers pour la glorification de l'esprit français, de sa lumineuse netteté, de son opiniâtreté au travail, de sa patience, de ses tendances élevées à la généralisation, de ses vues philosophiques, de son génie enfin, clair, harmonieux, fécond comme le beau ciel de la patrie. Mais vous ignorez sans doute que les plus belles recherches des Robin et des Bernard, ont été faites sans appui, en dehors de tout conseil, de toute aide officielle ? Quel laboratoire a donc été ouvert à Claude Bernard, de 1843 à 1850, alors que jeune interne, simple docteur, il ajoutait à l'histoire de la physiologie de nouvelles et immortelles pages ? De quel maître relève-t-il donc ? De Magendie, dont il fut quelque temps préparateur ? Mais ne sait-on pas que Magendie, jaloux de son second encore bien obscur cependant, le forçait à se retirer au bout d'une année ou deux, rebuté par les difficultés de son caractère. Quel laboratoire a donc été ouvert à Longet qui, à force de travail et de patience, de professeur libre à l'École pratique, devenait titulaire de la chaire de physiologie et membre de l'Académie des sciences ? Quel laboratoire à notre savant et aimé professeur Jules Béclard qui, il y a trente-cinq ans, parcourait l'Allemagne savante pour devenir un maître dans cette même science qu'il honore aujourd'hui ? A Charles Robin ? On ignore donc que, pendant plus de quinze ans jusqu'au jour où Rayer faisait créer la chaire d'histologie, Ch. Robin, travaillait simplement dans sa chambre ? Et ceux des maîtres qui, plus jeunes, eussent dû jouir d'une meilleure fortune, où donc ont-ils fait les recherches qui sont l'orgueil de notre Faculté ? Où donc le professeur Charcot reconnu comme un maître Outre-Rhin ? Où donc le professeur Vulpian ? Où donc le professeur Verneuil, une des intelligences les plus rares, un des esprits les plus généralisateurs et les plus chercheurs à la fois ? Où donc, par exemble, et pour ne citer qu'un fait récent, croyez-vous que le professeur Gosselin ait fait ses expériences si intéressantes sur l'action toxique des urines ammoniacales sur les tissus ? Allez visiter ce qu'on ose appeler le laboratoire clinique de la Charité et ses dépendances et dites s'il est possible à ce savant maître de répandre parmi ses nombreux élèves le goût de la chimie pathologique ? Vous vous félicitiez dernièrement de voir monter Ranvier à une chaire du collège de France : sachez donc (et ce sont là les propres paroles d'un professeur ordinaire de l'Université de Strasbourg) que depuis longtemps en Allemagne, Ranvier eut été appelé à enseigner la science que ses belles recherches ont agrandie et répandue parmi nos étudiants et nos médecins.

A distance, monsieur le directeur, quand on jette les yeux sur toutes les défectuosités, sur tous les tiraillements qui entravent l'élan ou seulement la marche de nos études, on voit plus clairement, on sent plus vivement tous les dangers d'une situation qui ne peut se prolonger plus longtemps sans prendre chaque jour une gravité nouvelle. Que si l'on recule encore devant la vérité, le spectacle grandiose, malgré tout, de ce que des étrangers, hier encore nos ennemis et restés tels aujourd'hui sans doute, font paraître, ne vous la laisse pas longtemps méconnaître. Vous excuserez cependant l'émotion qui gagne naturellement un Français sur cette terre naguère française, à la vue des efforts que déploient nos vainqueurs pour organiser de toutes façons leur conquête, en les comparant à l'insouciante indolence et aussi aux desseins avoués et secrets de ceux qui, dans les hauts conseils du département de l'Instruction publique devraient être les premiers à sonner l'alarme. La question de la Faculté de médecine de Nancy, si importante qu'elle puisse paraître ne serait à nos yeux que secondaire, si par là ne se révélait une incurie trop longtemps persistante qui a déjà causé tous nos malheurs. Ah ! ce n'est pas ainsi que les uns et les autres nous comprenions les réformes nécessaires, il y a trois ou quatre ans, au lendemain même de nos désastres !

Quel avenir attend donc la Faculté de Nancy ? A cette question, on ne nous a fait partout, à Nancy même, qu'une seule réponse.

La Faculté, à l'heure présente a 250 élèves environ. Dans ce nombre, les uns viennent en partie de l'ancienne Faculté de Strasbourg où ils ne faisaient que commencer leurs études à l'époque de la guerre, les autres plus jeunes appartiennent à des familles qui ont opté pour la nationalité française et quitté l'Alsace. Ces deux classes constituent à vrai dire la majorité des étudiants en médecine actuelle ; une fois que ces jeunes gens auront quitté l'école ; comment celle-ci recrutera-t-elle de nouveau le personnel de ses élèves ? C'est-là un point, qui, comme vous pouvez le croire, préoccupe vivement les intéressés.

La Faculté de Strasbourg n'avait guère plus de 250 à 300 élèves civils, mais les élèves du service de santé militaire portaient le chiffre total des étudiants à 750 environ et donnaient aussi à ce centre médical une incontestable vitalité scientifique. Nancy n'a pas hérité de toute la succession de Strasbourg : l'insuffisance de ses hôpitaux devait naturellement écarter les étudiants en médecine destinés à l'armée et l'absence de cette jeunesse studieuse qu'il est impossible d'appeler à soi et de retenir excite de sérieux regrets (1).

Ces deux raisons capitales font voir aux intéressés eux-mêmes, l'avenir de la Faculté de Nancy, médiocre pour ne rien dire de plus. Plus d'un des maîtres éminents qui y professent souhaiterait fort d'être appelé à la Faculté nouvelle de Lyon, et tout ce que je vous rapporte ici a été si nettement compris en haut lieu qu'il n'a été rien moins question, il y a quatre ou cinq mois, que de la suppression définitive de la Faculté de médecine de Nancy.

Pour que la Faculté de Nancy sinon prospérât, du moins vécût de la vie d'une petite université allemande, il faudrait que la ville se décidât à agrandir ses hôpitaux, à en augmenter le nombre ; il faudrait que la Faculté ne se vît par marchander quelques misérables crédits indispensables à l'activement de sa modeste organisation ; il faudrait que des discussions engagées avec une riche communauté religieuse ne durassent pas des années ; il faudrait enfin, les hôpitaux étant plus nombreux et plus riches de malades, qu'il vint ici une centaine d'élèves du service de santé militaire qui y restassent depuis leur premier examen de fin d'année jusqu'à l'obtention du diplôme *inclusivement*. A ce prix et grâce au zèle et au mérite du corps éminent de ses professeurs, cette Faculté pourrait peut-être se sauver et occuper après Paris, Lyon, Bordeaux, une place honorable. En dehors de ces bien modestes améliorations, il n'y a de l'avis de toutes les personnes compétentes et intéressées, rien à espérer de la Faculté de Nancy. Son avenir, sachons le dire, sera complétement nul.

Telles sont, monsieur le directeur, les observations impartiales et les renseignements exacts que je puis vous envoyer sur la Faculté de médecine de Nancy.

Jetons maintenant les yeux sur la Faculté de Strasbourg : c'est en 1872 aussi que le gouvernement prussien, installant dans les bâtiments de l'Academie du Bas-Rhin son personnel enseignant, *réor-*

(1) Quinze à vingt thèses auront été passés en 1875.

ganisa, comme disent ici avec affectation les professeurs allemands, l'Université. Il nous sera donc facile de tracer un parallèle entre les deux écoles supérieures, française et allemande, voisines.

L'ancienne université date du 14 août 1621 : c'est l'empereur Ferdinan II qui remplaça par cette haute institution l'Académie établie en 1666 par l'empereur Maximilien II; supprimée en 1793, une nouvelle académie y fut placée lors de la réorganisation de Napoléon Ier, qui réunissait les facultés de théologie protestante, de droit, de lettres, de sciences, de médecine, et une école supérieure de pharmacie; l'École du service de santé militaire avait été annexée à la Faculté de médecine, par décret du 12 juin 1856.

Nous n'avons pas à rappeler ici toutes les gloires de notre ancienne Faculté française, son école d'anatomie pathologique, ses physiologistes, et les maîtres éminents que lui a fournis l'École de santé, nul médecin ne les a oubliés, et il ne faudra rien moins sans doute à la nouvelle Université, pour les égaler, que les immenses ressources mises à sa disposition par le gouvernement allemand.

C'est une chose qui étonne toujours les étrangers de bonne foi, et nombre de députés allemands sont, en dépit des rodomontades berlinoises, dans ce cas que nos maîtres français aient pu et puissent encore tant travailler avec de si piètres moyens. A Strasbourg, plusieurs professeurs ordinaires, qui avaient visité notre Faculté de Paris, comprenaient difficilement comment de si intéressantes découvertes, comment des recherches de si longue et puissante haleine, avaient pu être faites.

Leur surprise me remettait en mémoire ce mot d'un professeur de l'Allemagne du Nord, adressé à notre illustre physiologiste, à M. Claude Bernard. Ce visiteur venait d'examiner avec attention les laboratoires du Collége de France, et particulièrement ceux de notre grand professeur de médecine, puis tout à coup se retournant vers celui qui avait voulu se faire un instant son hôte et son guide : « Monsieur, dit il, jusqu'ici j'estimais beaucoup vos travaux, maintenant je ne saurais dire à quel point je les admire. » Pour un Allemand, c'était beaucoup d'esprit et beaucoup de justice, et Voltaire qui disait : « Je souhaite aux Allemands un peu plus d'esprit et un peu moins de consonnes, » aurait sans doute souri en voyant son souhait à demi réalisé. (*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

386. Rousseau. Des urines ictériques et pseudo-ictériques.
387. Guillot. Du traitement de l'acné par le savon noir.
388. Lorreyte. Étude sur le cancer du péritoine.
389. Romain. Étude sur quelques applications des appareils aspiratoires.
390. Briand. Du traitement des tumeurs érectiles, et en particulier du procédé par les injections de perchlorure de fer unies à l'acupressure périphérique.
391. Verneau. Le bassin suivant les sexes et les races.
392. Sarry. Contribution à l'étude du traitement de la fistule vésico-vaginale.
393. Cerou. Nouveaux faits pour servir à l'histoire de la rectotomie linéaire.
394. Jacquelin. Étude sur l'épithélioma des maxillaires.
395. François Franc. Recherches sur l'anatomie et la physiologie des nerfs vasculaires de la tête.
347. Desmazes. Essai sur la kératite interstitielle et ses principales causes.
348. Thevenon. Quelques réflexions pratiques à l'occasion d'un certain nombre de strabotomies, et en particulier de ce que l'on peut ou doit entendre par le dosage de la ténotomie.
349. Boularan. Luxations en dehors de l'extrémité supérieure du radius.
350. Duquesnay. Du staphylôme opaque et de son traitement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets en date du 13 décembre 1875 :

M. Rochard, directeur du service de santé, a été élevé au grade d'inspecteur général du service de santé de la marine, en remplacement de M. Jules Roux, admis à la retraite.

M. Barallier, médecin en chef, a été promu au grade de directeur du service de santé de la marine.

— Dans sa séance du 8 décembre, la Société des médecins d s bureaux de bienfaisance a reçu :

Parmi ses membres honoraires : M. Tissier. — Parmi ses membres correspondants : MM. Couttin, à Rethel (Ardennes); Langlois, à Saint-Denis d'Anjou (Mayenne); Varry, à Montereau (Seine-et-Marne). — Parmi ses membres associés libres nationaux : MM. Amussat; comte de Beaufort; Bertherand, d'Alger; Berrut; Boinet; Bouloumié, de Vittel; Cabrol; Hédouin, de Dieppe; Hubert-Valleroux; Parmentier. — Parmi ses membres associés libres étrangers : MM. Chil, de Salmon (îles Canaries); Cornaz, de Neufchâtel (Suisse); Scheuer, de Spa (Belgique).

Des névralgies envisagées au point de vue de la sensibilité récurrente (pathologie et traitement), par le docteur Adolphe CARTAZ, interne des hôpitaux de Paris. — In 8° de 80 pages. Prix : 2 francs. — Paris, G. Masson.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Depuis longtemps nous n'avions pas entretenu nos lecteurs de la question du phylloxera, bien que les membres de la commission nommée à cet effet n'aient pas cessé d'entretenir l'Académie de leurs observations. Le rapport que cette commission vient de publier par l'organe de M. Bouley nous fournit une excellente occasion de réparer en une fois nos omissions et nous en profitons.

Par des décrets successifs promulgués en 1873, 1874 et 1875, par M. le ministre de l'agriculture, l'importation en Algérie des raisins, des fruits, des ceps de vigne et enfin des arbres de toute essence avait été interdite. Cette dernière prohibition ayant soulevé de nombreuses réclamations, dont M. le général Chanzy, gouverneur, s'était fait l'interprète auprès de l'administration, M. le ministre de l'agriculture saisit l'Académie de cette question, et c'est ce qui nous a valu le rapport de la commission, rapport instructif et utile tout à la fois.

D'abord la commission donne son approbation complète à la prohibition de l'importation des ceps de vigne. Grâce surtout aux travaux des délégués de l'Académie, on sait aujourd'hui la prodigieuse repullulation des phylloxeras pendant la phase de leur vie souterraine et l'action mortelle de leur rostre sur les radicelles de la vigne.

En ce qui concerne l'importation des arbres, la commission eût été moins absolue, car le *phylloxera vastatrix* ne s'attaque qu'à la vigne, et il y a bien peu de chance pour qu'un œuf s'égare sur les arbres destinés à être exportés ; mais les recherches de MM. Balbiani et Boiteau sur les mœurs du phylloxera ailé lui ont imposé une grande circonspection sur ce point.

« Nous savons aujourd'hui, dit M. Bouley, que vers la fin de juillet ou le commencement d'août, un certain nombre des phylloxeras aptères des colonies souterraines se transforment en nymphes, et que, sous cet état caractérisé par des rudiments d'ailes, ils se rapprochent de la surface du sol, vers laquelle ils semblent attirés par la lumière qu'ils doivent percevoir, car ils ont des yeux parfaits. Au moment où ils arrivent près de la surface, ils subissent une dernière mue, se transforment en insectes parfaits, complétement ailés, et sortent de terre, non pas seulement comme on l'avait cru, en suivant la direction de la tige, mais par toutes les fissures ouvertes.

« Sous cette forme nouvelle, l'insecte est encore une femelle agame ou parthénogenésique. Grâce à ses ailes, il se transporte ou se trouve transporté au loin par les courants aériens, et il va s'abattre sur les ceps qui se rencontrent dans le trajet qu'il parcourt ; là, il pond ses œufs soit sous les feuilles, dans les angles des nervures, soit sous l'écorce des branches ou du pied.

« Les œufs sont de deux sortes, différant par leur volume. Les plus gros contiennent des femelles, les plus petits des mâles ; après huit à dix jours, suivant la température, leur éclosion s'effectue, et il en naît une génération d'insectes sexués, les uns mâles, les autres femelles, qui présentent cette particularité remarquable qu'ils sont dépourvus d'organes digestifs externes et internes, sans rostres par conséquent. N'ayant d'autre destinée que de se reproduire, ils demeurent sous leur volume primitif pendant les quelques jours que dure leur vie.

Quel que soit le lieu du végétal sur lequel s'est opéré l'éclosion de l'œuf qui les contenait, ils se rendent toujours sous l'écorce où ils s'accouplent, et c'est là aussi que les femelles pondent l'œuf unique, dont on peut dire qu'elles sont pleines, car cet œuf, très-volumineux relativement à leur corps, le remplit complétement.

C'est là ce que M. Balbiani appelle l'œuf *d'hiver*, qui se distingue des œufs de femelles agames par sa teinte verdâtre et sa forme plus allongée.

« Il reste, de septembre en février ou mars, sous l'écorce où il a été déposé, et c'est de lui que naît la mère parthénogenésique, qui doit être la fondatrice des colonies souterraines.

On voit, par cet aperçu que, comme agent de transmission du phylloxera, les parties aériennes des ceps peuvent être plus dangereuses que les racines, pendant la longue période de l'hivernage des œufs qui proviennent des générations ailées ; branches et tiges peuvent lui servir de véhicule, non pas par le hasard d'un dépôt accidentel, comme on le croyait il y a peu de temps encore, mais parce que c'est sous leur écorce que les insectes parfaits s'accouplent, etc., que les femelles fécondées déposent les œufs, d'où doivent sortir les nouvelles générations destinées à la vie souterraine.

« Ces particularités rappelées, on peut se demander s'il ne serait pas possible que le phylloxera ailé déposât ses œufs ailleurs que sur la vigne, sur un autre arbre par exemple, où il aurait été porté par un courant aérien. »

L'un des membres de la commission, M. Blanchard, n'admet

pas cette possibilité; mais M. Balbiani ayant pu constater la présence des œufs d'hiver dans les fissures des échalas, le doute n'est plus permis.

En conséquence, la commission, tout en admettant que le transport du phylloxera par les arbres est une possibilité très-éventuelle, pense qu'il est prudent de mettre des conditions à leur exportation. Ces conditions consistent à exiger que tous les plants dont l'exportation serait autorisée soient munis d'un certificat d'origine authentique, constatant qu'ils proviennent de points du territoire situés à 40 ou 50 kilomètres au moins au nord d'une ligne tracée au niveau des points les plus avancés vers le nord que le phylloxera ait atteints.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées après quelques observations de MM. Blanchard, Dumas, Brongniart et Milne-Edwards.

— M. P. Carbonier, adresse une note *sur la nidification du poisson arc-en-ciel de l'Inde.* Ce poisson, dont la longueur n'excède pas 5 centimètres, vit dans les étangs et les fossés qu'arrose le Gange. C'est un des plus jolis poissons connus; il est remarquable surtout par le luxe de ses couleurs; mais la particularité la plus importante, c'est son mode de *nidification.*

Au moment de la ponte, le mâle prend dans sa bouche un peu de conferve, qu'il porte à la surface de l'eau. Mais comme cette plante retomberait au fond de l'eau, le poisson hume à l'extérieur quelques bulles d'air, qu'il place immédiatement sous elle. L'existence de l'île flottante étant ainsi assurée, le poisson continue tous les jours à accumuler de l'air à sa partie inférieure jusqu'à ce que la pression de ce dernier provoque la formation d'un véritable dôme flottant. C'est sous ce toit protecteur que la femelle vient déposer ses œufs.

— Complétons notre tribut à l'observation zoologique en terminant par la mention d'une note de M. Lortet *sur un poisson du lac Tibériade, le « Chromis pater familias, »* qui incube ses œufs *dans la cavité buccale.* Ce poisson est sans doute le même dont parle Aristote à propos des *sifflements* qu'il fait entendre, et dont nous avons eu occasion de parler dans notre *Physiologie de la voix et de la parole.* Quoiqu'il en soit, dès que la femelle a déposé ses œufs dans une dépression sablonneuse du sol ou entre les touffes des joncs, le mâle s'approche et les fait jouer, par aspiration, dans la cavité buccale. De là, il les fait cheminer entre les feuillets des branchies, et la pression exercée par les lamelles branchiales suffit pour les maintenir.

Lorsque les petits sont éclos, ils sortent non par les ouïes, mais par l'ouverture qui fait communiquer la cavité branchiale avec la bouche, et ils restent dans celle-ci, pressés fortement les uns contre les autres. La bouche du père nourricier est tellement distendue, que les mâchoires ne peuvent absolument pas se rapprocher. L'auteur ne sait pas à quelle époque de leur vie les petits quittent la bouche paternelle pour vivre d'une vie indépendante.

Dr Édouard Fournié.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac

Rareté actuelle du chancre simple (1).

Leçon recueillie par M. Hugonneau, interne du service.

VII

Des trois maladies vénériennes, le chancre simple est donc le plus facile à voir, à découvrir et à reconnaître. Par conséquent, c'est le moins insidieux au point de vue de la contagion, et le plus facile à éviter.

Ajoutez, messieurs, que ceux qui sont atteints de chancres simples ne sont pas longtemps sans le savoir. Les chancres simples causent, en effet, presque toujours des douleurs assez vives. Il y en a même qui font cruellement souffrir. Enfin ils ne tardent pas à devenir menaçants par leur extension, leur multiplication et les accidents locaux variés qui les compliquent, tels que les abcès lymphatiques, les adénopathies virulentes, etc. Il y a bien là de quoi inspirer aux malades des inquiétudes sérieuses et faire sentir, même aux plus négligés, la nécessité de se soigner. Et ils n'y manquent pas.

Il y a une autre raison qui les y porte; c'est que les chancres simples siégent très-souvent sinon toujours sur les parties les plus actives et les plus sensibles des organes génitaux, en entravent l'exercice ou le rendent impossible, presque autant que les blennorrhagies les plus aiguës.

On m'objectera qu'il en était ainsi autrefois, à l'époque où le chancre mou florissait, et que le besoin de les guérir promptement devait se faire sentir d'une façon aussi impérieuse qu'aujourd'hui. Pourquoi donc croissait-il et multipliait-il de la sorte? Est-ce que son virus était doué d'une spécificité plus active, plus pénétrante, qui augmentait sa contagiosité. Les générations qui nous ont précédé étaient-elles plus aptes à le contracter?

Je n'en crois rien, messieurs. Je suis persuadé que tout le monde constitutionnellement parlant est égal devant le chancre mou. Il n'y a point pour lui d'immunités ni d'aptitudes organiques. Tout se réduit à une question d'épiderme. Suivant l'état de cet enduit cutané, qui varie d'épaisseur et de consistance, les couches superficielles de la peau ou des muqueuses génitales internes seront plus ou moins bien protégées contre les atteintes du virus chancreux. Je ne serais pas aussi iatromécanicien s'il s'agissait de l'étiologie des chancres syphilitiques ou de la blennorrhagie. Bien que l'organisme se laisse trop souvent pénétrer et infecter par leur virus respectif; il n'est ni aussi inerte ni aussi passif qu'en face du chancre simple, et il ne consent pas toujours à développer les effets de la contamination, bien qu'elle ait eu lieu quelquefois dans les conditions les plus propres en apparence à en assurer le succès.

VIII

Vous trouverez, sans doute, messieurs, dans ce que je viens de vous dire un ensemble de circonstances qui sont de nature à produire par elles-mêmes et sans le concours d'autres causes la diminution du chancre mou. Ce sont des circonstances pour ainsi dire intrinsèques, car elles se rapportent à l'ulcère virulent et un principe de son mode d'existence qui lui assure pendant toute son évolution une sorte d'individualité parasitaire, n'ayant presque rien de commun avec l'organisme aux dépens duquel il vit.

Mais il y a d'autres circonstances bien autrement puissantes que les premières, pour produire la diminution du chancre mou. On pourrait les appeler extrinsèques parce qu'elles dépendent, non plus du chancre lui-même, ni de l'organisme qu'il attaque, mais de tous les moyens prophylactiques médicaux, d'hygiène privée ou publique, qu'on a mis en œuvre pour procéder méthodiquement à sa destruction.

La grande cause de la diminution du chancre simple, dans une ville immense comme Paris, c'est incontestablement la vigilance plus active et plus intelligente de la police sanitaire.

Mais au-dessus de la police sanitaire planent la médecine et

(1) Suite. — Voir le numéro du 14 décembre.

l'hygiène qui l'ont inspirée, dirigée, éclairée, et sans lesquelles la répression eut peut-être empêché le mal momentanément, mais n'en aurait pas tari la source.

IX

Ici, messieurs, je suis heureux de proclamer bien haut que, dans cette branche importante des connaissances médicales, la France occupe le premier rang. Citons un pays où depuis près d'un siècle il ait été publié autant de travaux remarquables à tous égard et comme science et comme expérimentation et comme pratique, sur les maladies vénériennes.

Je ne me laisse point aveugler par l'amour-propre national en affirmant, sans crainte d'être démenti par personne, qu'il n'existe pas au monde d'écoles supérieures, dans cet ordre de recherches, à Paris et à Lyon, d'écoles où toutes les questions relatives à la blennorrhagie, au chancre mou, à la syphilis, aient été étudiées, approfondies, discutées d'une façon plus complète, où on ait découvert plus de vérités, aujourd'hui acceptées de tous, d'où soient sorties en aussi peu de temps un aussi grand nombre de célébrités justement estimées et admirées, qui ont illustré la médecine française.

C'est depuis quinze ou vingt ans seulement qu'on connaît le chancre simple, qu'on l'a isolé des autres espèces vénériennes; qu'on a décrit et prouvé son autonomie et toutes les conséquences qui s'y rattachent.

Son traitement repose sur des bases si solides, il a été expérimenté tant de fois avec succès, qu'il me semble peu probable qu'on y puisse rien changer, du moins en principe. Je fais une réserve pour les agents thérapeutiques. Nous en avons de très-puissants, d'une efficacité éprouvée; mais il ne serait pas impossible qu'on en découvrit d'autres plus actifs et plus radicaux dans leur action.

Toujours est-il qu'avec ceux que nous possédons, il nous est permis de détruire rapidement le chancre simple, et de faire disparaître, pour ainsi dire en quelques minutes, toute sa virulence.

X

Comment voulez-vous qu'avec de pareils moyens, et secondée par la police sanitaire, la médecine ne parvienne pas à assainir peu à peu, et à éteindre même la plupart des foyers de cette espèce vénérienne.

C'est ici le lieu de vous dire quelques mots des femmes qui ont contagionné les malades atteints de chancres simples, dont j'ai pris l'observation en 1869 et dans le premier semestre de 1870.

En 1869, si vous vous le rappelez, j'ai eu 367 chancres simples à ma consultation. La source de la contagion a été notée 343 fois.

Sur les 343 femmes atteintes de chancres simples qu'elles ont communiqués, il y avait 290 filles *insoumises* et 53 filles *soumises*.

Parmi les filles *insoumises*, 201 sont désignées sous le nom de *coureuses*; les 89 autres exercent diverses professions; ce sont les *varia*.

Parmi les filles *soumises*, 29 étaient des *filles en carte*, et 24 des *filles en maison*.

En 1870 (premier semestre), j'ai soigné 212 chancres. La source de la contagion a été notée 200 ou 210 fois, et sur ces femmes, il y avait à peu près 142 *insoumises* et 64 *soumises*,

Les *insoumises* comprenaient 102 *coureuses* et 40 *varia;* les *soumises*, 30 filles *en carte* et 24 *en maison*.

Ainsi, messieurs, vous voyez que la prostitution clandestine fournit toujours le plus fort contingent de la contagion, pour le *chancre simple* comme pour l'ensemble des maladies vénériennes.

En réunissant les deux années 1869-1870 (premier semestre), nous trouvons qu'il a été contracté 579 chancres, et que ces 579 chancres simples, ont été communiqués par 432 filles *insoumises* et 117 filles *soumises*.

Sur les 432 *insoumises*, il y avait 303 *coureuses* et 129 *varia*.

Sur les 117 *soumises*, il y avait 59 femmes *en carte* et 58 femmes *en maison*. Ces deux catégories sont donc sur la même ligne et elles offrent près de deux fois plus de garanties que les *varia* et cinq fois plus que les *coureuses*.

(*A suivre.*)

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. AUGUSTE VOISIN.

Observation de transfusion du sang chez une aliénée.

L'aliénation mentale chronique, (je ne parle que de la folie simple), peut amener à la longue, par suite d'une alimentation insuffisante, d'une sorte d'inanition lente, un état d'altération du sang qui se traduit par de la pâleur, de la transparence de la peau et des muqueuses, de la flaccidité des chairs, de l'œdème des extrémités (sans albumine), une odeur spéciale de l'haleine et de la peau, un état de langueur du regard et enfin par des eschares du sacrum et des coudes.

Le sang de ces malades présente des altérations qui consistent en sa pâleur lorsqu'il sort d'un doigt piqué, et quelquefois dans le dédoublement de la goutte de sang en une partie claire et en une partie rouge. Sous le microscope on constate la séparation de la masse des globules en îlots séparés par des espaces clairs, sans augmentation du nombre des globules blancs. Cet état morbide secondaire résiste ordinairement à toute thérapeutique, et l'on assiste à la déchéance de plus en plus grande du malade jusqu'à ce que des eschares amènent sa mort.

Après avoir été plusieurs fois témoin de ce dénouement, j'ai cherché à y parer au moyen de la transfusion du sang.

Je l'avais employée une première fois chez une femme lypémaniaque qui était arrivée à avoir des eschares au sacrum, aux coudes, à la partie antérieure des jambes.

Je lui fis, avec l'aide de M. Périer, chirurgien de la Salpêtrière, une transfusion de 80 grammes de sang veineux de son mari. Je me servis de l'appareil de Moncoq.

L'opération fut très-simple, ne fut suivie d'aucun accident, mais ne put arrêter la marche des eschares qui amenèrent la mort en huit jours.

J'avais évidemment attendu trop longtemps. Je me proposai dorénavant de ne pas laisser l'anémie et l'altération du sang prendre un caractère si grave.

L'occasion de faire une seconde transfusion chez une aliénée se présenta à moi en juillet dernier.

Mme X..., quarante-et-un ans, a commencé en septembre 1874 à être atteinte de ménorrhagies considérables qui ont duré trois semaines. Cinq jours après l'arrêt de l'hémorrhagie, les règles ont paru pendant dix jours. La menstruation ne s'est pas reproduite jusqu'en décembre 1874. La malade était restée très-faible, avait gardé le lit et avait cessé de pouvoir manger de la viande à cause de nausées et de vomissement.

Les règles parurent le 30 décembre, furent très-abondantes et durèrent douze jours. Le 2 janvier cette dame commença à présenter de la mélancolie, et elle se refusa à manger.

Elle fut placée dans une maison de santé où pour la forcer à manger, une domestique la menaça de l'enfer, et jeta de l'huile sur le feu pour l'intimider en lui disant qu'elle brûlerait ainsi en enfer.

Une personne de son entourage survint qui constata le fait.

La malade fut retirée de la maison de santé et conduite à Charenton

où elle séjourna jusqu'en juin. Elle eut dans ce dernier établissement une seconde hémorrhagie.

Lorsque je la vis le 1er juillet 1875, elle présentait les caractères de la mélancolie, se tenant immobile sur une chaise, la tête penchée en avant et appuyée sur la main droite. Elle se refusait à répondre, à s'habiller, à se lever; or n'obtenait d'elle que ces mots bien articulés « *Laissez-moi seule cinq minutes, que je me pende* » Elle a fait de nombreuses tentatives de suicide. Elle en a donné comme raison qu'elle s'ennuie, qu'elle sera condamnée aux peines de l'enfer. On ne peut la laisser un moment sans surveillance. On a beaucoup de peine à la faire manger.

La peau et les muqueuses sont très-pâles. La face est bouffie; les paupières sont demi-closes par de l'œdème. Les jambes et les pieds sont infiltrés de sérosité.

Souffle doux, systolique, à la base du cœur et au cou. Les extrémités des doigts sont d'un blanc mat. Pas d'albumine dans l'urines Pas de lésions utérines. Constipation opiniâtre. (Une selle tous les dix jours).

Le traitement que j'ordonnai dès ma première visite consista en bains salés, en une petite quantité de chlorhydrate de morphine (de 1 à 2 centigrammes par jour), à prendre par la bouche, des sorties, autant que possible et une alimentation substantielle.

Le 15 juillet, menstruation. Le sang vient toujours en grande abondance.

Le 21. La physionomie est un peu moins triste, mais l'état général est le même, ainsi que l'œdème. La dose de morphine, est arrivée à 4 centigrammes par jour.

25 juillet. Même état. L'œdème a gagné les cuisses. La constipation persiste... La malade se refuse à sortir de sa chambre de crainte d'être emmenée dans une maison de santé.

Je constate à l'examen microscopique d'une goutte de sang prise au doigt et étalée sans pression sous le couvre-objet que les globules forment un grand nombre d'îlots séparés par des intervalles absolument clairs, dans lesquels on n'aperçoit que quelques globules blancs en quantité normale.

Après cette constatation qui me révèle une altération du sang que j'ai maintes fois observée sur des aliénés qui ont des eschares ou qui sont sur le point d'en avoir, je propose à la famille la transfusion du sang.

Après un intervalle de quelques jours qui m'est demandé, la famille voyant l'œdème des cuisses augmenter, accepte l'opération. Je demande l'aide de MM. les docteurs Godart (de Versailles) et Burlureau, médecin major de l'armée, et je me procure l'appareil de Moncoq perfectionné par Colin.

L'opération a lieu le 1er Août. Le sang nous est fourni par une domestique vigoureuse nommée E. Maillard. Le trocart n'a pas pénétré dans la veine que nous avons voulu ouvrir sans inciser préalablement la peau, et 20 grammes de sang veineux sont injectés dans le tissu cellulaire du coude, au pourtour de la veine médiane. Il se fait un thrombus considérable.

L'opération est suspendue et remise à un autre jour. Le soir même, après six heures de temps, le thrombus avait disparu, et le surlendemain je ne constatai dans cette région que des teintes noirâtres et jaunâtres de la peau. La petite plaie était cicatrisée.

Ce même jour, nous constations, M. Godard et moi, que l'œdème des cuisses avait notablement diminué, et nous apprenions que la malade avait eu des garde-robes régulières ces deux jours passés.

Nouvelle opération le 5 août, avec l'aide de mes confrères et du docteur Delaunay. — Temp. axill., 37,2. — Pouls, 72.

Le sang est fourni par la même domestique qui mérite bien que son nom ne soit pas oublié.

La veine médiane gauche de la malade est mise à nu au moyen d'une incision de 5 centimètres.

Lorsqu'elle est bien visible, nous y introduisons une canule armée d'un bec de plume recourbé légèrement. Nous y envoyons 80 grammes de sang veineux en ayant soin de faire avancer le piston en spirale. Le sang pénètre facilement dans la veine, sans que la malade éprouve aucune sensation particulière, et sans que la respiration soit modifiée. A l'auscultation on ne constate rien de particulier pendant la transfusion, ni au bout d'une heure.

Cinq minutes après la transfusion, Temp. axill. 37,5. — Pouls, 72.

Une heure après, frissonnement qui dure cinq minutes. Une heure et demie après, assoupissement.

Trois heures après, besoin profond de dormir. Pendant la nuit, calme à peu près complet.

Le lendemain soir (la malade s'était levée dès neuf heures du matin) les jambes ne sont plus enflées qu'aux chevilles.

Le surlendemain nous constations que l'état des poumons est normal, que la coloration des doigts est devenue rosée, qu'il n'existe plus d'enflure des jambes, et l'on nous apprend que la malade a été ces deux jours à la garde-robe, sans lavements, et est descendue seule dans son jardin. Temp. axill., 37, — Pouls 80.

L'état mélancolique a diminué; Mme X. n'a plus fait de tentatives de suicide.

Le 10 Août. Menstruation jusqu'au 15, non abondante.

La plaie du pli du coude est cicatrisée.

Le 20. La médication morphinique est reprise à la dose de 15 milligrammes par jour.

1er Septembre. L'état mélancolique a encore diminué et la malade a pris le chemin de fer, est allée se promener à Versailles en compagnie de sa domestique.

La dose de morphine est arrivée à 35 milligrammes.

3 Septembre. Mme X. travaille dans son intérieur, elle ne reste plus immobile, elle ne parle plus de ses frayeurs. L'état mélancolique est toujours peu intense.

La médication a produit plusieurs fois des vomissements.

15 septembre. L'œdème n'a pas reparu aux jambes. La face n'est plus bouffie. Les extrémités des mains sont rosées. Mme X. n'a plus d'idées de suicide. Elle s'occupe des soins de son ménage.

La dose de morphine est arrivée à 9 centigrammes par jour que la malade supporte bien sans avoir de nausées ni de vomissements. Les garde-robes sont restées régulières.

Mme X..., mange beaucoup, avec appétit, et à plusieurs reprises, depuis quinze jours, elle a parlé comme en l'état de raison complète.

Elle n'a plus qu'une crainte, c'est d'être emmenée dans une maison de santé. Elle sort tous les jours à pied dans la campagne.

15 octobre. Elle a reçu il y a quelques jours l'un de nous d'une façon aimable et lui a fait les honneurs de chez elle.

Les particularités suivantes ressortent de cette observation :

L'innocuité d'une injection de 20 grammes de sang dans le tissu cellulaire, sa résorption en quelques heures, ainsi que l'a dit Poncet, l'influence qu'a eue cette injection sur la diminution de l'œdème et de la constipation :

L'innocuité de la transfusion de 80 grammes de sang veineux, la cessation consécutive et immédiate de l'œdème des membres inférieurs et d'une constipation ancienne et opiniâtre sont deux résultats que je crois devoir être attribués au retour de la tonicité vasculaire et musculaire.

Ces conséquences de la transfusion sont au moins très-remarquables et devront fournir des indications utiles pour le traitement de la folie.

Mais la transfusion a eu d'autres conséquences chez cette malade; l'appétit est revenu, elle a recommencé à manger, les digestions se sont bien faites, les forces sont un peu revenues, et cette dame a pu sortir à pied; mais l'état lypémaniaque restait à peu près le même.

L'amélioration dans l'état physique de la malade m'a permis alors d'augmenter la quantité de morphine que j'employais déjà à de très-petites doses.

Sous l'influence du médicament, porté à la dose de 10 centigrammes, l'état mental de la malade s'est encore amélioré; elle ne reste plus assise sur une chaise pendant des journées entières; elle s'ocupe maintenant des soins de son ménage. Il y a quelques jours, elle venait elle-même nous ouvrir la porte et nous faisait les honneurs de chez elle. Elle ne parle plus de ses frayeurs, et elle n'a plus la moindre idée de suicide: elle redoute moins d'être emmenée dans une maison de santé. Elle mange d'une façon suffisante. L'œdème et la constipation ne se sont pas reproduits.

Ce sont les améliorations de la santé physique des malades qu'il faut, je pense, faire ressortir le plus dans la transfusion, amélio-

rations qui ont pour résultat de modifier heureusement la crase du sang ainsi que les actes organiques et qui placent par conséquent les malades dans de meilleures conditions pour être traités; mais je pense que ce serait outrer les conséquences possibles de la transfusion que de croire que seule elle peut guérir la folie.

On connait bien les observations de Denis et les essais actuels des médecins italiens, mais dans aucun cas les résultats n'ont été jusqu'à ce moment durables lorsqu'on s'est contenté de la transfusion comme moyen curatif.

En résumé, la transfusion du sang doit être tentée dans certains cas de folie ayant amené de l'anémie chronique parce qu'elle a une influence évidente sur la crase du sang et sur les actes qui se passent dans l'intimité de nos organes.

L'injection de sang dans le tissu cellulaire a été inoffensive et a même diminué l'œdème et la constipation.

La transfusion a eu pour résultat immédiat de faire cesser l'œdème et la constipation.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 18 décembre 1875. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES

M. Charcot a été accusé d'une sorte de dédain pour la physiologie expérimentale. Il déclare qu'il professe, au contraire, pour cette science un grand respect; il a toujours vécu dans son voisinage et, si ses travaux offrent quelque caractère particulier, c'est à la physiologie expérimentale qu'ils le doivent.

Il reconnaît également que les travaux de M. Brown-Sequard ont eu une grande influence sur sa direction. M. Charcot et la physiologie expérimentale vivent donc en bonne intelligence. Mais dès qu'il s'agit du cerveau et de la moelle épinière, il ne lui est plus possible d'accepter sans réserve les opinions des physiologistes.

Le moment est venu, suivant lui, d'avoir recours à d'autres méthodes que celles qui ont été suivies jusqu'ici. Le chien a donné tout ce qu'il pouvait donner, c'est désormais l'homme ou son voisin le plus proche, le singe, qu'il faut étudier. La physiologie expérimentale est à court pour expliquer ce qui se passe chez l'homme, le seul but que doit poursuivre le clinicien.

M. Brown-Sequard ne partage pas l'opinion de M. Charcot, et, pour soutenir la sienne, se trouve obligé de faire à la Société une série de nombreuses communications. Il a pour but de démontrer que les localisations cérébrales, telles qu'elles sont généralement admises aujourd'hui, sont fausses et qu'il faut en établir d'autres. Mais auparavant, il doit revenir sur certaines questions qui dominent le sujet. Les symptômes qu'on observe dans les affections cérébrales, suivant M. Brown-Sequard, sont le résultat de l'influence de telle ou telle lésion sur les parties voisines de la partie lésée. Étant supposée, par exemple, une hémorrhagie au niveau de la troisième circonvolution frontale du côté gauche, on pourra observer deux faits : des convulsions, et de l'aphasie, c'est-à-dire la production d'un accident, les convulsions et la perte d'une fonction, l'aphasie ou la perte de la faculté d'exprimer les idées par la parole. Or, dans ce cas, les convulsions résultent d'une puissance convulsivante se trouvant, non pas dans la région même où siége la lésion, mais bien dans une partie du voisinage où aboutissent les fibres passant par la région lésée. Il en sera de même du mécanisme de l'aphasie qui, par conséquent, ne prouvera pas, dans ce cas, que la troisième circonvolution frontale gauche est le centre de l'expression des idées par la parole. Pour les deux faits, convulsions et aphasie, c'est donc le même mécanisme, le même mode de production.

Si l'on examine comment se produisent les paralysies, ajoute l'orateur, on voit que, dans la grande majorité des cas, leur mode de production est encore le même que pour l'aphasie et les convulsions dans le cas qui précède. Il y a, dit-on, des conducteurs dans le bulbe qui servent à la transmission de la volonté aux muscles; si ces conducteurs sont lésés, il y aura perte de la fonction; toute lésion du bulbe entraînera donc la perte de la motilité. Il est vrai que les choses se passent ainsi dans beaucoup de cas; mais le bulbe peut avoir d'autres influences à distance, influences qui parfois prédominent et dès lors les effets seront tout différents.

Si l'on étudie ce qui à lieu pour le cerveau lui-même, en particulier pour la capsule interne, le pédoncule cérébral, on voit également l'importance de cette influence à distance au point de vue de la production des paralysies. Un grand nombre de faits démontrent que les paralysies peuvent se produire en dehors de toute lésion de ces centres. D'autre part on voit des lésions extrêmement limitées dans une région, être suivies de paralysies, et d'autre fois, des lésions très-étendues dans la même région n'être suivies d'aucune paralysie. Il faudrait donc en conclure que les centres diffèrent suivant les individus, ce qui serait absurde, ce qu'il est impossible d'admettre. Il y a des cas où une lésion limitée de l'encéphale produit une paralysie faciale du côté correspondant à la lésion; il y en a d'autres où la paralysie faciale apparaît du côté opposé. Il y a des cas de paralysies alternes correspondant à des lésions situées audessus du pont de Varole.

Devant cette variété de faits, il est impossible d'admettre que les paralysies de la face, liées ou non à celle des membres, dépendent uniquement de la lésion du centre moteur des muscles de la face. En effet, cela conduirait à cette conclusion que ce centre moteur occupe toutes les parties du cerveau.

Enfin, on a vu des cas dans lesquels telle lésion limitée du cerveau a produit tantôt la paralysie des membres supérieur et inferieur du même côté, tantôt la paralysie des membres supérieur et inférieur du côté opposé, tantôt celles des membres supérieurs, tantôt celle des membres inférieurs. M. Brown-Sequard n'insiste pas sur ces faits qui, étant admises les idées actuelles sur les localisations, conduisent à des conclusions absurdes.

Il aura occasion de montrer ultérieurement que, pour ce qui concerne les localisations, les faits expérimentaux viennent entièrement à l'appui des faits pathologiques observés chez l'homme. En effet, cette même variété de faits se retrouve chez les animaux où la lésion est connue, où elle est produite dans des conditions voulues.

M. Brown-Sequard commence l'énumération de plus de deux cents observations qui tendent à démontrer l'existence de l'hémiplégie avec une lésion du cerveau siégeant du même côté que la paralysie.

M. Charcot pense qu'il est impossible de continuer la discussion dans de semblables conditions. Parmi les observations citées par M. Brown-Sequard, il n'en est pas une seule que M. Charcot ne trouve entachée de toutes sortes de fautes. M. Brown-Sequard ne parle que de faits exceptionnels, qui ne se voient pas habituellement, et veut établir une théorie sur ces faits. M. Charcot, lui, ne veut, au contraire, que des faits vulgaires, communs, habituels, et récuse d'avance tous les faits exceptionnels.

Pour ne parler que de la première observation citée par M. Brown-Sequard, M. Charcot fait observer que cette observation est le désordre même, et qu'il est absolument impossible d'en rien conclure. Ce ne sont, en effet, que faits contradictoires, tout à fait exceptionnels, et tels que M. Charcot n'en a jamais vus depuis quinze ans qu'il étudie ces questions à la Salpêtrière. Il ne lui serait pas difficile, prenant toutes ces observations les unes après les autres, de démontrer qu'elles pèchent toutes par un côté, ce qui leur enlève toute valeur. La discussion est donc impossible, puisque M. Charcot récuse tous les faits sur lesquels s'appuie M. Brown-Sequard. Adoptant les propres termes dont s'est servi son collègue, M. Charcot admet que, dans les symptômes consécutifs aux lésions cérébrales, il faut distinguer les phénomènes directs et les phénomènes indirects. Mais les premiers seuls sont la règle et les autres l'exception, sur laquelle il est impossible d'établir des lois.

M. Brown-Sequard avait l'intention de démontrer, s'appuyant sur des centaines de faits, la possibilité de la production de la paralysie du côté correspondant à la lésion cérébrale. Il y a un fait bien connu, bien précis, et dont l'observation ne laisse rien à désirer, que M. Charcot ne saurait récuser, c'est celui de M. Diday (de Lyon). On en pourrait citer un grand nombre d'autres tout aussi irrécusables. Or, une seule exception suffit pour rendre fausse une théorie.

D'ailleurs, les brûlures du cerveau chez les animaux amènent le même résultat. M. Brown-Sequard a communiqué des faits nombreux dans lesquels la brûlure d'une moitié de cerveau avait déterminé la paralysie du même côté. On sait que M. Longet expliquait ces faits contradictoires par le défaut d'entrecroisement des pyramides; mais jamais ce défaut d'entrecroisement des pyramides n'a été rencontré par aucun anatomiste.

M. CHARCOT répète que dans le grand nombre de faits qu'il lui a été donné d'observer, il n'a jamais constaté des faits aussi contradictoires avec la théorie qu'il soutient. Tous les faits cités par M. Brown-Sequard pèchent donc autant au point de vue clinique qu'au point de vue de l'anatomie pathologique.

Myélite consécutive à l'irritation des nerfs périphériques. — M. HAYEM fait une communication sur les altérations que présentent les nerfs dans ces cas de myélite. Il reviendra ultérieurement sur cette étude.

Du vaccin et du charbon. — M. PAUL BERT a continué ses expériences sur le vaccin. On se rappelle qu'il a démontré que, soumis à l'influence de l'oxygène comprimé, le vaccin conserve toutes ses propriétés.

M. Bert a pris du vaccin, l'a additionné de trois fois son volume d'alcool absolu, et après toutes les précautions nécessaires pour que tout le vaccin fût pénétré. Il s'est desséché rapidement et a été ainsi conservé trois jours. Après ce temps il a été inoculé sur six enfants; un seul de ces enfants a présenté de très-belles pustules, cela suffit pour démontrer que l'agent virulent du vaccin n'a pas été tué par l'alcool absolu.

M. Paul Bert s'est fait envoyer par M. Raimbert (de Châteaudun), du sang charbonneux. Ce sang soumis soit à la compression par l'oxygène, soit à l'action de l'alcool absolu, n'a pas produit d'inoculation du charbon. Pour éviter une cause d'erreur, M. Bert rappelle que le sang soumis à la pression par l'oxygène ne se putréfie pas; ce n'est donc pas à sa putréfaction qu'on peut, dans ce cas, imputer sa non virulence. Il existe donc une différence bien nette entre le charbon et le vaccin.

Coloration bleue du linge à pansement. — M. GALIPPE a entrepris une série d'expériences tendant à démontrer que la coloration bleue qu'on observe parfois sur le linge à pansement, est due à la présence d'un champignon ou d'un vibrion spécial.

Préparations histologiques. — M. DUVAL présente des pièces histologiques colorées suivant un nouveau procédé, appelé à rendre de grands services pour l'étude du cerveau en particulier. Grâce à ce procédé, M. Duval espère pouvoir déterminer l'origine réelle des nerfs crâniens.

La séance est levée à six heures.

VARIÉTÉS

Les livres d'étrennes.

Comme à la fin de chaque année, nous allons passer rapidement en revue les livres dont nous avons pu prendre connaissance et que nous pouvons recommander à nos lecteurs.

Au premier rang nous placerons la *Nouvelle géographie universelle de Reclus* (1). Ce magnifique ouvrage, dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs, car il se publie par livraisons hebdomadaires, a marché avec une si parfaite exactitude, que nous pouvons déjà connaître les dernières recherches sur l'*Europe* méridionale. La Grèce, la Turquie d'Europe, la Roumanie, la Serbie et la Montagne noire, l'Italie, la Corse, l'Espagne et le Portugal viennent tour à tour nous livrer non-seulement leurs détails topographiques, mais leurs merveilles artistiques, leurs mœurs, leur régime gouvernemental. La géographie actuelle n'est plus la sèche nomenclature de nos jeunes années; elle est maintenant la plus attachante des lectures. Aussi ne saurait-on trop applaudir aux efforts de ceux qui ont relevé en France ces études géographiques si longtemps méconnues et négligées. Du premier coup, ils ont prouvé que la France n'est pas aussi déchue que veulent bien le dire nos amis les ennemis. L'œuvre de M. Élisée Reclus, dont nous présentons le premier volume, et qui en aura une dizaine, est une œuvre de première valeur. Chaque volume fait un tout pour ainsi dire : c'est ainsi que nous avons aujourd'hui l'histoire de l'Europe méridionale. Nous suivrons avec le plus vif intérêt la continuation de ce gigantesque travail, dont chaque volume promet, pendant quelques années, des livres d'étrennes dignes des plus grands éloges.

— Les esprits sont, du reste, aujourd'hui tellement portés vers les études géographiques, que l'on ne doit pas être surpris de voir les voyageurs fêtés et honorés comme ils le méritent. Car, il faut suivre une de ces relations pour voir les qualités morales et intellectuelles de ces hommes qui ne craignent pas de tout quitter, foyer, famille, amis, pour courir à la recherche de cette toison d'or, la science. Que d'épreuves, que de souffrances, et au bout de tant d'efforts, le plus souvent la mort sur le sol étranger. Voyez Aucher-Éloy, le savant presque ignoré à qui nous devons tant de connaissances sur la Perse et l'Asie-Mineure. A peine son nom est-il arrivé jusqu'à nous, et sans le comte Jaubert, nul ne saurait ce que la science lui doit. Aujourd'hui, grâce à un grand peuple qui sait soutenir ses enfants dans leurs efforts, dont le rayonnement honore toujours la mère-patrie, nous savons que la dépouille mortelle d'un illustre martyr de la science ne restera pas abandonnée sur une terre perdue. C'est à côté des plus grandes illustrations de son pays que Livingstone repose maintenant. Et qui mérita mieux ces honneurs que cet homme, dont nous lisons aujourd'hui la relation si remplie d'intérêt. Le *dernier Journal du docteur Livingstone* (1) relate ses explorations et ses découvertes de 1866 à 1873. Est-il rien de plus touchant que le récit de ses derniers moments. Quelle nature de fer! Quel amour de la science! Heureux Livingstone, qui ne fut pas abandonné, quand le mal brisa son corps; combien de ces martyrs de la science, assassinés ou délaissés par leurs serviteurs quand l'énergie succombait sous les atteintes de la maladie dernière.

— Si le *Journal de Livingstone*, dont nous avons, il y a quelques mois, fait passer des fragments sous les yeux de nos lecteurs, est rempli de faits intéressants, nous pouvons en dire autant d'*Ismaïlia* (2). Nous voici dans l'Afrique centrale, et notre guide est sir Samuel White Baker, le chef d'une expédition pour l'abolition de la traite des noirs. Grâce à l'énergie de sa femme, qui ne recula devant aucune des difficultés de ce voyage, Baker a joui dans cette expédition de ces consolations morales si nécessaires à l'homme isolé sur la terre étrangère. Aussi en retrouve-t-on les traces dans ce récit, où les faits abondent, où les détails ethnographiques se pressent comme dans toute relation, mais où le côté douloureux et triste diminue pour ainsi dire; on sent qu'il puisait une plus grande force morale dans la présence de sa compagne. Ceux qui ont voyagé isolément comprendront la nuance que nous indiquons.

— De la géographie à l'histoire, il n'y a qu'un pas, et nous allons le franchir en présentant à nos lecteurs le quatrième volume de l'*Histoire de France populaire* (3) de Henri Martin. Il est inutile de s'arrêter longtemps sur cette œuvre; nos lecteurs ont lu les trois premiers volumes. Le quatrième commence en août 1792 pour se terminer au moment où le Sénat proclame Bonaparte, empereur des Français. C'est une des pages les plus vivantes, les plus tristes et les plus belles de notre histoire. Rien ne peut lutter contre ce développement qui a fait la France actuelle; 263 gravures représentent les scènes principales de la Révolution française et nous font connaître ses principaux acteurs dans une série très-remarquable de portraits.

(1) Un volume in-8° jésus, pp. 1012 avec 4 cartes tirées à part et en couleur, 200 cartes insérées dans le texte et 60 gravures sur bois. — Prix broché, 30 fr. — Paris, Hachette et Ce.

(1) 2 vol. gr. in-8° raisin avec 60 gravures et 4 cartes. — Prix broché, 20 fr. — Paris, Hachette et Ce.

(2) 1 vol. gr. in-8° raisin avec 58 gravures et 2 cartes. — Prix broché, 10 fr. — Paris, Hachette et Ce.

(3) Un vol. gr. in-4° avec 263 figures. — Prix : 8 fr. — Paris, Furne, Jouvet et Ce.

— Aux amateurs d'histoire naturelle, nous offrons les *Animaux de la France* (1), ouvrage que M. Victor Rendu, l'inspecteur général honoraire de l'agriculture, a écrit pour ses enfants. Le mérite de l'auteur nous assure que ces recherches sur les animaux de notre sol, seront lues avec un vif intérêt par nos enfants et même par beaucoup de nous qui retrouverons avec plaisir des faits oubliés et des tableaux dignes de nos méditations. Cet ouvrage est un très-bon livre pour la jeunesse.

— Ici nous crierons gare à ceux qui se laisseraient prendre au titre. L'*Insecte* (2), par Michelet, n'est pas un livre de science. Mais c'est bien là la plus charmante œuvre d'imagination, et le style en fait tous les frais. Aussi comprenons-nous très-bien le luxe avec lequel l'éditeur nous la présente. C'est en papier teinté, et avec 140 vignettes délicieuses du Giacomelli que s'offre à nous l'œuvre de Michelet. Nous l'avions tous lu autrefois ; Michelet n'est plus, mais son œuvre revit, et les arts l'ont enveloppé des plus gracieuses et des plus surprenantes compositions. Pour être toute d'imagination, l'*Insecte* ne continuera pas moins à être lu par tous ceux que le charme du style sait toucher.

— Plus de surprises, cette fois-ci. Voilà un vrai livre de science, écrit par un vrai savant. Mais la science est charmante, et le savant d'une modestie qui le fait aimer. Ce livre a pour titre : *les Plantes alpines* (3), et l'auteur M. B. Verlot, est le chef botanique du Muséum ; 78 vignettes et 50 chromotypographies font de ce livre un des plus beaux livres d'étrennes, en même temps qu'un livre que le savant aime à placer sur les rayons de sa bibliothèque.

— Mais l'espace va nous manquer et le temps nous presse. C'est à peine si nous pouvons vous signaler deux livres de la Bibliothèque des merveilles, que vous lirez avec un véritable intérêt : *le Magnétisme* (4), de Radau, et *l'Air* (5), de Moitessier. Ces deux livres sont dignes de la charmante collection où nous les relevons. On voit par la signature de M. Moitessier, le savant professeur de la Faculté de médecine de Montpellier, que nos confrères ne dédaignent pas de donner l'appui de leur talent à cette Bibliothèque de merveilles, où tant d'excellentes choses s'impriment chaque jour.

(1) Un gr. vol. in-8° raisin avec 258 fig. — Prix : 10 fr. — Paris, Hachette et Ce.
(2) Un vol. gr. in-8. — 140 vignettes. — Prix broché, 20 fr.
(3) Gr. in-8. — Prix : 30 fr. — Paris, J. Rothschild.
(4-5) In-18 jésus. — Prix : 2 fr. 25. — Paris, Hachette et Ce.

— Nous allons clore cette revue par le nouveau volume que M. Louis Figuier consacre aux *Merveilles de l'Industrie* (1). Nous sommes en présence de l'industrie chimique. L'eau, les boissons gazeuses, le blanchiment et le blanchissage, le phosphore et les allumettes chimiques, le froid artificiel, l'asphalte et les bitumes : tels sont les divers sujets traités dans ce nouveau volume. Le lecteur qui, depuis tant d'années, suit avec intérêt les publications de M. Figuier, sera toujours satisfait du soin avec lequel il nous invite à des merveilles souvent difficiles à présenter. Ce volume est le troisième de la série : nous lui souhaitons d'être suivi de nombreux volumes. *Ad multos annos.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — MM. les professeurs Broca et Sappey sont nommés assesseurs.

— M. le docteur Bianchi est nommé médecin de l'École vétérinaire de Lyon en remplacement de M. Dime, décédé.

— *Corps de santé de la marine.* — Par décret du 20 novembre 1875 ont été promus au grade de pharmacien principal : MM. de Nozeille et Sambuc.

— Par décret en date du 25 novembre 1875, M. Campara a été promu, au grade de pharmacien de première classe.

(1) In-4° avec 300 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, Furne, Jouvet et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas samedi.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La plus grande partie de la séance a été, cette fois, consacrée au renouvellement du bureau. Tout le monde s'est applaudi de voir enfin M. Bouley porté à la vice-présidence. On approuvait également la présentation de MM. Depaul et Legouest comme membres du conseil. Quant à MM. Henri Roger et Gobley, l'un secrétaire annuel et l'autre trésorier, ils ont été, bien entendu, maintenus, comme d'habitude, par acclamation, dans des fonctions qu'ils remplissent si dignement.

Puis la discussion sur la myopie a été reprise. M. Giraud-Teulon a lu la première partie d'une réplique dont il n'a, malheureusement, pas laissé le texte dans les bureaux. Nous le regrettons vivement, car nous aurions voulu pouvoir contrôler par les yeux le témoignage des oreilles. Est-il, en effet, bien croyable qu'un homme dont les questions de physique oculaire sont la grande spécialité ait pu prendre une proposition diamétralement contraire à ce que chacun sait, une erreur grossière en physique, pour base fondamentale d'une argumentation dans laquelle il ménage si peu ses adversaires, reprochant à M. Guérin de ne pas savoir assez de physique pour être *admis à l'examen du baccalauréat, même le plus restreint ?*

Voici cette proposition de M. Giraud-Teulon, que nous avons entendue, répétée par lui à plusieurs reprises, soit à la tribune, soit au tableau de démonstration, de la façon la plus affirmative et comme une vérité classique, presque banale : suivant lui, si le cristallin, pendant les efforts de l'accommodation, au lieu de se bomber, se rapprochait en masse de la cornée sous l'action des fibres rayonnées du muscle ciliaire situées en avant de lui, l'*image cristallinienne antérieure* (la seconde image) se rapprocherait bien de l'image cornéenne (de la première image), mais elle ne *pourrait pas sembler amoindrie : ses dimensions propres resteraient les mêmes pour l'observateur.*

M. Giraud-Teulon n'a donc jamais regardé de petits poissons rouges dans un aquarium globulaire ? Il aurait vu que ces poissons semblent grandir quand ils s'éloignent. En effet, le verre de l'aquarium et la couche d'eau située derrière forment une portion de lentille limitée en avant par une surface convexe, et qui amplifie les objets situés en avant de son foyer, dans une proportion d'autant plus grande qu'ils se trouvent placés plus près de ce foyer, ou en d'autres termes, plus loin de la surface antérieure.

Si des objets dont la surface est courbe se voient ainsi amplifiés, les images lumineuses que leur surface réfléchit et qui peuvent servir à mesurer leur degré de courbure, se verront amplifiées proportionnellement. Ainsi, dans un globe de verre rempli d'eau, un corps brillant pouvant faire l'office de miroir convexe, et reflétant une lumière, paraîtra lui-même d'autant plus petit, et reflétera une image d'autant plus petite qu'on l'approchera davantage du pôle de ce globe le plus [illegible]

L'expérience est facile à faire, même pour les plus ignorants : Il suffit de plonger une cuillère d'argent, ou tout autre objet à convexité bien polie, dans une carafe à peu près globuleuse pleine d'eau. Il ne peut donc pas subsister à ce sujet l'ombre d'un doute, et il est certain que, sur ce point fondamental, dans son discours M. Giraud-Teulon a fait une méprise.

En effet, la cornée doublée d'humeur aqueuse réalise très-exactement par rapport, soit au cristallin, soit à l'image qu'il reflète sur sa surface antérieure, les conditions réalisées par rapport au miroir convexe par le globe de verre plein d'eau. C'est également une portion de lentille infiniment plus réfringente que l'air atmosphérique et limitée antérieurement par une surface convexe. Aussi disions-nous jeudi dernier : « Si le cristallin en masse se rapprochait de la cornée, l'image diminuerait, comme lors qu'on rapproche un objet d'un verre grossissant, sans qu'il fût besoin de supposer une augmentation courbure. »

Nous avons montré comment la question devait être posée pour être résolue. En la déplaçant, M. Giraud-Teulon fait tort à sa cause (peut-être vraie par elle-même). On se demande si ces Allemands, qui ont calculé la courbure du cristallin d'après la longueur de l'image et posé les bases de cette science que M. Giraud-Teulon se vante avec raison d'avoir vulgarisée en France, si ces savants, dis-je, avaient négligé ou ignoré comme lui-même, un des éléments les plus importants de la question à élucider. Cela n'est vraiment pas probable ; mais au moins faut-il être moins sévère pour ses contradicteurs quand il vous échappe, par inadvertance ou autrement, pareilles bévues.

Dr Victor REVILLOUT.

HOTEL-DIEU. — M. le professeur Béhier.

—

Paralysie générale des aliénés (1).

(Leçon recueillie par M. G. Marseille.)

Enfin, on a noté chez ces individus une anesthésie générale passagère qui, comme chez notre malade, peut complétement manquer. Ainsi, la première forme est surtout caractérisée par l'agitation intellectuelle et par l'exubérance des conceptions délirantes, qui coïncident avec des troubles paralytiques de la motilité.

La deuxième forme de paralysie générale qui a été admise, la forme dépressive, est aussi basée sur la nature spéciale des conceptions délirantes.

Dans cette forme, en effet, ce ne sont plus les idées exaltées et grandioses qui dominent : les malades, au contraire, sont mélancoliques, tristes, abattus. Tantôt, comme notre homme, ils se croient entourés d'ennemis; tantôt ils s'imaginent qu'ils sont déshonorés ou ruinés. Ils prétendent avoir commis des crimes pour lesquels on les poursuit; ils redoutent la prison, la guillotine, etc.

Dans cette forme, on observe une mobilité, un décousu véritable des idées tristes, comme nous trouvions, dans la forme ambitieuse, la mobilité et le défaut de suite des conceptions maladives. Loin d'avoir les mêmes craintes, les sujets de désespoir toujours les mêmes, le dément à forme triste change facilement de motif de tristesse et surtout ne relie pas entre eux ou aux autres incidents de sa vie ses conceptions désespérées. En outre, il n'est pas rare de trouver mélangées à ces idées de lypémanie, un certain degré d'idées ambitieuses. « On me poursuit, me disait une femme dans une maison de santé, pour m'empêcher de rentrer dans mes biens. Je suis duchesse d'Orléans et d'Aumale; le château d'Amboise est à moi. Mais je voudrais bien retourner chez moi, telle rue, tel numéro. »

D'autres fois, ces individus tombent dans un état de stupeur véritable, exactement comme certains lypémanes. Ils restent alors plongés dans une inertie profonde; leur respiration est faible, peu fréquente; ils ne bougent plus, et refusent obstinément toute espèce de nourriture. Cet état peut durer pendant plusieurs mois.

D'autres sont hypochondriaques. Ils prétendent ne pouvoir ni uriner, ni avaler, sous prétexte qu'ils ont les intestins bouchés, gâtés. J'ai vu un homme, à Vanves, qui prétendait n'avoir plus que la tête. Comme preuve de ce qu'il disait, chaque fois qu'il buvait, il produisait avec sa langue, le bruit de l'eau qui tombe à terre. D'autres n'ont pas de gorge, de ventre, d'estomac. Comme vous le voyez, cet état est à la forme lypémaniaque et à la forme hypochondriaque, ce que la forme exubérante est à la monomanie orgueilleuse. Même ordre de délire, mais avec l'affaiblissement de la démence et avec l'addition des troubles de la motilité. C'est donc à juste titre que M. Baillarger a insisté comme moyen de diagnostic, dans cette forme, sur l'incoordination des idées, et surtout sur la coïncidence des troubles de la motilité avec ceux de l'intelligence.

Cet état de tristesse et d'abattement peut persister longtemps sans idées expansives, et il est alors particulièrement grave, par suite de la dépression dans laquelle sont plongés les malades, et à cause surtout de leur refus opiniâtre de toute alimentation. Ces cas, au début, sont quelquefois difficiles à reconnaître, mais le décousu des idées, le trouble du mouvement, l'embarras de la parole, l'inégalité des pupilles, le tremblement fibrillaire de certaines parties de la face peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

On voit par là, de quelle valeur sont les troubles de la motilité. Quelquefois cependant, dans une forme spéciale dite paralytique, ils peuvent induire en erreur. Les malades se plaignent eux-mêmes de l'incertitude de leurs mouvements; ils sont gênés; ils ne savent plus se servir de leurs doigts, etc.

Dans ces cas, on n'observe aucun phénomène intellectuel bien marqué, et on a dit que l'intelligence restait intacte. Je ne crois pas que cela soit exact, et je partage en cela l'opinion de Marcé.

Si, en effet, on y regarde de plus près, on ne tarde pas à s'apercevoir que la mémoire s'est affaiblie, que les malades ont changé d'habitudes, qu'ils deviennent de mauvaise humeur, qu'ils sont enfin d'une faiblesse de caractère et d'une crédulité extrêmes qui les livrent sans défense aux caprices du premier venu, qui peut les exploiter à son profit. Ce sont eux qui sont la proie de ces femmes qui les accaparent et se font une fortune en les pillant. Quant à eux, ils n'ont pas conscience de leur état, et pendant un temps, leur famille elle-même n'hésite pas à mettre sur le compte de l'originalité les idées extravagantes qu'ils expriment.

Dans ces conditions, se produit quelquefois un véritable état maniaque. Les malades deviennent tout à coup violents, irritables. Mais c'est là le fait d'une complication sur laquelle nous reviendrons.

Il n'est pas rare de rencontrer, comme signe de début, ce que l'on a appelé la forme congestive. L'individu présente tout d'abord un état maniaque, puis, si on l'interroge avec soin, on arrive à lui faire dire un certain nombre de choses qui dénotent l'existence d'idées ambitieuses. De plus, on constate dans ce cas, comme dans le précédent, un certain degré d'embarras de la parole et du mouvement, un mélange de faiblesse de caractère et de mémoire, que l'on ne trouve pas chez le maniaque. C'est en quelque sorte un accès maniaque, greffé sur un fond de démence paralytique, dont les signes antérieurs à l'accès maniaque ont été méconnus.

Ailleurs, la forme de début offre des caractères différents : le malade perd tout à coup connaissance, et reste plus ou moins longtemps dans cet état. Il est très-important de noter ces pertes de connaissance, qui ne reconnaissent d'autre cause qu'un mouvement de congestion violente, qui se manifeste chez ces malades, et après lequel il reste toujours un certain affaissement intellectuel, lequel, dans certains cas, peut, il est vrai, ne se manifester qu'après un temps plus ou moins long. J'ai eu l'occasion, par exemple, d'observer dans une maison de santé, un homme chez lequel les troubles intellectuels n'ont été reconnus par son entourage qu'un an après une perte subite de connaissance entièrement inexpliquée. De même, j'ai observé à la Pitié un homme qui, excellent comptable, était devenu, après une congestion cérébrale, irrégulier et incapable de tenir ses livres, et qui finit par la paralysie générale. Ces secousses congestives, en se répétant, aggravent l'état des malades et portent une atteinte de plus en plus sérieuse à leur mémoire, à leur intelligence et à leurs aptitudes.

Dans une autre variété de cette forme, le début s'accuse par un ou plusieurs vomissements. J'ai observé ce fait chez un vieillard de soixante-douze ans, ordinairement calme, tranquille et très-méticuleux. Après deux ou trois vomissements que rien ne légitimait, on remarqua un certain changement dans ses habitudes; il restait des jours, des semaines hors de

(1) Suite. — Voir les numéros des 30 novembre et 2 décembre.

chez lui, oubliant complétement sa femme, ses enfants, ses affaires. Chez lui, j'ai noté, non pas tout d'abord de la paralysie véritable, mais de l'inégalité des pupilles, avec un certain degré d'embarras et d'hésitation dans la marche.

Remarquez donc bien que cette forme congestive du début est un fait important, et que les individus restent toujours, après ces attaques de congestion, dans un état d'affaissement intellectuel plus ou moins marqué. Mais sachez bien que, dans ces cas, l'évolution de la maladie peut être très-lente, et les attaques de congestion très-éloignées les unes des autres.

Ces congestions initiales, si l'on peut ainsi dire, ont été soigneusement distinguées des congestions qui peuvent se présenter dans le cours de la maladie confirmée et reconnue, à titre de complications. Cette distinction est légitime en ce sens qu'elle retrace bien la différence de la forme du début et la marche de la maladie. Mais, comme vous le verrez tout à l'heure, la dissemblance existe surtout pour l'époque à laquelle survient le mouvement congestif; quant à sa valeur et à son influence sur la dégradation intellectuelle du malade et sur l'altération de la mobilité chez lui, elles sont à peu près les mêmes, car l'état s'aggrave, dans un cas comme dans l'autre, après chaque congestion.

Telles sont les différentes variétés de début par lesquelles s'accuse la forme dépressive dans la paralysie générale.

On a cherché à savoir ce qui précédait, de la paralysie ou du délire. Baillarger prétend que la paralysie apparait toujours comme premier symptôme, mais que souvent il peut y avoir simultanéité de celle-ci et des troubles intellectuels.

Parchappe, sur quatre-vingt-six observations, a noté que cinquante et une fois la paralysie et la démence avaient marché de front; que vingt-sept fois la paralysie avait été consécutive à l'altération de l'intelligence, et qu'enfin huit fois le mode de début avait été indéterminé.

Marcé a vu des exemples dans lesquels, très-positivement, les troubles de la motilité, caractérisés par l'embarras de la parole, ne se sont montrés que très-tardivement. L'observation dans ces cas avait été attentive et scrupuleuse.

Pour ma part, je n'ai jamais vu les troubles intellectuels exister sans ceux du mouvement, et réciproquement, mais je dois ajouter que je n'ai guère occasion de voir les malades ailleurs que dans les maisons de santé, et alors que la maladie est confirmée. Cette question, qui n'a, du reste, pas une grande valeur, ne saurait, je crois, être actuellement tranchée d'une façon définitive.

Un point plus important à éclairer est le suivant : la paralysie générale peut-elle survenir chez un homme déjà atteint d'une autre affection mentale? Ce fait, bien que rare, est pour moi hors de doute. Ce qu'il y a d'important ici, c'est de ne pas isoler rigoureusement les unes des autres les diverses formes d'aliénation, en procédant toujours de l'apparence symptomatique et en n'admettant aucun lien possible, aucune cause de transition, entre ces différents groupes. Ces collections symptomatiques ne sont autre chose que les expressions de lésions bien ou mal connues. Or, rien de plus simple, en procédant ainsi de la lésion anatomique, que de comprendre que celles desquelles découle la forme dite paralysie générale avec démence se produisent chez des individus déjà aliénés. Cela vous paraîtra surtout très-facile à comprendre quand nous aurons étudié ces lésions.

La période de début, dont nous venons de passer en revue toutes les variétés, est suivie de la *période d'état*, laquelle, à vrai dire, n'est que le développement graduel ou subit de la précédente, et l'acheminement de la maladie vers la période ultime. C'est une véritable période de transition.

Quelquefois, elle peut être marquée par un certain changement dans la forme des idées délirantes. Le lypémane, par exemple, peut voir changer la forme de son délire et présenter des idées ambitieuses; mais ce qui caractérise plus spécialement cette période d'état, c'est l'abaissement graduel et de plus en plus notable de l'intelligence. Si la forme primitive était la forme exubérante, elle peut persister; l'incohérence des idées va croissant, ainsi que leur vivacité; les déments paralytiques sont alors possédés d'une excitation incroyable; ils déchirent leurs vêtements, leurs draps, tout ce qui leur tombe sous la main. D'autres, sans offrir une telle violence, agissent avec rapidité et sans réflexion. Aussi, comme ils ne s'arrêtent en quelque sorte qu'au fond ou à un côté de l'idée que réveillent chez eux la vue d'un objet ou un mot prononcé auprès d'eux, ils accomplissent les actes les plus déraisonnables.

Ainsi, un dément paralytique aperçoit un lit; même alors qu'il fait grand jour, il se déshabille et se couche, obéissant en cela à un vague écho, à un reste irrégulier d'une idée générale : le mot lit lui rappelle l'action de se coucher, et il ne contrôle ni la régularité ni l'opportunité de cet acte. D'autres se livrent à des actes désordonnés à propos de sensations qu'ils éprouvent. Si, par exemple, ils ont froid, ils se mettent autour du cou tout ce qu'ils trouvent, des bas, des vêtements, etc.

Il y a là, comme je le disais tout à l'heure, un vague écho d'une idée juste, mais une incohérence, une absence complète de pondération dans les actes.

C'est surtout dans cette période qu'on rencontre chez les malades des illusions qui se rattachent à leurs idées dominantes. C'est la période des cailloux d'or et des diamants. L'idée des lieux et du temps est à peu près absente chez eux, et déjà l'absence des idées affectives est très-évidente. Leurs enfants, leurs parents, leur deviennent indifférents, et la perte de mémoire est souvent telle qu'ils ne reconnaissent plus leurs prochent et refusent de les voir. Ils ont complétement perdu le souvenir des événements récents, mais néanmoins ont conservé une vague mémoire du passé. Si l'on parle devant eux d'une personne qu'ils ont connue, ils semblent se la rappeler; ils disent son nom, sa profession, puis subitement ils retombent dans leur incohérence.

En même temps, les troubles du mouvement sont exagérés. Ce n'est plus seulement un peu de contracture ou de tremblement musculaire des joues que l'on observe, mais bien un mâchonnement continuel avec un véritable grincement rhythmé des dents qui, à la longue, finissent par s'user à ce frottement incessant. La paralysie devient elle-même de plus en plus marquée, et ces malheureux ne peuvent plus accomplir les actes les plus simples de la vie. S'ils marchent, ils s'embarrassent les jambes l'une dans l'autre et tombent lourdement; non pas que celles-ci refusent de les porter, mais parce qu'ils ne savent plus s'en servir et qu'ils ne pensent plus à marcher. Ils sont même si peu faibles, que certains déploient, dans des accès de violence intercurrents, une force considérable et tout à fait extraordinaire.

Dans cette période, on observe encore certaines altérations du mouvement singulières. Marcé cite l'exemple d'un individu qui est resté pendant cinq mois la tête inclinée en avant, le menton appuyé sur le sternum. J'en ai moi-même vu un qui avait la tête rejetée en arrière et constamment agitée par de petits mouvements convulsifs.

Dans cette période, il y a habituellement un retour d'activité dans les fonctions digestives, mais alors les malades mangent

avec un appétit vorace, une gloutonnerie sans exemple, et salement, avec leurs doigts. Aussi, sous l'influence de cette alimentation forcée, prennent-ils quelquefois un embonpoint considérable. Malgré ces excès d'ingurgitation, on a remarqué qu'ils avaient rarement de la diarrhée; on a même dit qu'ils étaient toujours constipés. Mais ce fait est loin d'être constant.

Enfin, la paralysie de la vessie entraîne chez eux une rétention d'urine, qui peut avoir les plus grands inconvénients, si l'on n'y remédie. (*A suivre.*)

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC

Rareté actuelle du chancre simple (1).

Leçon recueillie par M. HUGONNEAU, interne du service.

XI

Les filles soumises à la surveillance de la police communiquent à peu près quatre fois moins de chancres simples que celles qui constituent la prostitution clandestine. Par conséquent, plus on diminuera le chiffres des *insoumises*, plus on augmentera celui des *soumises*, et plus on fournira de garanties contre les chances de contagion du chancre simple.

Or, messieurs, c'est ce qui a été fait depuis dix ans.

Rappelez-vous le tableau des arrestations pour les filles *inscrites* et les filles *insoumises*, que je vous ai donné dans la précédente leçon. Ce tableau prouve que le nombre des arrestations augmente chaque année et que, par conséquent, les mesures de surveillance et les soins réglementés et forcés doivent s'accroître dans la même proportion, au grand bénéfice de la santé publique.

« Dans une période de dix ans, de 1859 à 1869, dit M. Lecour (2), le nombre des inscriptions sur les contrôles de la police publique a été, en moyenne, de 364. Il y a eu 517 inscriptions en 1871, 1,014 en 1872, 969 en 1873. »

« ... Ce n'est donc pas à la police qu'il faut s'en prendre du développement de la débauche vénale et de sa transformation, ajoute le même auteur..... Aujourd'hui, on cherche l'*aventure* au grand péril de sa santé, et, dans bien des cas, de sa tranquillité à venir. Question de vanité et de luxe sur un terrain malsain. Au contact de passage qui, dans la maison de tolérance ou chez la fille isolée, n'est qu'une espèce de souillure matérielle, dont l'administration s'efforce d'atténuer le danger, on préfère quelques rencontres de hasard, où l'on croit pouvoir jouer, à peu de frais, un meilleur rôle et l'on se jette dans les bras toujours tendus de la prostitution clandestine qu'infecte la contagion syphilitique.

« Les maisons de tolérance s'en vont, mais elles s'efforcent de renaître sous des apparences qui augmentent les risques sanitaires sans diminuer le scandale. Si la police, toujours en éveil, n'y mettait obstacle, on verrait reparaître et se multiplier sous prétexte de commerce de parfumerie, de nouveautés, de ganterie, ces lieux de débauche, qui abondaient autrefois. Rien de plus dangereux, à tous les points de vue, que ce genre de maisons de prostitution déguisées; elles provoquent des défaillances de mœurs qui, sans leurs facilités spéciales, ne se seraient pas produites, et elles constituent de véritables piéges pour des jeunes filles, qu'on y attire comme ouvrières ou comme employées, et qui ne tardent pas à s'y prostituer à l'insu de leurs familles. »

Par cette citation, que j'emprunte à un des hommes les plus compétents en pareille matière, vous voyez, messieurs, quelles sont les tendances et les formes de la prostitution moderne. Vous voyez aussi qu'on connaît le mal et qu'on le poursuit vigoureusement. Nul doute que cette sévérité bien dirigée n'ait contribué, pour une large part, à la diminution du chancre simple.

XII

Elle y a contribué beaucoup plus qu'à la diminution des deux autres espèces vénériennes, parce que le chancre mou échappe moins à l'examen médical, est plus facile à extirper radicalement, et, une fois guéri, n'est plus sujet, comme la blennorrhagie, ni surtout comme la syphilis, à des récidives spontanées, à des poussées successives qui perpétuent les dangers et les effets d'une première contagion, sans qu'une nouvelle soit nécessaire.

Une fille insoumise appartenant à la prostitution clandestine a été arrêtée. On a constaté chez elle des chancres mous. On la fait entrer à Saint-Lazare, où elle est soignée et d'où elle sort complétement guérie en peu de jours. Eh bien, pour que cette fille communiquât de nouveaux chancres simples, il faudrait qu'elle eût la mauvaise chance d'en contracter d'autres de la même espèce, ce qui est possible, mais n'arrive pourtant pas fréquemment.

Supposez que cette même fille, au lieu de chancres mous, ait eu un chancre syphilitique. Elle en guérira aussi très-vite. Mais viendront ensuite les plaques muqueuses, presque aussi contagieuses que l'accident primitif, et ces plaques muqueuses se reproduiront pendant une période de quinze mois, deux ans et même plus. Rendue à la liberté, elle sera donc un foyer de contamination, sans infection nouvelle. Comme garantie absolue, il faudrait que sa détention durât autant que la période contagieuse de la syphilis. Est-ce possible?

Il en est à peu près de même du catarrhe contagieux des organes sexuels de la femme. Combien qu'on croyait guéris récidivent au bout de quelques jours sous la forme innocente de flueurs blanches ordinaires! Si la blennorrhagie est difficile à tarir chez l'homme, elle l'est plus encore chez la femme. On ne peut pourtant pas la détenir jusqu'à ce que toutes les sécrétions des glandes vulvo-uréthrales, du vagin, du col ou du corps de l'utérus, aient atteint le type parfait de l'état normal...

XIII

Une fois appréhendé, le chancre mou ne peut pas nous échapper, ni dans le présent, ni dans l'avenir. Aussi, la situation du médecin des dispensaires est-elle très nette vis-à-vis de cette espèce morbide, et il peut procéder sans hésitation et vigoureusement à son extinction dans tous les cas.

Il sera, au contraire, souvent embarrassé devant un léger catarrhe uréthro-vaginal, ou une simple rougeur presque insignifiante des grandes ou des petites lèvres. Faut-il incarcérer pour un rien, pour un mal éphémère, qui peut-être disparaîtra du jour au lendemain?

Eh bien, ce catarrhe, malgré sa bénignité apparente, ne contient-il pas un principe virulent, qui deviendra la source d'un nombre indéfini d'infections blennorrhagiques? Et ces rougeurs ne sont-elles donc pas la preuve d'une éruption de plaques muqueuses, qui communiqueront la syphilis à ceux qui

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 14 décembre.

(2) *De l'état actuel de la prostitution parisienne*, par C. Lecour, chef de la première division à la préfecture de police. 1874, p. 17-19.

auront la mauvaise fortune d'être en contact avec elles dans l'intimité des rapports sexuels?

Le chancre mou, au contraire, dès son début, se grave dans les tissus en caractères assez profonds pour qu'on ne le puisse pas méconnaître. Sans doute, il y a les éruptions herpétiques, qui fort souvent simulent l'ulcère contagieux dans ses premières phases. Mais le diagnostic ne reste pas longtemps dans l'incertitude. Et puis quel inconvénient y aurait-il à procéder avec les herpès confluents des parties sexuelles de la femme, comme avec les espèces vénériennes contagieuses?

XIV

Et maintenant, messieurs, que je vous ai fait connaître quelles étaient les causes qui avaient amené la rareté actuelle du chancre mou, rareté qui serait encore plus grande si les mesures de surveillance et les moyens de répression étaient appliqués aux hommes aussi bien qu'aux femmes, il me reste à vous dire pourquoi cette espèce vénérienne prit tout à coup une extension si prodigieuse pendant les deux siéges.

Eh bien, je crois que les chancres qui se multiplièrent dès la fin de 1870 avec tant de rapidité, n'étaient pas tous originaires de Paris. Les troupes qui entrèrent dans la ville en importèrent de la province une quantité considérable. Certes, il serait impossible de savoir, même approximativement, quelle fut alors la proportion relative des chancres *autochtones* ou parisiens et des chancres *provinciaux*. Mais je supposerais volontiers que ces derniers furent très-nombreux.

Je crois, en effet, que dans les grandes ou les petites villes de nos départements, où la police sanitaire est moins active, moins vigilante qu'ici, où l'hygiène des organes génitaux est encore à l'état rudimentaire, le chancre mou trouve un terrain favorable et qu'il y pullule plus librement qu'à Paris.

Quoi qu'il en soit, j'ai la conviction que tous ces gens de la banlieue, que toutes ces troupes de mobiles et de soldats qui affluèrent dans l'enceinte des fortifications, apportèrent avec eux un fort contingent de chancres mous.

Voilà une des premières causes de l'épidémie chancreuse que je vous ai décrite plus haut.

Et, à propos de ce mot *épidémie*, permettez-moi, messieurs, de vous faire remarquer que je l'emploie ici pour la facilité du discours, mais que je sens parfaitement ce qu'il a d'impropre appliqué aux affections dont je vous parle. Dans l'acception ordinaire et vraiment médicale, l'*épidémie* n'implique pas seulement un mal qui sévit sur un grand nombre d'individus en même temps, mais aussi l'existence d'un principe mystérieux, plus ou moins inévitable, planant au-dessus de tous, frappant les uns, respectant les autres, sans qu'on sache au juste pourquoi, aveugle en ses colères et ne reconnaissant ni innocents ni coupables....

Ici les victimes sont moins à plaindre. Elles deviennent malades parce qu'elles le veulent bien. Elles pourraient rester saines si elles avaient assez d'empire sur elles-mêmes pour observer la continence. Le principe contagieux ne va pas les chercher. Ce sont elles qui, par un acte de libre arbitre, vont s'exposer à ses atteintes.

Il n'en est pas tout à fait ainsi relativement à la syphilis. Aussi le mot d'épidémie lui convient-il jusqu'à un certain point, surtout quand elle prend des proportions insolites, et qu'elle atteint presque tout le monde, même sans l'intervention des rapports sexuels. C'est ce qui eut lieu sur toute la surface de l'Europe à la fin du quinzième siècle, et c'est ce qu'on observe quelquefois encore de nos jours, mais sous une forme moins grave et dans des circonscriptions limitées.

Les véritables épidémies vénériennes sont donc syphilitiques; peut-être y en a-t-il eu de blennorrhagiques. Quant aux épidémies de chancres mous, je tenais à vous dire ce que j'en pense et à faire mes restrictions sur le mot dévié du sens qu'on lui donne habituellement.

XV

Une seconde cause de propagation active du chancre simple pendant les deux siéges, ce furent l'incurie, la promiscuité, le relâchement forcé de la surveillance sanitaire, l'indiscipline qui se glissa partout, l'absence de soins hygiéniques locaux, l'insouciance du lendemain quand on exposait tous les jours sa vie, l'impossibilité de se faire soigner dès le début, les interruptions inévitables du traitement; que sais-je encore?...

Messieurs, toutes les conditions les plus aptes à favoriser la multiplication de cette espèce morbide se trouvèrent réunies dans un court espace de temps. Ajoutons qu'aucun de ces chancres ne put sortir de la ville. Si le mouvement d'importation avait été actif, celui d'exportation fut arrêté par l'investissement.

Les médecins spécialistes ou autres firent tout ce qu'ils purent pour arrêter le mal; mais ils avaient tant de blessés, tant de maladies générales graves à soigner, que les chancres mous, ainsi que les autres maladies vénériennes, malgré les nombreux services qu'on leur avait affectés, ne pouvaient et ne devaient venir qu'en seconde ou troisième ligne.

Il me paraît inutile d'entrer dans des détails minutieux au sujet de chacune des circonstances étiologiques que je viens de vous énumérer. D'ailleurs, pour vous donner une idée de la prostitution à Paris pendant la guerre, je ne puis mieux faire que d'emprunter à l'excellent livre de M. Lecour les passages suivants. (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 décembre 1875. — Présidence de M. Gosselin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

La correspondance officielle comprend le rapport final de M. le docteur Diart sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné, en 1875, dans la commune de Monfort-l'Amaury (Seine-et-Oise). (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Alfred Fournier, qui se porte comme candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

2° Des lettres de remercîments de MM. Bérenger-Féraud et Bourgeois (d'Étampes), récemment nommés membres correspondants nationaux.

3° Un mémoire de M. le docteur Regnier, médecin major, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné au camp de Pontgaven.

4° Un mémoire intitulé : *De l'utilité de l'étude des troubles visuels et de l'examen ophthalmoscopique dans le diagnostic et le traitement de l'épilepsie*, par M. le docteur Parrot, médecin aide-major. (Comm.: MM. Baillarger, Perrin et Giraud-Teulon.)

PRÉSENTATIONS

M. Jules Guérin offre en hommage un *Rapport adressé en 1848 à M. le délégué du gouvernement provisoire pour l'administration des hôpitaux sur les traitements orthopédiques de M. Jules Guérin.*

M. Tarnier présente deux brochures de lui, intitulées : l'une, *Considérations sur l'accouchement dans les positions occipito-postérieures*; l'autre, *De l'efficacité du régime lacté dans l'albuminurie des femmes enceintes.*

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, au renouvellement du bureau pour l'année 1876.

M. CHATIN, vice-président pour l'année 1875, devient de droit président pour l'année 1876.

M. HENRI BOULEY est élu vice-président par 72 voix sur 75 votants.

M. HENRI ROGER est prorogé par acclamation dans ses fonctions de secrétaire annuel.

M. DELPECH est nommé premier membre du conseil.

M. LEGOUEST est nommé deuxième membre du conseil.

DISCUSSION SUR LA MYOPIE

M. GIRAUD-TEULON commence la lecture d'un rapport en réponse à l'argumentation de M. Jules Guérin. Interrompu par un comité secret à quatre heures trois quarts, il remet la suite de ce discours à la prochaine séance.

A cinq heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Hertz sur les titres des candidats à diverses places de membres correspondants nationaux et étrangers.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

351. Boichox. Des fractures spontanées dans le cancer des os.

352. Vergne. Du traitement du genou en dedans par le redressement brusque.

353. Dony. Des sueurs nocturnes chez les phthisiques et de leur traitement par le phosphate de chaux.

354. Jannin. De l'épilepsie larvée.

355. Nachtel. De l'hématocèle péri-utérine.

356. Richard. De l'opportunité de l'anus artificiel dans les cas de tumeurs du rectum.

357. Chiray. Des causes anatomiques de la cataracte spontanée.

358. Jeullien. De la dégénérescence graisseuse du cœur dans ses rapports avec le pouls, la syncope et les troubles respiratoires.

359. Grellière. Étude sur l'atrophie musculaire dans la paralysie générale des aliénés.

360. Menaut. De la mort subite dans le décours et la convalescence de la fièvre typhoïde.

361. Vaffier. Du rhumatisme syphilitique.

362. Paulier. Contribution à l'étude de la typhlite et de la péri-typhlite.

363. Leguay. Du traitement de la fièvre typhoïde.

364. Marfaing. De l'alcoolisme considéré dans ses rapports avec l'aliénation mentale.

365. Ingold. Des manifestations rhumatoïdes dans le cours de la syphilis secondaire.

366. Thomas. De l'hémoptysie dans la vieillesse.

367. Renaud. Des accidents qui peuvent compliquer la délivrance après les accouchements.

368. Suarez y Cruz. Du mode d'emploi du sulfate d'ésérine dans le traitement du tétanos.

369. Franceschini. Contribution à l'étude de l'action physiologique et thérapeutique de l'aconitine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours. — Voici, par ordre de mérite, la liste des élèves en médecine nommés internes des hôpitaux à la suite du dernier concours.

Internes titulaires. — 1. Barth, Poisson, Robin, Bide, Brissaud, Benoît, Nélaton, Piéchaud, Lebec, Gœtz.

11. Ramonède, Bellouard, Weiss, Jalaguier, Faucher, Monod (Eugène), Quenu, Nitot, Duvernoy, Chuquet.

21. Saint Ange, Langlebert, Cruet, Latarste, Levrat, Beringier, Chambard, Sabourin, Chevallereau, Mahot.

31. Vermeil, Segond, Mayord, Castex, Cottin, Bazy, Reynier (Paul), Trembley, Boussi, Desechamps.

41. Artus, Gauché, Ballet, Maygrier, Herpin, Leroux, Paul Boncour.

Internes provisoires. — 1. A. Robert, Lacoste, Brault, Merklen, Poulin, Brun, Lapierre, Beraud, Devillers, Pachot.

11. Doleris, Clément, Charreyron, Darcy, Herbelin, Coingt, Rivet, Gallaud, Morisset, Vimont.

21. Boullet, Decaye, Mossé, Talamon, Routier, Boursier, Oudin, Havage, Barthélemy, Guillemet.

31. Arnoult, Meunier, Féré, Baradeu.

— Le concours de l'externat vient de se terminer par la nomination de :

MM. 1. Labat, Gillé, Poirier, Robert, Berlin, Walther, Sainton, Guéneau de Mussy, Cantelou, Pecaut.

11. Canivet, Delpeuch, Chauffard, Mathieu, Zacharian, Legendre (Xavier), Latour de Saint-Ygest, Chatelin, Schlemmer, Ferrand.

21. Beaurieux, Variot, Barthelemy, Sheahan, Mauvais, Comby, Bierry, Pasquet, Torrès, Henryet de Launay.

31. Netter, Garcia-Lavin, Magnin, Leroux, de Molènes (J.-J.), Perrin, Devillers, Martinet, Haussmann, Jumon.

41. Grizou, Courtois, Darcy, Morisset, de Fontaine, Duplaix, Dunon, Calmettes, Herbelin, Dericq.

51. Menard, Dubois, Coingt, Béclère, Luc, Karth, Gervais, Lesavre, Debelut, Boé.

61. Doublet, Choquart, Leclerc (René), Gassaud, Carreau, Lacaze, Outin, Barette, Demmler, Leroy.

71. Chambellan, Ramonat, Isnard, Noimant, Lelongt, Fiefté-Montgey, Garcia, Derignac, Gibon, Hoël.

81. Blin, Diéterlen, Gouyou-Beauchamp, Dupin, Jacquinot, Schmit (Charles), Machado, Bouchard, de Molènes (J.-L.), Ludger.

91. Cadeillan, Durand-Fardel, Raimbert, Le Bris, Kaufmann, Tauffiieb, Cabarrou, Meunier, d'Hotel, Verchère.

101. Moutard-Lespille, Leclerc (Paul), Hervé, Dellas, Arène, Delotte, Laussédat, Lartigan, Passeau, Redon.

111. Bimsenstein, Reignier, Dupont, Bellangé, Cordier, Brugère, Laverde, Baronnet, Auvard, Siredey.

121. Prieur, Guiard, Hue, Pouzet, Lemarignier, Ducluzaux, Colin, Renault, Florez, Bozonet.

131. Lemaigre, Rivet, Bouley, Deseille, Le Rolland, Vacary, Olivier, Brevet, Rivaud, Torthe.

141. Berton, San Martin, Levaillant, Bloch, Boissard, Ducasse, Culan, Desplans, Malgouverné, Belin.

151. Metzjer, Baraduc, Havage, Mook, Rouxeau, Galland, Chevance, Berne, Dufraisse, Lalesque.

161. Surbled, Sazie, Tison, Pierron, Mieussens, Longbois, Berthaut, Cheurlin, Chabrun, Celles.

171. Weber, Ancelin, Damalix, Pedebidou, Brodeur, Limbo, Martellière, Menager, Schmitt, Mancet.

181. Goubert, Bonnot, de Mèrssmann, Yvon, Paulin, Sabatié, Laurent, Fourrière, Balland, Guyot.

191. Lefranc, Satis, Germont, Delage, Regnard, Gibard, Dauvé, Sapelier, Bolliet, Guilleux.

201. De Gennes, Rouveix, Godemel, Capelle, Moussé, Rageot de la Touche, Jourdain, Bienvenut, Geffrier, Decrossas.

211. De Lagoanère, Jouin, Vauthier, Mauxion, Lecompte, Soyez, Thiron, Faurot, Fonson, Ficatier.

221. Thiellé, Pacton, Marchand, Amirault, Grégoire.

— *Hôpitaux de Paris.* — Par suite du décès de M. Lorain, médecin de la Pitié, les mutations suivantes ont lieu dans les corps des médecins des hôpitaux :

M. Dumontpallier, passe de Saint-Antoine à la Pitié.

M. Lancereaux, passe de Lourcine à Saint-Antoine.

M. Cornil, passe de Sainte-Périne à Lourcine.

M. Descroizilles, passe de Bicêtre à Sainte-Périne.

M. Bouchard, passe de la Direction des nourrices à Bicêtre.

M. Dujardin-Beaumetz passe du Bureau central à la Direction des nourrices.

MM. Hayem, Gérin-Roze et d'Heilly passent du Bureau central à l'Hôpital temporaire.

— Par suite du décès de M. Demarquay, médecin de la Maison municipale de santé, les mutations suivantes ont lieu dans le corps des chirurgiens des hôpitaux. — Cette dernière nouvelle sous toutes réserves.

M. Cruveilhier, passe de l'hôpital Saint-Louis, et M. Marc Sée, de l'hôpital Sainte-Eugénie à la Maison municipale de santé où le service de M. Demarquay sera divisé en deux services.

M. Duplay, passe de Saint-Antoine à Saint-Louis.

M. Lannelongue, passe de Bicêtre à Saint-Antoine.

M. Th. Anger, passe du Bureau central à Bicêtre.

M. Le Dentu, passe du Bureau central à Sainte-Eugénie.

— *Hôpitaux de Paris.* — La séance de distribution des prix aux internes et externes qui ont concouru en 1875 aura lieu le vendredi 24 décembre 1875, à une heure de l'après-midi, 3, avenue Victoria.

Dans cette même séance, aura lieu la proclamation des noms des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des concours de 1875.

Les cartes de placement seront délivrées :

1° A MM. les internes de 2e, 3e et 4e année, le jeudi 23 décembre, à une heure. — De 1re année et provisoires, le 24 décembre, à deux heures et demie.

2° A MM. les externes de 2e et 3e année, le lundi 27 décembre, à une heure. — De 1re année, le mardi 28, à onze heures pour la première moitié, et à deux heures pour la seconde moitié.

— *Corps de santé de la marine.* — Par décret en date du 20 novembre 1875, ont été promus dans le corps de santé de la marine, à la suite du concours du 15 septembre dernier :

Au grade de médecin de première classe : MM. 1. Féris, Dollieule, Comme, Jaugeon, Froment, Treille, Dubrandy, Bellom, Carassan, Lenoir, Masse, Hyades, Privat de Garilhe, Barret (Eug.), Thoulon, Morani, Latière, Hodoul, Maurin, Orhond.

21. Barret (Paul), Cauvy, Galliot, Chevalier, Guiol, Cotte, Infernet, Cauvin, Coste, Barrallier, Encognère, Piche, Lossouarn, Essautier, Rit, Mondésir-Lacascade, Doué, Rebufat.

Au grade de médecin de deuxième classe : MM. 1 Ségard. Grall, Bertrand, Sollaud, Charriez, Négadelle, Orlalle, Le Dantec, Bastian, Morice.

11. Guézennec, Bertrand, Quintard, Boyer, Racord, Nicomède, Vieuille, Hébert, Escande, Danguillecourt.

21 Chateau-Dégat, Frison, Giraud, Pocard-Kerviler, Queste, Jugelet, Délais de Saujean, Primet, Duval, Serez.

31. Dunan, Vergniaud, Chabaud, Monferrand, Terrin, Alix, Guintran, Guégen, Trolley des Longchamps.

Au grade d'aide-médecin : MM. 1. Palasme de Champeaux, Jeanne, Duplouy, Doury, Sauze, Gayet, Laurent, Mireur, Motheau, Bouché.

11. Keisser, Jabin-Dudognon, Vaysse, Clarac, Le Marchand, Bobrie, Gallay, Jolles, Authenac.

21. Damouza, Saint-Pierre, Brouillet, Sirot, Raffaelli, Oizan, Lussaud (Léonce), Long, Péthellaz, Barrême.

31. Brédiam, Sevez, Sarrazin, Deniau, Mercier, Fiolle, Reynaud, Lussaud (Maurice), Esclangon, Gougaud.

41. Boutin, Curet, Minier, Romanowski, Gendron, Jouet, Roux, Pierre, Pagès, Hermitte.

51. Ropert, Espieux.

Au grade de pharmacien de première classe : MM. Nouaille, Venturini, Marion, Castaing, Porte.

Au grade de pharmacien de deuxième classe : MM. Cunisset, Billaudeau, Duchêne, Lalande, Perrimond, Philaire.

Au grade d'aide-pharmacien : MM. Beaufils, Bouyé, Maurel, Neny, Pignet, Rigal, Pottier, Cail.

— Par décision ministérielle, M. le docteur Ballue, médecin adjoint de la Grande-Roquette, a été nommé médecin titulaire.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 151. — SAMEDI 25 ET MARDI 28 DÉCEMBRE 1875. 48e ANNÉE. SAMEDI 25 ET MARDI 28 DÉCEMBRE 1875. — N° 151.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. C. Bernard lit une note intitulée : *Remarques critiques sur la théorie de la formation des matières saccharoïdes dans les végétaux, et en particulier dans la betterave.* Il résulte des critiques de M. C. Bernard que la théorie de la formation de la saccharose de la racine de betterave par l'amidon des feuilles, n'a pas été établie selon les principes rigoureux de la méthode expérimentale.

Résumant la discussion, l'éminent physiologiste s'exprime en ces termes : « Dans les animaux comme dans les végétaux, il est démontré qu'il se fait de la glycose et que cette glycose peut provenir de la transformation par hydratation des matières amylacées ou glycogénées; mais là s'arrêtent nos connaissances. Dans les plantes, on ne peut pas prouver expérimentalement aujourd'hui comment se forme l'amidon, comment se forme la saccharose; dans les animaux, on ne peut pas non plus démontrer expérimentalement comment se forme le glycogène dans le foie ou ailleurs, comment se forme la lactose dans la mamelle. Sous le rapport de la question qui nous occupe, la physiologie végétale n'est donc pas plus avancée que la physiologie animale. »

Toutes ces impossibilités ne nous étonnent pas; les principes de la science physiologique, par trop négligés, permettent de les prévoir et de les affirmer. Mais les aveux qu'on vient de lire n'en sont pas moins instructifs.

M. C. Bernard sent « *la nécessité aujourd'hui d'introduire dans la physiologie générale une discipline méthodique plus rigoureuse* », et, à cet effet, il s'occupe actuellement, dans son enseignement, de la critique expérimentale. Nous osons à peine dire : *mieux vaut tard que jamais*, tant nous sommes heureux d'applaudir à un si judicieux programme. Si le temps, les dieux et les hommes nous le permettent, nous suivrons attentivement cette critique pour faire part de nos impressions à nos lecteurs.

— M. Ranvier communique deux notes : l'une *sur des tubes nerveux en T et leurs relations avec les cellules ganglionnaires* ; l'autre *sur les terminaisons nerveuses dans les lames électriques de la torpille.*

Après avoir soumis les ganglions vertébraux ainsi que le ganglion de Gasser, à une préparation dont il donne les indications, l'auteur a examiné le ganglion dissocié ainsi que la racine postérieure au microscope, et il a découvert des tubes nerveux qui, provenant des cellules ganglionnaires, s'anastomosent en T avec les tubes nerveux de la racine postérieure. Bien que cette disposition n'ait été rencontrée dans son entie que sur un seul tube nerveux, l'auteur incline vers la généralisation et il entrevoit déjà une modification profonde dans la conception que l'on a aujourd'hui sur le fonctionnement des centres nerveux ganglionnaires.

Il résulte des recherche de l'auteur sur la torpille que les nerfs se terminent dans les lames électriques par une série de branches à l'extrémité desquelles il existe des boutons, comme Remak l'avait déjà indiqué. La division des branches porte sur le tube nerveux tout entier, c'est-à-dire que le cylindre d'axe se divise.

Au moment où un tube nerveux s'engage dans la lame électrique, il montre dans l'intérieur de la gaîne un groupe de gros noyaux qui rappelle *la plaque nerveuse terminale des muscles*. Dans les plaques terminales des muscles volontaires, comme dans les lames de la torpille, ces groupes de noyaux sont placés en un point encore éloigné de la terminaison réelle des tubes nerveux.

— Sous le titre de *Pathogénie de la surdi-mutité, improprement dite de naissance*, M. A. Tripier vient, non pas de découvrir, car le fait est bien connu des médecins de sourds-muets, mais *d'apprendre* que les quatre cinquièmes des sourds dits de naissance ont perdu l'ouïe vers l'âge de deux ou trois ans. Partant de là, M. Tripier suppose qu'une partie de ces surdités doit être attribuée à une variété encéphalique de la maladie désignée par Duchenne (de Boulogne), sous le nom de *paralysie atrophique graisseuse de l'enfance*, et l'on devine déjà l'application thérapeutique : la faradisation localisée !

Il peut y avoir du vrai dans l'hypothèse de M. Tripier. Mais notre estimable confrère nous permettra de lui dire que, d'après nos statistiques à l'Institut des sourds-muets, on peut toujours remonter, quand la surdité survient vers l'âge de deux ou trois ans, à une cause déterminée.

De sorte que l'observation de M. Tripier ne pourrait s'appliquer, quant à présent, qu'à des sourds-muets qui présentent en même temps des troubles de la locomotion. Cette pathogénie est fort rare, car nous ne l'avons jamais observée, et, dès lors, le titre de la note n'est pas suffisamment exact. *Sur une cause possible de surdité chez les enfants dits sourds de naissance*, telle eût due être la teneur de ce titre.

Dr Édouard FOURNIÉ.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Sept cas de croup guéris par l'émétique. — De l'anesthésie chirurgicale des enfants par le chloral. — Nouveau mode de cautérisation pointillée par le feu ou ignipuncture.

Il vient de sortir guérie du croup une enfant couchée au n° 24 de la salle Sainte-Catherine, sur laquelle je désire appeler votre attention.

C'est R... C., âgée de huit ans, entrée le 28 novembre. Sa sœur, affectée d'angine couenneuse et de croup, ainsi que son frère pris de la même façon, sont morts il y a peu de jours.

A son arrivée, vous avez pu voir une angine couenneuse très-étendue, accompagnée de toux rauque métallique, d'aphonie, de sifflement trachéal, de dyspnée avec absence presque complète de murmure vésiculaire. Il n'y a pas eu d'accès de suffocation ni d'anesthésie. Son état était tel qu'on pouvait croire à la nécessité de la trachéotomie dans la journée, et pendant trois jours cette crainte est restée la même. Puis la toux est devenue grasse, le murmure vésiculaire a repris son caractère normal, et l'enfant a guéri.

Ce résultat a été obtenu par l'*émétique* à dose vomitive et contro-stimulante, par les toniques et par l'alimentation. Chaque matin, elle prenait 25 milligrammes d'émétique dans 40 grammes d'eau en une fois, pour se faire vomir, et quand elle avait vomi, on lui donnait à manger des soupes épaisses, à boire du vin, et ensuite, à dose fractionnée, une potion de 60 grammes avec 5 centigrammes d'émétique.

Telle est la méthode employée. Ce n'est pas moi qui l'ai inventée : je l'ai reçue de mes maîtres et je vous la transmets en l'appuyant de mon expérience personnelle. Sans parler ici des nombreux faits de ce genre que j'ai observés et dont vous n'avez pas été les témoins, je ne vous rappellerai que ceux que vous avez vus depuis deux mois.

C'est d'abord l'enfant du n° 9, affectée de carie vertébrale, et qui a été prise d'angine couenneuse et de croup dans les salles. C'est ensuite une enfant du n° 38, affectée d'ataxie locomotrice et de sclérose spinale, qui fut également prise dans les salles d'angine couenneuse et de croup. Puis une fille au n° 25 venue avec angine couenneuse et croup; puis une autre au n° 2, dont le frère était affecté de la même façon, et qui eut l'angine diphthéritique, le croup, puis un bubon diphthéritique suppuré qui a bien guéri. Enfin, une autre enfant au n° 23 avec croup sans angine couenneuse. A ces cas j'ajouterai un fait que j'observe dans ma clientèle de la ville sur un garçon de cinq ans, dont le croup a également disparu par l'emploi des mêmes moyens.

Cela fait sept cas de croup avec ou sans angine couenneuse observés par vous et par moi en quelques semaines, et tous guéris sans opération par l'émétique.

Un pareil résultat me paraît digne d'être remarqué, et je ne saurais le laisser passer inaperçu.

Pour moi, qui considère la trachéotomie comme un remède de l'asphyxie et non comme le seul traitement du croup, je vois dans ces faits la preuve qu'il existe un traitement médical du croup, et je veux, par des preuves multipliées, vous faire partager cette conviction. Cela est d'autant plus important, que si vous êtes bien pénétrés de cette vérité que l'émétique est un remède utile à employer dans le croup, vous le mettrez en usage avec foi dans les résultats, et vous apprendrez à vous en servir pour éviter les inconvénients qu'il peut avoir.

Vous entendrez dire quelquefois que l'émétique est dangereux chez les enfants, qu'il provoque des vomissements, qu'il engendre la diarrhée ou des accidents cholériformes, qu'il amène une prostration dangereuse. Tout cela n'est pas vrai.

Je n'ai jamais rencontré d'accidents de ce genre. Les enfants que vous avez vus n'ont pas eu de vomissements graves. L'émétique, à dose vomitive, les a fait vomir deux ou trois fois sans trop de fatigue, et ils n'ont pas eu de diarrhée. La plupart ont eu des selles naturelles et ils ont continué à manger des potages épais au bouillon et au vin. A cet égard, la médication n'a eu nul inconvénient. Est-ce à dire que les accidents cholériformes signalés par quelques médecins n'existent pas, et qu'il n'y a pas de choléra stibié? Assurément non. Ces accidents s'observent quand l'émétique est mal administré, et on peut les éviter par le mode d'emploi du médicament.

Si, avec l'émétique, vous donnez beaucoup de boissons, vous lui enlevez ses propriétés vomitives et contro-stimulantes. Vous le transformez en purgatif. Alors il est débilitant et peut produire plus de mal que de bien. Mais, au contraire, si avec l'émétique vous ne donnez que peu à boire, et si vous donnez à manger, alors le médicament ne produit aucune évacuation surabondante fâcheuse. Il fait vomir si on le donne en une fois dans une petite quantité de véhicule; et il n'a qu'une action antipyrétique, contro-stimulante, si on le donne en potion, par doses fractionnées, concurremment avec l'alimentation.

Telle est la manière de guérir le croup par l'émétique, et telle est la façon d'employer le remède. A vous maintenant de voir et d'apprécier les faits.

—Il y a aussi dans la salle un fait curieux d'anesthésie chirurgicale produite par le chloral. Comme ce fait confirme les résultats que j'ai publiés en 1869, et que tout le monde admet aujourd'hui, je le signale à votre attention. Il s'agit d'une fille qui a un énorme kyste hydatique du foie, et qu'il faut ouvrir après avoir établi des adhérences entre la paroi abdominale et la tumeur. Je lui ai mis de la *pâte de Vienne*, puis le lendemain, après avoir enlevé l'eschare, de la *pâte de zinc*. Le jour d'après, même opération d'ablation de l'eschare, permettant l'emploi d'un nouveau morceau de pâte de zinc.

Seulement, comme la corrosion faite par la pâte de zinc dure trois heures et est très-douloureuse, chaque jour j'ai donné à l'enfant un sommeil anesthésique de trois heures. On lui donnait 3 grammes de chloral, et au bout d'une demi-heure, pendant son sommeil et son état d'anesthésie, je lui mettais le morceau de pâte. Cela s'est fait quatre fois avec le même résultat. La malade n'a rien senti de sa cautérisation, et à son réveil, l'eschare était faite. C'est un fait de pratique très-intéressant, mais sur lequel il y a une observation à faire. Le chloral n'a d'effet anesthésique aussi marqué que chez les enfants. Là, pour les ouvertures d'abcès, et pour l'avulsion des dents, c'est un moyen aussi puissant que le chloroforme. Mon service en fournit chaque jour la preuve. Mais chez l'adulte, c'est toute autre chose, je n'ai jamais pu obtenir le même effet. Est-ce idiosyncrasie ou insuffisance de dose? C'est possible; mais ce qui est réel, c'est que l'adulte a pour le chloral un dégoût et une répugnance que n'ont pas les enfants, c'est qu'il est difficile d'en faire prendre et supporter 6 à 8 grammes, et qu'à cette dose, il endort ou il excite, mais qu'il n'insensibilise pas complétement. Ceux qui ont nié l'anesthésie chloralique ont donc eu raison, car ils parlaient de l'adulte, et l'on a raison aussi en soutenant l'action anesthésique du chloral chez les enfants. C'est une question d'idiosyncrasie dont il faut savoir tenir compte.

— Je vous parlerai enfin d'un nouveau procédé d'ignipuncture, que vous m'avez vu mettre en pratique ce matin. Il s'agit d'une

petite fille ayant une hémiplégie rhumatismale de la face, et à laquelle je fais la cautérisation pointillée du visage au niveau de l'origine du nerf facial.

Habituellement, on prend une tringle de fer rougie au feu, ou bien un cautère à boule terminé par une pointe pour faire ce genre de cautérisation. Mais c'est là, dans les préparatifs pour allumer le charbon, une perte de temps considérable et une appréhension assez vive pour les malades. J'ai trouvé le moyen pratique et peu dispendieux de supprimer ces ennuis. Il suffit de prendre un bâton de fusain qui sert à dessiner. C'est, comme vous le savez, une tige de braise. On taille ce fusain en pointe avec le couteau, et l'on allume à une bougie. Avec la pointe enflammée, on fait autant de cautérisations pointillées que l'on veut. Si le fusain est mauvais, il faut souffler chaque fois qu'on l'applique pour l'entretenir bien rouge. Si le fusain est bon et tendre, c'est-à-dire poreux, il ne tend pas à s'éteindre, et l'on peut faire huit à dix pointes de feu. Ce moyen n'est bon que pour l'ignipuncture de la peau qui est sèche, car au col de l'utérus qui est humide il s'éteint vite; on doit en avoir plusieurs de rechange, et d'ailleurs, il ne cautérise que très-superficiellement, ce qui n'est pas suffisant pour détruire des fongosités du col utérin. Là, le fer rouge, qui pénètre profondément, ne saurait être remplacé. Le moyen que je vous propose n'est utile que pour les maladies externes, telles que les paralysies partielles, les tumeurs blanches, le mal de Pott, les névralgies, etc. C'est un procédé commode qui n'effraie pas les malades et que je vous conseille d'employer dans l'occasion.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC

Rareté actuelle du chancre simple (1).

Leçons recueillies par M. HUGONNEAU, interne du service.

XVI

« .... Le résultat du renvoi des *bouches inutiles* avait été annulé, et de beaucoup, par l'arrivée des habitants des départements envahis fuyant devant les Prussiens, et notamment des gens des communes suburbaines, qui vinrent se réfugier à Paris, où étaient rentrés d'ailleurs, comme vagabonds sans ressources, beaucoup des individus expulsés.

« Ajoutez à cette population civile, jetée en dehors de ses habitudes, éprouvée par des privations et surexcitée par mille causes, les militaires de toutes armes, troupes de ligne, gendarmes, fusiliers-marins, douaniers, forestiers, gardes mobiles, corps en formation, qui ont toujours représenté un chiffre d'au moins 200,000 hommes; tenez compte de la quasi-permanence du service des gardes nationaux, soldés ou non (400,000 hommes environ), appelés fréquemment à vivre au dehors, dans des conditions anormales; faites la part de l'animation et des désordres créés par les circonstances et qui se produisent toujours dans les réunions d'hommes armés, et vous entreverrez une foule turbulente et souvent avinée, dans laquelle il y avait à opérer cette répression de la prostitution clandestine, déjà si difficile et si délicate à accomplir dans les temps ordinaires. Il faut noter aussi les cas nombreux où il s'agissait d'atteindre des prostituées insoumises qui relançaient, dans les cafés et sur les boulevards, les jeunes officiers de la garde mobile, et se rappeler l'aspect de Paris pendant le bombardement : les boutiques fermées, les rues obscures, la circulation des voitures presque supprimée, Paris plus sombre à cinq heures du soir qu'il ne l'était jadis à aucune heure de la nuit.

« C'était surtout autour des campements de la garde mobile et des lieux de stationnement de la troupe et de la garde nationale qu'affluaient des femmes de débauche. Les maisons de tolérance étaient envahies. Il me faut indiquer ici un détail caractéristique : sur certains points, on donnait un numéro d'ordre pour l'entrée dans ces maisons. Plusieurs d'entre elles furent prises d'assaut par la soldatesque, qui s'y installa et saccagea tout. Une autre fut démolie par des marins, qui croyaient qu'on voulait leur en fermer l'accès. Dix-neuf de ces maisons, placées dans la zone militaire ou dans le voisinage des fortifications, durent être évacuées ou furent détruites. Plusieurs furent fermées d'office par des municipalités provisoires inexpérimentées, qui croyaient ainsi supprimer la prostitution, et qui ne faisaient qu'aggraver tout à la fois les désordres de la voie publique et les périls sanitaires. . . . . .

« . . . L'arrestation faite, il fallait, après information administrative et visite médicale, prendre un parti à l'égard de la prostituée, et c'était le commencement d'une série de difficultés. Si la femme arrêtée était reconnue vénérienne, elle devait être dirigée sur un asile de traitement. Or, l'infirmerie de Saint-Lazare était encombrée d'insoumises et de filles publiques malades, qu'on n'avait pu comprendre dans les évacuations sur la province. Il y avait, de plus, à réserver une marge pour les cas d'admission d'une urgence absolue. On ne pouvait se rejeter sur les hôpitaux, qui regorgeaient de malades et de blessés. Il fallait pourvoir par voie d'expédients. . .

« . . . Pendant les quinze premiers jours qui suivirent la révolution du 4 septembre, l'entrée du Dispensaire de salubrité, qui se trouvait enclavé dans les bâtiments de la Préfecture de police, avait été fermée aux filles inscrites dites isolées, et il en avait été de même de l'accès du bureau administratif pour tout le personnel de la prostitution. Plus tard, la seule présence à la porte du dispensaire de quelques gardes nationaux, factionnaires ou hommes de garde, qui interpellaient, dans une forme presque toujours blessante ou grivoise les filles publiques ou les maîtresses de maisons de tolérance, exerça une influence nuisible sur les opérations du contrôle sanitaire. .

« . . . Ces difficultés, une fois connues du personnel de la débauche inscrite, eurent pour résultat de l'éloigner et de le déshabituer très-rapidement de la soumission aux exigences sanitaires. Le nombre des filles dites isolées, qui se présentaient au Dispensaire, alla toujours en décroissant. Beaucoup d'entre elles se croyaient désormais affranchies de l'obligation d'y paraître et refusaient de tenir compte des injonctions qui leur étaient adressées à ce point de vue. . . . .

« . . . Les dangers que présentait pour la santé publique l'agglomération à Paris, pendant le siége, de troupes armées qui recherchaient les prostituées et les protégeaient contre la répression, s'accrurent encore après l'armistice du 28 janvier. Au lieu de soldats en armes, échappés pour un instant aux obligations disciplinaires, ce furent des bandes de gardes mobiles et des soldats désarmés qui se répandirent dans Paris, errant sur la voie publique et s'y mêlant au personnel de la débauche. Vinrent ensuite les désordres de la rue, et, sous le couvert d'apparentes manifestations patriotiques, des désordres bientôt suivis de persécutions et de violences dirigées contre tous les agents appartenant à un titre quelconque, à des services de Paris. . . . .

« . . . Les gardes nationaux fédérés allaient commander en maîtres dans les maisons de tolérance, où, sans bourse

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 décembre.

délier, ils se faisaient servir à boire et se livraient à des orgies. D'autres assiégeaient le Dispensaire. Ils pénétraient dans les bureaux, ceux-ci à la recherche de quelque spectacle obscène, ceux-là, et ils étaient nombreux, pour retirer et détruire les traces d'inscription de filles publiques, leurs maîtresses. Les amateurs de scandale, de révélations à exploiter plus tard par le chantage, s'introduisaient sous mille prétextes dans ces archives jusqu'alors si scrupuleusement fermées, et ils en fouillaient les dossiers. On était bien loin de ces traditions de respect pour l'honneur des familles, qui faisaient que l'administration régulière refusait absolument à des exigences privées, mêmes respectables, des renseignements que l'intérêt public seul avait fait réunir. Les raffinés «officiers supérieurs» de fédérés étaient en quête des dossiers de femmes ayant une notoriété dans le monde de la débauche vénale. Ils voulaient contenter leur curiosité malsaine et se faire une arme de certains secrets d'existence. . . . .

« . . . Il avait bien été question pour la Commune de supprimer la débauche vénale, ou plutôt de la traquer, de l'arrêter, sans dire toutefois ce qu'on en ferait ensuite. En réalité, on n'avait rien fait que se mêler à ses orgies. On comptait des prostituées en armes dans les rangs des insurgés. Il y en eut qui prirent part aux saturnales de la barricade de la rue Royale. Le monde de la débauche publique fournit son contingent de *pétroleuses,* et il put croire, avec les malfaiteurs et les repris de justice, que l'incendie de la préfecture de police, en détruisant ses archives, le bureau des mœurs et le Dispensaire, consacrait son affranchissement définitif (1). »

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 décembre 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° les journaux de la semaine ; 2° un rapport sur la chirurgie militaire aux États-Unis.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Boeck (de Christiania), membre correspondant étranger.

La discussion continue sur les conclusions du rapport de M. Marjolin.

DISCUSSION

M. DESPRÈS avait avancé dans la dernière séance que les dépenses de chaque accouchement *en ville* ne s'élevaient pas pour l'assistance publique à plus de 15 francs. M. Polaillon discute ce chiffre, très-inférieur à ce que coûte un accouchement même à l'hôpital. D'après ses calculs il faudrait compter 60 francs. Mais M. le Fort qui s'est occupé de cette question au congrès médical de Bruxelles donne presque raison à M. Desprès, en fixant ce prix à 17 francs.

M. SÉE appuie les conclusions de M. Marjolin. Il s'élève contre la proposition de M. Desprès d'allouer un franc par jour aux mères qui soigneraient leurs enfants à domicile. Cette somme, d'ailleurs insuffisante si la mère était obligée de renoncer à son travail pour veiller sur son enfant, pourrait bien aussi avoir un emploi tout autre que celui auquel elle serait destiné. Les consultations dans tous les les hôpitaux où l'on pourrait pratiquer certaines opérations à la condition que les parents amèneraient les enfants tous les jours pour y être pansés et surveillés, ne sont pas non plus un moyen pratique à cause de la perte de temps considérable qu'il occasionnerait à ces parents, qui n'ont pas le moyen de perdre ainsi une demi-journée de travail.

Quant à l'admission dans les hôpitaux des mères accompagnant leurs enfants malades, M. Desprès a-t-il songé que pour donner des soins à ce petit malade, les mères seraient obligées d'abandonner le reste de leur famille. Pour toutes ces raisons, M. Sée serait d'avis de créer deux nouveaux hôpitaux d'enfants de deux cents à trois cents lits chacun, dans les quartiers les plus éloignés des hôpitaux existants. M. Sée défend aussi l'institution du *Dépôt*, non pas qu'il n'en reconnaisse les inconvénients graves, mais parce qu'on n'a encore trouvé rien de mieux pour donner asile à des enfants la plupart du temps absolument privés de famille quand la mère vient à leur manquer.

M. TRÉLAT. On se fait, en France, une idée fausse de ce que doit être un hôpital. C'est, dit-on, l'asile des malheureux souffrants. Mais ce n'est pas ainsi qu'il doit être envisagé si l'on veut lui faire remplir le rôle le plus utile au point de vue de la philanthropie. L'hôpital doit être, au moins pour le chirurgien, le lieu où tous ceux qui n'ont pas l'aisance, la grande aisance, peuvent trouver des secours chirurgicaux exceptionnels, des opérateurs habiles, des appareils et des instruments coûteux, du linge en abondance, enfin une surveillance de tous les instants contre des accidents subits, toutes conditions qu'il est difficile à un riche d'avoir chez lui, mais qu'il devient tout-à-fait impossible de se procurer quand on n'est pas dans une situation de fortune exceptionnelle. En un mot, l'hôpital doit être fait pour un certain ordre de malades que l'on ne peut traiter convenablement chez eux. C'est ainsi qu'on entend l'hôpital dans d'autres pays que le nôtre, en Angleterre particulièrement.

M. DESPRÈS partage cette opinion que les hôpitaux sont faits pour recevoir tous les malades qui ne peuvent se soigner chez eux.

M. MARJOLIN maintient ses conclusions premières, en insistant sur la nécessité de créer deux nouveaux hôpitaux d'enfants à Paris dans les quartiers qui sont le plus éloignés de ceux qui existent déjà, et d'abaisser l'âge d'admission, ainsi que sur l'urgence qu'il y a d'augmenter le personnel dans les salles de berceaux. S'il n'est pas possible de supprimer le Dépôt, il est au moins vivement désirable qu'on en améliore les conditions en séparant les enfants malades. L'augmentation des lits d'enfants dans les hôpitaux, au lieu d'être ruineuse pour l'Assistance publique, comme l'a dit M. Desprès, serait, au contraire, un grand allégement pour ses dépenses, sinon immédiatement, au moins dans quelques années, en diminuant le nombre des infirmes et des aveugles qui deviennent, faute de soins suffisants pendant leur enfance, ses pensionnaires à perpétuité.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— La société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les travaux des candidats au titre de membre correspondant.

VARIÉTÉS

Le professeur Billroth et les étudiants « juifs ».

On nous écrit de Vienne en date du 20 décembre 1875 :

« Le professeur Billroth est chirurgien et, comme tel, rixes, horions, batailles, fractures, luxations et autres menus accidents de ce genre, il ne redoute rien de tout cela ; si son service hospitalier vient à chômer, il recrutera parmi les étudiants de la Faculté de médecine de Vienne un nombre suffisant de cas intéressants pour défrayer plusieurs semaines de leçons cliniques. Ce sont là du moins les réflexions qui se présentaient à l'esprit de votre correspondant à la vue des combats plus ou moins sanglants qui viennent ces jours derniers de troubler la Faculté viennoise et dont le professeur Billroth est la cause très-volontaire.

Le professeur Billroth est sujet prussien ; il occupe la chaire de clinique chirurgicale où le gouvernement autrichien et l'Université l'ont appelé, depuis 1866, et à ce titre nul ne saurait contester la valeur de ce maître ; l'excellente préface dont le professeur Verneuil a fait précéder la traduction du *Traité de pathologie chirurgicale*

(1) *De la prostitution à Paris et à Londres*, 1789-1871, par C.-J. Lecour, chef de la première division à la préfecture de police. — 2e édition, augmentée de chapitres sur la *prostitution à Paris pendant le siége et sous la Commune*, et de nouveaux renseignements statistiques. — Paris, 1874, pages 304 et suivantes.

rend d'ailleurs très-ample justice au mérite pratique de son enseignement.

Le professeur Billroth, en qualité d'Allemand du Nord, est protestant ou confessionnel, comme on dit ici, détail qui ne saurait être négligé dans le récit de l'aventure.

Le professeur Billroth en cette double qualité, a, comme tout le monde, le droit d'observer le pays, la capitale où il a reçu une si haute hospitalité ; il a le droit aussi d'observer en s'y mêlant la société viennoise dans ses divers rangs, dans ses différentes classes, et de faire part à ses amis et au public, du résultat de ses observations et de ses réflexions.

Jusqu'ici, rien de mieux et rien que de fort ordinaire. Chacun sait que, quoiqu'on y parle allemand, Vienne est une ville presque française. A voir l'élégance et la bonne grâce des manières, la douceur, l'aménité, la politesse des allures jusque dans les petites classes, la courtoisie des relations et de l'accueil fait aux étrangers, le goût littéraire si délicat et si répandu, cette universelle curiosité de tout ce qui touche les productions de l'esprit français, la connaissance presque universelle de notre langue, on se croirait plutôt au cœur de notre Paris que près des rives du Danube. S'il eut vécu de nos jours et s'il eut vu Vienne, je doute que le bon La Fontaine eût fait venir des bords du grand fleuve son sauvage paysan, il eut été certainement le chercher plus au nord, sur les rives de l'Elbe, de l'Oder ou de quelque autre rivière plus ou moins policée.

Le professeur Billroth pouvait, lui aussi, célébrer tous les avantages du séjour où l'avait conduit sa bonne étoile; mais point : un Allemand du Nord est trop grave pour s'arrêter à telles vétilles, ce n'est pas en dehors du sol natal qu'il se met en frais d'admiration, et c'est vers de plus intéressants sujets qu'il porte son attention.

Le professeur Billroth a découvert qu'il y a trop de familles israélites à Vienne. Il trouve que le peuple, ex-favori de Jéhovah, a trop pris au sérieux le fameux : « Croissez et multipliez » de l'Écriture. Il trouve que cette multiplication incessante qui fait pulluler en Autriche, et particulièrement à Vienne, les enfants d'Israël, a quelque chose d'inquiétant. Les « Juifs » n'envahissent pas seulement toute la haute, moyenne et basse finance, ils envahissent toutes les carrières, l'administration dans toutes ses branches. Le professeur Billroth se rappelle qu'il y a deux ans, dans le « Krach » dans la débâcle financière, les Juifs furent frappés comme les plus audacieux. Bref, dans des pensées de moraliste et de philosophe qui empiètent incontestablement sur l'enseignement de ses savants collègues Zschokke, Tomascheck, Simony, des facultés de théologie, de philosophie et de droit, l'éminent chirurgien stigmatise, comme il convient, ces empiétements et cette fécondité également dangereux.

Jusqu'ici, tout est encore à peu près strictement dans les convenances, et le professeur Billroth a le droit de penser comme bon lui semble sur ce sujet comme sur tout autre. Peut-être aurait-il pu se souvenir que la noblesse autrichienne a fourni, elle aussi, un contingent assez complet de comtes et de simples barons dans les victimes du « crac » financier; mais il n'y a point pensé, et je trouve que par là sa morale cesse d'être très-rigoureusement vraie, car le premier caractère d'une leçon comme d'une loi morale, est d'être universelle. Il n'y a pas d'étudiant en philosophie qui ne le rappelle au savant auteur de la *Pathologie chirurgicale générale*.

Jusqu'ici donc, le professeur Billroth peut librement penser ce qu'il veut ; mais où sa thèse devient plus difficile, c'est quand le professeur Billroth, ne se contentant plus de penser toute cette morale, veut la faire imprimer et l'exposer sous les vitrines des libraires viennois; c'est quand le professeur Billroth, comme un pamphlétaire, ne dédaigne pas de recourir à la brochure pour dire ses vérités à toute la « juiverie » autrichienne. Un professeur de clinique chirurgicale se faire brochurier!... Un brochurier, Monsieur le Directeur, vous l'entendez, pis qu'un... journaliste!

Une fois le « stylet » à la main, le professeur Billroth ne connaît plus d'obstacles, plus de périls, et ses rudes tablettes ne s'arrêteront pas en si bon chemin.

Le professeur Billroth y songe! Mais cette Faculté de médecine viennoise n'est-elle pas elle-même infestée... pardon, encombrée (je ne traduis pas) d'étudiants « juifs » ? Et ces étudiants « juifs » ne sont-ils pas de véritables crétins, les derniers venus à l'amphithéâtre d'anatomie, mais les premiers partis? des causeurs infatigables pendant que le professeur Billroth fait ses leçons cliniques, les plus grands fumeurs de pipes et buveurs de bière que jamais Sénat académique ait compté parmi ses justiciables? Ces étudiants « juifs » ne savent-ils pas mille fois mieux distinguer un verre de cette excellente bière de Pilsen d'un verre Dreher, qui fit la conquête de tous les palais parisiens en 1867, que faire un élégant diagnostic de hernie! Ces étudiants « juifs » n'aiment-ils pas mieux, mille fois mieux, tenir en main et vider une joyeuse bouteille de vin de Hongrie que manier les bocaux qui contiennent l'alcool... et les pièces en macération du professeur Billroth ! Ces étudiants « juifs » ne font-ils pas la plus piteuse figure de Transylvanie, de Dalmatie, de Hongrie, de Croatie, de Bohême, de Styrie, de Moravie et de toutes les provinces qui composent le glorieux empire autrichien, quand vient le jour de l'examen? Ne sont-ils pas dix fois plus ânes que l'âne de Balaam? Certes oui, et le professeur Billroth ne se contentera pas de penser platoniquement toutes ces choses, il les dira tout haut, publiquement, il les consignera dans sa brochure, et financiers et étudiants, et tous les circoncis seront confondus.

C'est ici, monsieur, que la thèse ou la brochure du professeur Billroth, de difficile à soutenir, devient parfaitement insoutenable. Les gens de finance, israëlites ou non, ont généralement l'épiderme peu chatouilleux et l'oreille assez dure quand ils ne veulent ni sentir, ni entendre surtout des leçons dans le goût de celles de notre chirurgien moraliste. Mais les étudiants de tout temps et de tout pays ne sont point faits de cette même pâte. Ils ont, en effet, deux défauts qui les empêchent d'être fort endurants : ils sont jeunes d'abord, défaut digne d'envie, puis le maniement des papiers et le tintement des métaux monnayés n'a point encore épaissi leur épiderme et endurci leur tympan; leur budget mensuel rappelle trop souvent celui du sous-lieutenant de la *Dame blanche*, et encore !

La brochure du professeur Billroth trouva, comme vous pensez bien, peu d'admirateurs parmi les étudiants; bien plus elle fit scandale et vous n'aurez pas de peine à croire qu'en réponse au pamphlet de l'éminent auteur de la *Pathologie générale chirurgicale*, un grand nombre d'étudiants se préparèrent à parler de la manière habituelle.

On ne fut pas long à se concerter : la jeunesse est vive. D'ailleurs la provocation avait été publique; le professeur Billroth au lieu de laver son linge sale en famille, de s'embarquer dans l'examen pour frapper les ignorants et stimuler le zèle anatomique et chirurgical des retardataires « non confessionels » avait essayant de raviver des sentiments d'un autre âge, attaqué une portion considérable et respectable du public universitaire. Il y avait là plus qu'une incartade contre les convenances, il y avait une faute grave surtout de la part d'un homme occupant dans l'enseignement supérieur une si haute position.

La presse de son côté n'avait pas manqué de mettre toute la publicité dont elle dispose au service du chirurgien moraliste, en appréciant toutefois différemment la question, et se montrant non sans raison scandalisée d'un pareil langage, tenu dans la dernière partie du dix-neuvième siècle, siècle de lumière et particulièrement de tolérance, comme chacun sait. Elle se demande si l'on allait revenir aux vieux errements, aux quartiers juifs; si l'on allait créer des Facultés de médecine juives, comme on crée en France des Facultés de médecine catholiques; bref, le professeur Billroth avait voulu faire quelque bruit, et le bruit n'allait pas lui manquer.

Quelques jours après la publication de cette brochure « historico-ethnographique, » comme dit plaisamment toute la petite presse du cru, le professeur Billroth était accueilli dans son amphithéâtre par une foule ameutée et violente. De formidables *hou! hou!* accompagnés des imprécations les mieux senties du vocabulaire allemand, si riche en ces matières, partant de tous les gradins, lui apportaient le juste tribut de l'indignation universitaire et du mécontentement du public. En vain le savant chirurgien-brochurier voulut commenter, justifier, expliquer sa brochure et commencer sa harangue par le « *honorés messieurs...* » d'usage; l'auditoire, de moins en moins sympathique, s'exaspérait à chaque tentative oratoire et se montrait disposé à faire évacuer la chaire plutôt qu'à faire silence ou à évacuer lui-même la salle.

Cependant le professeur Billroth s'efforçait de faire bonne mine devant l'orage, soutenu par un groupe de fidèles, qui vociféraient à pleins poumons : « *Vivat Billroth! Hinaus juden!* » Vivat Billroth! A la porte les juifs!...

C'en était trop!

La colère des étudiants juifs et des confessionnels partisans de la liberté de conscience, de la liberté des cultes, et de la liberté de ne rien savoir aux examens, ne saurait se contenir.

On se lève, on escalade les bancs, les groupes ennemis se mêlent, les partis sont aux mains, le sang va peut-être couler.

La lutte un instant incertaine, car les Chrétiens, fidèles du maître, suppléaient par la valeur leur petit nombre, se prolongea quelque temps, mais il était clair, que les Juifs soutenus par l'armée des confessionels libéraux devaient remporter une glorieuse victoire. Un combattant, un fils d'Israël sans doute, passant sur le ventre et la tête des ennemis escalade enfin la table de démonstration et la chaire, et saisissant..... un morceau de craie trace d'une main victorieuse sur le tableau, destiné hélas! à des inscriptions plus pacifiques, ces mots terribles : « *Pereat Billroth!* »

Toute l'armée répond par le cri *Pereat Billroth*, et le professeur vaincu, ramenant ses fidèles clopin clopant, quitte enfin le champ de bataille.

Remarquez, monsieur, qu'au plus fort du combat, le latin est respecté et cultivé. Ces allemands sont uniques, langues vivantes et langues mortes, tout leur est familier. *Vivat Billroth! Pereat Billroth!* C'est classique. *Pereat Billroth!* En effet

Rien que la mort n'était capable
D'expier son forfait.

Les vainqueurs n'ont cependant pas voulu abuser de leur triomphe et après avoir « manifesté » il a été convenu sagement que l'on ne pousserait point la leçon plus loin. Également plein de sagesse le Sénat académique n'a pas fait fermer l'école et le professeur Billroth, désormais averti, pourra s'il le veut molester de nouveau les étudiants « juifs. »

Je doute cependant que, dans ce but, il ait de nouveau recours à la brochure.

Ferons-nous comme le professeur Billroth, tirerons-nous la morale de l'incident? Vos lecteurs l'ont déjà fait, mais nous ne pouvons nous empêcher d'ajouter que dans cette méchante affaire le professeur Billroth s'est conduit et comme professeur et comme confessionnel le plus légèrement du monde, pour ne pas dire plus. Cette absence de tact sent d'une lieue la vase de la Spréo et il faudrait parcourir bien des Universités pour rencontrer un tel manque à toutes les convenances. Il n'a d'ailleurs pas été ménagé ici par les esprits les plus rassis et les plus calmes.

Aujourd'hui, M. le professeur Billroth écrit aux journaux pour assurer le public viennois, l'Autriche, tout le monde enfin, des sympathies prussiennes. Je ne me charge pas d'ajouter qu'elles seront acceptées.

Si je voulais cependant tirer quelques conclusions un peu sérieuses, je vous dirais que la présence d'un grand nombre d'Allemands du nord, et notamment de Prussiens, établis à Vienne, comme avocats, médecins praticiens, professeurs ordinaires, extraordinaires, privat-docenten dans l'Université, docteurs en philosophie dans les gymnases, a donné le change a bien des personnes en France, et que tout ce monde en s'agitant, faisant grand bruit, payant d'audace, parlant beaucoup et écrivant encore plus, est arrivé à créer une manière d'opinion aujourd'hui répandue, à savoir que tout ce qui est éclairé en Autriche, dans les provinces allemandes, aspire le plus ardemment du monde à voir ces provinces associer au plus tôt leurs destinées politiques à celles de l'empire, non pas allemand, mais prussien.

Cette manière d'écrire l'histoire et de « faire » l'opinion a cours à Berlin, chez M. le prince chancelier; à Strasbourg, chez M. le gouverneur de l'Alsace-Lorraine; mais malheureusement les Viennois ne me paraissent pas la goûter du tout. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le service médical de nuit dans Paris fonctionnera à partir du 1er janvier.

Une circulaire de M. le Préfet de police annonce que :

« Dans chaque quartier, les médecins seront invités à déclarer s'ils entendent se rendre aux réquisitions qui leur seront adressées pendant la nuit. — Les noms et les domiciles de ceux qui auront fait cette déclaration seront inscrits sur un tableau affiché dans le poste de police du quartier. — La personne qui aura à requérir un médecin se rendra au poste de police de son quartier, et choisira sur le tableau le médecin dont elle désire réclamer les soins. — Un gardien de la paix, détaché du poste, accompagnera le requérant au domicile du médecin, suivra celui-ci chez le malade, et, la visite faite, le reconduira chez lui. En le quittant, il lui remettra un bon d'honoraire s de 10 francs, qui sera payé à présentation à la caisse de la préfecture de police. »

Nous ne saurions trop engager nos jeunes confrères à prêter leur concours à cette œuvre que nous devons aux études persistantes de notre très-honoré confrère, M. le docteur Passant.

— *Corps de santé militaire.* — Par décrets en date des 9, 16 et 20 décembre 1875, ont été promus :

Au grade de médecin principal de première classe : MM. Gaujot et Paulet.

Au grade de médecin principal de deuxième classe : MM. Fleury et Allaire.

Au grade de médecin-major de première classe : MM. Heymann, André, Servent, Frémont et Pernod.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Nicaud, Charbonnier, Battarel, Baillet et André.

Au grade de pharmacien-major de première classe : MM. Rouchette et Pehéaa.

Au grade de pharmacien de deuxième classe : MM. Riester et David.

— Par décret du 11 décembre 1875, M. Cheviet, ancien médecin aide-major de première classe, démissionnaire, a été nommé médecin aide-major.

— Par décision ministérielle en date du 21 décembre 1875, la commission du classement, qui se réunira le 5 janvier 1876, au ministère de la guerre, est constituée de la manière suivante :

Président : M. le général Garnier, à Paris. — *Membres :* MM. les intendants Audenard et Parmentier; M. Legouest, médecin-inspecteur, président du conseil de santé; MM. les médecins-inspecteurs, membres du conseil de santé; Gerrier, Marmy. — *Secrétaire :* M. Burot de l'Isle, capitaine d'état-major, aide de camp de M. le général Garnier.

Lorsque la commission abordera l'examen des propositions relative aux pharmaciens militaires, M. Jeannel, pharmacien-inspecteur, membre du conseil de santé, remplacera, au sein de la commission, le plus jeune des membres parmi les médecins-inspecteurs.

— *Corps de santé de la marine.* — Sur la proposition du conseil supérieur de santé, le ministre de la marine vient de décerner à MM. Bourse et Reynaud, un prix de cinq cents francs pour leurs excellents rapports de fin de campagne.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Blum, agrégé stagiaire (section de chirurgie et accouchements), est rappelé à l'activité à dater du 1er octobre 1872, en remplacement de M. Dubrueil, nommé professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Jacquemet, agrégé libre (section des sciences physiques), est rappelé à l'activité pendant l'année scolaire 1875-76.

— M. Bimar (Jean Marie-Théodore-Auguste), né à Montpellier le 1er février 1845, docteur en médecine, est institué chef des travaux anatomiques.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Curie, chargé des fonctions de préparateur adjoint à la faculté des sciences de Paris, est

nommé aide-préparateur de chimie à l'École supérieure de pharmacie en remplacement de M. Ogier, démissionnaire.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Kuss (Charles), né à Strasbourg, le 20 mars 1853, est nommé préparateur en remplacement de M. Srœbel, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Clermont.* — M. Roujou, docteur ès sciences naturelles, est chargé du cours de botanique et zoologie.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Alcantara, professeur de phatologie externe, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1875-76, par M. Stéphann, suppléant.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Tesson, suppléant chargé du cours de chimie médicale, est nommé professeur de chimie médicale.

— *École de médecine de Bordeaux.* — M. Mabit, professeur de clinique interne est autorisé à se faire suppléer, pendant le 1er semestre de l'année scolaire 1875-76, par M. Vergely, suppléant.

— *École de médecine de Reims.* — M. Panis, ancien professeur est nommé professeur honoraire.

— *École de médecine de Toulouse.* — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle, sera ouvert le 1er juin 1876.

— *École de médecine de Tours.* — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle, sera ouvert le 15 mai 1876.

— M. R. Engel, docteur en médecine, préparateur, de chimie à la la faculté de médecine de Nancy, a subi, le 13 novembre 1875, devant la faculté des sciences de Paris, les épreuves du doctorat ès sciences physiques.

Sa première thèse a pour titre : *Contribution à l'étude des glycocolles et de leurs dérivés.* — Dans sa seconde thèse, qui consistait en propositions données par la Faculté, le candidat avait à étudier *la densité des vapeurs.*

M. Engel a été déclaré digne du grade de docteur ès sciences physiques.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 152. — JEUDI 30 DÉCEMBRE 1875. 48e ANNÉE. JEUDI 30 DÉCEMBRE 1875. — N° 152.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICA[illegible] de la *Gazette* un fonds de 3,000 [illegible] 10 octobre 1853 a institué en faveur [illegible] travaux pratiques insérés dans [illegible] ements aux auteurs des meilleurs prix d'abonnement des Médeci[illegible] autre de 7,000 fr. pour compléter le [illegible] udiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et atelie[illegible] fermés à l'occasion des fêtes du Jour de l'An, le j[illegible] ne paraîtra pas samedi.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Voici, textuellement, le passage que nous avions cité de mémoire jeudi dernier. Nous le reproduisons d'après le discours écrit de M. Giraud-Teulon.

« Il faut d'abord avoir en optique mathématique des façons de voir absolument personnelles, qui seules peuvent permettre d'énoncer les propositions suivantes (p. 1426) :

« Que les changements de forme et de place observés dans « l'image réfléchie de la face antérieure du cristallin peuvent « tout aussi bien être le résultat de son rapprochement de la « cornée que d'un changement de courbure de la face anté- « rieure. »

« Cette conclusion peut bien être celle de l'optique de M. J. Guérin, mais non celle de la catoptrique vulgaire, celle des classes élémentaires de physique. Cette dernière établit, au contraire, des différences essentielles entre les images produites dans les deux circonstances. Dans le cas de simple translation du cristallin d'arrière en avant, la distance des images en question serait modifiée de façon bien peu sensible, mais non *la grandeur même de l'image* donnée par la cristalloïde, et qui resterait *invariable*.

« Lors du changement de courbure de la lentille, au contraire, le lieu et l'étendue de l'image changent tous deux et très-notablement.

« M. J. Guérin peut reconnaître par là combien est légèrement portée son accusation contre les auteurs de la belle découverte du mécanisme de l'accommodation, d'avoir confondu, dans l'étude des images catoptriques, les effets du changement de courbure avec ceux qu'auraient pu amener le mouvement en masse du cristallin. Des hommes beaucoup moins instruits que ceux-là ne s'y seraient point trompés, ni même peut-être de simples élèves de mathématiques élémentaires. »

On voit combien tout ceci était absolu : « *la grandeur de* « *l'image resterait invariable* », ce qui revient exactement à dire « que le changement de distance de deux surfaces réfringentes « séparées par un milieu commun n'altérerait point les dimen- « sions de l'image réfléchie par la seconde. »

Nous avions beaucoup adouci dans la forme cette proposition de M. Giraud-Teulon, ne pouvant croire sans preuve écrite.

Aujourd'hui, M. Giraud-Teulon, dans la partie très-étendue de son discours qu'il nous consacre, s'attache à démontrer que sa pensée intime n'était nullement adéquate à son expression.

« Si j'avais énoncé, dit-il, ou cru seulement énoncer une semblable proposition, j'aurais effectivement commis une erreur grossière et la qualification de bévue qui lui a été appliquée ne serait pas trop forte. Il est clair qu'en un tel cas et d'une manière générale, quelles que soient les surfaces considérées et leurs dégrés de courbure, les images par réfraction ne sont pas seules modifiées, mais que des variations de grandeur adéquates s'opèrent également dans les images catoptriques. Je suis très-humilié qu'on ait pu s'y méprendre, reconnaissant toutefois que la condensation sommaire et précipitée de mon exposé et l'obscurité qui en est résultée ont pu prêter le flanc à cette interprétation. »

C'est avec plaisir que nous donnons acte à M. Giraud-Teulon d'une rectification portant sur sa pensée intime.

Avant de dire ce qui peut encore rester douteux, nous attendrons une communication que le savant académicien, physiologiste, M. Colin, doit publier dans la *Gazette des Hôpitaux*, sur des expériences personnelles.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC

Rareté actuelle du chancre simple (1).

Leçons recueillies par M. HUGONNEAU, interne du service.

XVII

N'est-il pas remarquable que la guerre, avec tous les désordres qui l'accompagnent, favorise à ce point la propagation du chancre mou? Vous avez vu qu'à Lyon, comme à Paris, mais sur une moins grande échelle, il se produisit aussi une sorte d'épidémie chancreuse. Le même fait eut lieu en Danemarck : le chancre mou, qui y était en voie de décroissance, augmenta rapidement pendant la guerre de 1864.

En a-t-il été ainsi dans tous les temps et dans tous les pays? Messieurs, je l'ignore, mais je suis porté à le croire, puisque les conditions antihygiéniques sont à peu près partout les mêmes en temps de guerre.

Il importe de dire cependant que, si elles sont mauvaises

(1) Fin. — Voir le numéro du 28 décembre.

encore aujourd'hui, avec tous les progrès dont le dix-neuxième siècle a le droit d'être fier, elles étaient pires autrefois, déplorables, horribles; et c'est en frémissant qu'on songe à la masse incalculable de maux qui fondent sur notre pauvre humanité en même temps que cet épouvantable fléau. Typhus, dysentérie, scorbut, choléra, sans parler des autres maladies, la famine, l'appauvrissement, la ruine, etc., voilà son cortége habituel.

Qu'est le chancre mou en comparaison? Presque rien. Figurez-vous pourtant les ravages qu'il a dû exercer durant ces interminables guerres qui n'ont cessé de désoler l'Europe; que dis-je l'Europe? le monde entier, depuis que le monde existe.

Mais le chancre mou a-t-il fait son apparition sur cette terre en même temps que l'homme? Je le suppose, sans en avoir la preuve bien positive. Il est permis toutefois de douter qu'il ait eu, depuis son origine, le même degré de virulence qu'aujourd'hui et surtout qu'il ait été aussi commun. N'aurait-il pas laissé dans l'histoire des traces moins équivoques?

Il est vrai qu'aux époques barbares et peu civilisées, on n'y regardait pas de si près. Nos aïeux qui soutinrent si souvent le choc des légions romaines, puis des hordes barbares; qui se battirent pendant tout le moyen âge, firent les croisades et tant d'autres guerres jusqu'aux temps modernes, étaient moins douillets que nous, moins analytiques. Le chancre mou devait être le moindre de leurs soucis. Ils l'englobèrent avec tant d'autres espèces morbides, qui pullulaient autour d'eux à ces époques néfastes, où le confort de la vie moderne était inconnu, et où l'hygiène, encore à peu près dans l'enfance, bégayait à peine ses premiers enseignements.

XVIII

J'en ai fini, messieurs, avec ce que j'avais à vous dire sur l'histoire du chancre mou dans ces dernières années.

Permettez-moi de revenir maintenant sur une question que je n'ai fait qu'effleurer dans la dernière leçon, sur l'augmentation progressive de la syphilis, qui fait contraste avec la rareté actuelle du chancre mou et qu'il n'est pas sans intérêt de lui opposer.

Je vous ai fait part de mon impression sur ce sujet; je vais l'appuyer et la justifier par des chiffres.

Ces chiffres, je n'ai pas à les chercher bien loin, du moins en ce qui concerne l'hôpital du Midi, puisque je vous les ai déjà donnés en divers endroits de cette leçon, et qu'il suffira de les réunir.

Voici quel a été chaque année, depuis 1861 jusqu'à 1875, le nombre des affections syphilitiques tant primitives que consécutives reçues et traitées dans cet hôpital.

Années 1861.	570
— 1862.	572
— 1863.	503
— 1864.	840
— 1865.	849
— 1866.	799
— 1867.	893
— 1868.	985
— 1869.	1442
— 1870 (septembre). . . .	501
— 1871.	599
— 1872.	1265
— 1874.	1578
— 1875 (1er semestre). . .	777 et 1554 si

le second trimestre donne le même chiffre que le premier.

Vous le voyez, messieurs, l'accroissement de la syphilis, à en juger par le nombre des malades que nous traitons à la consultation ou que nous recevons dans nos salles, a pris, depuis quelques années, des proportions considérables, dont il vous sera facile de vous rendre compte en comparant ces chiffres.

XIX

J'ai voulu savoir s'il en était de même à l'hôpital Saint-Louis, où l'on traite aussi beaucoup d'affections syphilitiques, surtout des syphilides anciennes, ordinairement graves et appartenant à une période avancée de la maladie constitutionnelle.

Voici un tableau qui vous donnera le nombre des syphilitiques, hommes et femmes, reçus à l'hôpital Saint-Louis depuis l'année 1860. Vous verrez qu'il conduit aux mêmes conclusions que le précédent, quoiqu'il n'accuse pas une aussi forte augmentation, surtout pour les dernières années. Mais peut-être en sera-t-il autrement dans trois ou quatre ans, et voici pourquoi.

Beaucoup d'individus, et ils sont très-nombreux, comme vous le savez, qui ont contracté des chancres syphilitiques en 1872, 1873, 1874, 1875, n'auront peut-être que l'année prochaine ou dans deux ou trois ans, les syphilides tardives qui les conduiront à l'hôpital Saint-Louis.

Je ne serais donc pas étonné que les statistiques ultérieures faites à cet hôpital donnassent une augmentation encore plus considérable de syphilis que celle qui est démontrée par le tableau suivant :

NOMBRE DES MALADES TRAITÉS A L'HÔPITAL SAINT-LOUIS POUR LA SYPHILIS DEPUIS 1860 JUSQU'AU 30 JUIN 1875.

	Hommes.	Femmes.	Total.
Année 1860.	88	95	183
— 1861.	107	113	220
— 1862.	128	98	226
— 1863.	211	255	466
— 1864.	151	179	330
— 1865.	180	159	339
— 1866.	229	291	520
— 1867.	276	284	560
— 1868.	344	330	674
— 1869.	386	368	754
— 1870.	297	316	613
— 1871.	212	273	485
— 1872.	320	352	672
— 1873.	337	361	698
— 1874.	328	249	577
— 1875.	167	144	311 (six premiers mois.)

XX

A l'hôpital de Lourcine, l'augmentation de la syphilis n'est pas douteuse depuis l'année 1860. Mais dans ces dernières années, elle est restée stationnaire, tandis qu'à l'hôpital du Midi, elle est supérieure, en 1874, de 15 dixièmes à ce qu'elle était en 1868.

Toujours est-il qu'il ne sera pas sans intérêt de rapprocher le nombre des femmes syphilitiques traitées à Lourcine, de celui des hommes syphilitiques traités à l'hôpital du Midi.

A Lourcine, il a été traité (1) :

(1) Je prends cette statistique telle qu'elle m'a été donnée. Elle contient, en outre, les vaginites, les leucorrhées et les métrites. Il n'y a point de

En 1860.	815	syphilis.
1861.	1,009	—
1862.	1,020	—
1863.	980	—
1864.	1,043	—
1865.	1,002	—
1866.	1,321	—
1867.	1,383	—
1868.	1,343	—
1869.	1,322	—
1870.	922	—
1871.	1,223	—
1872.	1,180	—
1874.	1,162	—
1875 (1er semestre). .	580	—

J'aurais désiré vous donner aussi la statistique des chancres simples reçus et soignés à cet hôpital ; mais il ne m'a pas été possible de me la procurer. Je sais, toutefois, de plusieurs élèves attachés à cet établissement, que le chancre mou y est encore plus rare qu'à l'hôpital du Midi.

XXI

Je suis disposé, messieurs, autant que qui que ce soit, à faire la plus large part aux erreurs qui ont dû nécessairement se glisser dans ces nombreuses statistiques. Toutefois il me semble qu'il est impossible de ne pas reconnaître que, par leur concordance, elles prouvent de la façon la plus solide l'augmentation progressive de la syphilis depuis quelques années.

C'est donc un fait que je considère comme établi.

Resterait à en rechercher et à en déterminer les causes. Je n'aborderai pas cette tâche aujourd'hui. Elle me conduirait à de trop longs développements. Mais comme dans de pareilles questions il faut toujours remonter aux sources de la contagion, je vais vous donner le résultat de mes statistiques à cet égard.

Chez les 1,741 syphilitiques que j'ai soignés à l'hôpital du Midi, en 1869, et pendant le premier semestre de 1870, j'ai pu obtenir 1,633 fois des détails assez précis sur les femmes avec lesquelles ils avaient contracté leur maladie.

Dans ce nombre, la prostitution clandestine fournit le chiffre énorme de 1,414 ; tandis que la prostitution inscrite ne donne que le chiffre relativement très-faible de 219.

Il en résulte que l'infection syphilitique par les premières est *six fois et demi* plus considérable que par les secondes ; c'est-à-dire qu'on s'expose *six fois et demi* plus en ayant commerce avec une *fille insoumise* qu'avec une *fille soumise*.

Voici maintenant de quoi se compose le chiffre 1,414 de la prostitution clandestine. Il comprend 924 *coureuses* et 490 femmes désignées sous le titre de *varia*.

---

colonne pour les chancres simples.

Il me semble que le nombre des syphilis soignées à l'hôpital de Lourcine est considérable. Comment se fait-il qu'il soit supérieur au nombre des syphilis soignées au Midi, où il y a un mouvement de malades bien autrement actif qu'à Lourcine. N'y aurait-il pas là quelque erreur ?...

La syphilis est certainement beaucoup moins fréquente chez la femme que chez l'homme. Une femme syphilitique infectera à elle seule dix hommes et même plus ; tandis que dix hommes affectés de syphilis n'infecteront peut-être pas à eux dix une seule femme. En m'en rapportant au tableau qu'on a bien voulu dresser pour moi, le relevé des malades traitées à Lourcine depuis 1860 jusqu'au 1er juillet 1875, donnerait 17,525 syphilis, 2,342 vaginites, 237 leucorrhées et 709 métrites. Il n'est pas question, comme on le voit, de chancres mous. Les aurait-on comptés au nombre des syphilis, dont le chiffre me paraît très-exagéré, et d'autant plus qu'on soigne à Lourcine beaucoup d'affections utérines ? C'est là que MM. Bernutz et Goupil ont trouvé les matériaux de leur remarquable *Clinique des maladies des femmes*.

Quant à la prostitution inscrite, son chiffre se subdivise en 139 *femmes en carte* et 80 *femmes en maison*.

Donc, la femme publique en maison est de beaucoup celle qui offre le plus de garanties. Elle en offre, en effet, *une fois et demie* plus que la femme en carte, *six fois plus* que les femmes désignées sous le nom de *varia*, et *onze à douze fois* plus que les *coureuses*.

XXII

Comparons maintenant les résultats de la contagion syphilitique avec ceux de la contagion chancreuse que je vous ai fait connaître plus haut.

A. L'infection syphilitique est *six fois et demi* plus fréquente avec les *prostituées libres* qu'avec les *prostituées inscrites*.

La contagion chancreuse est *quatre fois* plus fréquente avec les premières qu'avec les secondes.

Une première conclusion à tirer de ce rapprochement, c'est que la prostitution inscrite offre moins de garanties contre le chancre simple que contre la syphilis.

B. Les deux classes de *prostituées soumises* comparées entre elles sous le rapport de la contagion syphilitique et de la contagion chancreuse, se trouvent sur le même pied d'égalité vis-à-vis de la seconde ; mais vis-à-vis de la première, *les filles en maison* offrent *une fois et demie* plus de garanties que les *femmes en carte*.

C. Comparées aux femmes désignées sous le nom de *varia* les *femmes en maison*, qui donnent le minimum de contagion sur les deux espèces vénériennes, offrent *six fois* plus de garanties contre la syphilis et *deux fois* plus seulement contre le chancre simple.

D. Comparées aux *coureuses*, les prostituées en maison offrent *onze fois* plus de garanties contre la syphilis et seulement *cinq fois* plus contre le chancre mou.

E. Comparées aux *coureuses*, les *femmes en carte* offrent *sept* ou *huit fois* plus de garanties que les *coureuses* contre la syphilis, et seulement *cinq fois* plus contre le chancre mou.

Ainsi, messieurs, la prostitution inscrite fournit un contingent de contagion chancreuse relativement beaucoup plus considérable que celui qu'il donne à la contagion syphilitique.

Si le chancre mou se rencontre plus souvent chez les filles soumises que chez les autres, il sera plus facile de l'attaquer, et par conséquent on diminuera d'autant la fréquence de cette espèce morbide. C'est là évidemment une des causes de sa rareté actuelle.

Par contre, ces deux faits : d'une part, le faible contingent de la contagion syphilitique par les prostituées soit en carte, soit surtout en maison ; et, d'autre part, la somme énorme qui est fournie par la prostitution libre, n'expliquent-ils pas pourquoi la syphilis augmente dans des proportions si alarmantes ?

La décadence des maisons publiques et de la prostitution en carte, c'est-à-dire de la prostitution inscrite, et l'accroissement de la prostitution libre ou clandestine, ont donc eu le double effet : 1° de diminuer le chancre mou ; 2° d'augmenter la syphilis.

XXIII

Vous me demanderez peut-être, messieurs, pourquoi on trouve (relativement, bien entendu) plus de chancres mous chez les *filles soumises* que chez les *insoumises*. L'inspection hebdomadaire ou bimensuelle devrait les en préserver.

Oui, sans doute ; et l'élimination des *filles soumises* atteinte

de chancres se fait avec la dernière rigueur, je n'en doute pas.

Mais songez que, par ce fait même, qu'elles ne sont pas libres, ces filles-là sont obligées d'accepter tout le monde, les gens les plus ignobles, les plus sales, les moins soigneux de leur personne, les plus disgraciés de la nature, etc. Tous ont une ressource dans la maison publique. Repoussés par les *filles libres* ou même par les *filles en carte*, ils sont obligés de se contenter de cette médiocre satisfaction des sens, qu'on ne peut pas leur refuser contre leur argent. La *femme en maison* devient ainsi la proie de ce qu'il y a de plus rebutant et de moins scrupuleux parmi les catégories les plus infimes de la débauche et du libertinage.

Or, messieurs, c'est dans ces bas-fonds que se plaît le chancre mou; c'est sur ce fumier qu'il prospère, croit et multiplie. On le trouve plus souvent aux barrières et dans la banlieue que dans les quartiers riches. Jamais ou bien rarement, vous ne le rencontrerez dans les hautes régions de la galanterie. Les courtisanes du *high life* sont presque hors de ses atteintes, tandis que la blennorrhagie et la syphilis ne les respectent point.

Je vous l'ai dit, et je vous le répète, le chancre mou est la plus crapuleuse des trois maladies vénériennes. Les deux autres devraient en rougir.

Et, en vérité, c'est une honte pour la civilisation que son existence. N'avons-nous pas la possibilité de le détruire, comme on détruit la vermine et toutes les engeances parasitaires qui se fixent sur la peau?

Oui, j'ai la conviction qu'on le fera disparaître du jour où on voudra s'en donner sérieusement la peine. Sa rareté, extraordinaire depuis quelque temps, n'est-elle pas le prélude de son extinction future?

XXIV

Certes, messieurs, au sujet de la syphilis, je ne vous tiendrais pas un langage aussi affirmatif. Depuis qu'elle a envahi l'Europe, à la fin du quinzième siècle, elle n'a pas cessé de sévir. Elle a devant elle, comme elle en a eu dans son passé, bien des siècles d'existence.

La raison nous dit cependant qu'elle n'est pas inhérente à l'humanité, au point qu'il faille désespérer à tout jamais de la détruire.

Mais que de circonstances contribuent à la perpétuer! Son caractère constitutionnel, la contagiosité de ses produits pendant ses premières phases, l'inutilité des cautérisations préventives sur l'accident primitif, la transmission héréditaire, virulente, contagieuse, des lésions syphilitiques du fœtus, etc...

Quant à la blennorrhagie, elle durera aussi longtemps que l'humanité. Elle est née avec elle, elle ne mourra qu'avec elle. On arriverait à éteindre pendant plusieurs années cette inflammation spécifique, qu'elle renaîtrait de ses cendres.

Et elle en renaîtrait vite, croyez-le bien. Ce ne serait une expérimentation ni difficile ni compliquée que de créer un catarrhe aigu de l'urèthre, et de l'élever au degré de spécificité voulue pour qu'il devînt contagieux. Peut-être un pareil fait se produit-il plus souvent qu'on ne le pense?

Essayez donc de créer de toutes pièces le virus syphilitique ou le virus du chancre simple!...

Mais admettons l'impossibilité de susciter sur la muqueuse uréthrale le pus virulent de la blennorrhagie. Ne le retrouverions-nous pas dans le produit spécifique des ophthalmies purulentes?

L'ophthalmie d'Égypte, par exemple, n'est-elle pas la sœur jumelle de cette gonorrhée hébraïque, contre laquelle Moïse édictait ses terribles lois hygiéniques?... Immémoriales toutes les deux, elles étaient, dans les sables brûlants de la Lybie, antérieure à tous les vestiges de cette antique civilisation, antérieure même aux Pyramides, du haut desquelles les quarante siècles fameux pourraient encore les contempler, si, dans leur majestueuse indifférence, ils daignaient abaisser leurs regards sur nos misères.

J'en ai fini avec la tâche que je m'étais imposée. Puis-je espérer que ces leçons sur la statistique des maladies vénériennes dans la ville de Paris auront été pour vous de quelque utilité?... Leur aridité est bien peu faite, je le sais, pour éveiller et soutenir l'intérêt.

C'est une raison de plus, messieurs, pour vous remercier de l'indulgente attention avec laquelle vous avez bien voulu les écouter.

THÉRAPEUTIQUE

Observation clinique sur l'emploi d'un arséniate de fer naturel

Par M. le docteur Baron.

Nous avons fait connaître récemment l'heureux emploi qu'a pu faire de ce médicament M. le docteur Louis, médecin en chef de la maison d'aliénés de Bourg, sur les malades de sa clinique interne.

On se rappelle avec quelles facilités, sous cette forme de dragées, ce médicament a été acceptée par des sujets ordinairements difficiles à traiter.

Nous avons à relater aujourd'hui quelques autres observations d'un autre genre, et en premier lieu celle de M. le docteur Chatelain (de Nancy), recueillies dans sa pratique

Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans, assez grand pour son âge et de moyenne constitution organique; interne dans un lycée où il fait ses études. Le sujet se plaint depuis assez longtemps d'une douleur thoracique vers la base du côté droit. Le médecin appelé porta, après examen, un diagnostic accusant un point pleurétique localisé à la partie inférieure du côté indiqué.

Les douleurs sont continues, mais peu intenses; les symptômes généraux ne sont pas tranchés, ce qui explique que le jeune homme n'ait pas interrompu ses études, qu'il ne soit pas sorti du lycée et même ne soit pas entré à l'infirmerie. Mais la sensation des douleurs remonte à plusieurs mois de là pour ses débuts. Un surcroît de gêne respiratoire et l'impossibilité de certains mouvements du corps, appellent enfin l'attention et provoquent l'examen du médecin, qui constate en détail les faits suivants.

Depuis quelques jours notamment, l'appétit du collégien a baissé, la digestion se fait péniblement, et les forces musculaires sont sans ressort. Le faciès est pâle, et la conjonctive a pris une teinte un peu jaune, ce qui donnerait à supposer que la lésion du bas de la plèvre droite aurait atteint le diaphragme et influencé le foie par cet intermédiaire.

Il est plus que probable que ce jeune malade ne s'est pas plaint, et qu'on ne l'a pas vu changer jusque-là, sans lui prescrire quelques médicaments ou au moins quelques soins; mais c'est ce que n'indique pas l'observation fournie par M. le docteur Chatelain.

Ayant constaté l'état que nous venons de décrire, le médecin nous dit que, chargé du traitement, il a pensé aux dragées de la Dominique, dont le fer et l'arsenic naturellement combinés lui ont paru d'une indication positive et qu'il les a ordonnées, conjointement aux soins accessoires requis en pareil cas, à la dose de six par jour.

Dès les premiers temps de cette médication, un mieux sensible s'est manifesté. La circulation des humeurs s'est régularisée; les digestions, servies d'abord par un appétit de jour en jour plus franc, se sont rétablies normales, tandis que parallèlement, les douleurs du point pleurétique disparaissaient et que la teinte ictérique s'effaçait à la surface; preuve, nous fait remarquer l'auteur, que l'agent mé-

dicamenteux allait bien à son adresse thérapeutique. Le fer et l'arsenic de la source Dominique avaient produit leurs effets. Au fond de la maladie du jeune collégien, il y avait une constitution plus ou moins anémique, que les dragées administrées à propos ont atteint et modifiée.

Après ce traitement, qui fut continué tout au plus deux semaines, selon les termes de l'observation qui nous occupe, le jeune homme était rétabli et pouvait reprendre le cours de ses études avec sa vie d'interne dans le lycée.

Il ne faut pas croire sans doute que les dragées de la Dominique, malgré l'action qu'exercent sur l'organisme les éléments spéciaux qui entrent dans leur composition, produisent leurs effets curatifs à si bref délai, mais dans le cas d'un point pleurétique négligé et dont la lésion locale a pu s'étendre jusqu'au diaphragme et au foie, on peut comprendre qu'en rétablissant le jeu des fonctions circulatoires, la médication ait été si promptement effective.

Dans les cas de maladies de la peau en général, l'eau et les dragées de la Dominique sont aussi très-heureusement ordonnées, il faut peu de temps pour que ce médicament réduise les symptômes et atteigne le fond de l'affection.

On sait, d'ailleurs, que l'eczéma s'attaque le plus souvent aux sujets dont le sang laisse à désirer sous le rapport de sa vitalité globulaire, ce qui indique au praticien les bons usages du fer, en même temps que la maladie cutanée, si elle est ancienne surtout et rebelle, indique l'agent arsenical. Les arsenico-ferreux sont donc de première et rationnelle indication thérapeutique dans des cas semblables.

Ainsi, dans l'eczéma, il est des observations où il a suffi de l'administration des eaux de la Dominique de Vals pour obtenir des améliorations au bout de très-peu de temps. Les dragées, composées des sels d'arsenic et de fer extraits de cette source produisent les mêmes effets et sont d'une administration parfois plus aisée, surtout chez les enfants. Un bulletin de thérapeutique publiait, en effet, il y a quelques mois, une cure d'affection eczémateuse, dans laquelle le médecin n'avait eu besoin d'ordonner ces dragées que pendant une durée relativement très-courte.

Ce qu'il importe au praticien lorsqu'il veut employer les agents puissants et reconstitutifs, tels que le fer et l'arsenic, c'est d'abord qu'ils soient pris sans dégoût ou répugnance, ensuite qu'ils soient facilement digérés dans les premières voies; c'est enfin que le fer atteigne les éléments du sang dont il fait organiquement partie intégrante. Avec ces trois conditions requises, le médecin est sûr d'obtenir les effets modificateurs qui sont propres aux deux agents, et qu'il connaît d'avance comme ce qu'il y a de plus certain en thérapeutique.

Ces conditions paraîtront plus faciles à observer au moyen des dragées de la source Dominique qu'avec toute autre préparation pharmaceutique. L'expérience, qui témoigne déjà en leur faveur sous ce rapport, doit justifier ces appréciations.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 décembre 1875. — Présidence de M. Gosselin.

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national et d'un membre correspondant étranger.

Pour la place de correspondant national, la commission, par l'organe de M. Hirtz, rapporteur, propose :

En première ligne, M. Raimbaut (de Châteaudun);

En deuxième ligne, M. Berchon (de Pouillac);

En troisième ligne *ex æquo* : MM. Dechaux (de Montluçon); Mignot (de Chantelle); Nivet (de Clermont-Ferrand); Willemin (de Vichy).

Le nombre des votants étant de 66, majorité 34, M. Raimbaut obtient 49 suffrages, M. Willemin 7, M. Berchon 4, M. Dechaux 4 et M. Mignot 2.

En conséquence, M. Raimbaut, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant national.

Pour la place de membre correspondant étranger, la commission propose :

En première ligne, M. West (de Londres);

En deuxième ligne, M. Fayet (de la Nouvelle-Orléans);

En troisième ligne, M. Hébra (de Vienne).

Le nombre des votants étant de 57, majorité 29, M. West obtient 43 suffrages, M. Fayet 13 et M. Hébra, 1.

En conséquence, M. West ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant étranger.

L'Académie procède également, par la voie du scrutin, au renouvellement partiel des commissions permanentes.

Sont nommés :

Dans la commission des épidémies, MM. Marrotte, Colin.

Dans la commission des eaux minérales, MM. Lefort, Pidoux.

Dans la commission des remèdes secrets, MM. Piorry, Personne.

Dans la commission de la vaccine, MM. Hervieux, Hillairet.

Comité de publication, MM. Dechambre, Richet, Verneuil, Magne, Amédée Latour.

DISCUSSION SUR LA MYOPIE

M. Giraud-Teulon, dans la première partie de son discours, lue dans la séance précédente, s'était d'abord attaché à combattre les propositions de M. Guérin relatives à la myopie. La myopie ne peut résulter d'un raccourcissement de l'œil par contraction des muscles extrinsèques, car un tel raccourcissement produirait l'hypermetropie; elle ne peut être un état permanent d'accommodation, car l'œil myope conserve la faculté de s'accommoder lorsqu'il s'agit de faibles distances.

Passant aux images de Cremer et à leur signification, M. Giraud-Teulon avait affirmé que la grandeur de la seconde image *resterait invariable* en cas de simple translation du cristallin d'arrière en avant, et il s'appuyait sur ce principe pour renverser la théorie de M. Guérin.

Au commencement de la séance d'aujourd'hui, il commence par revenir sur cette proposition qui lui a été reprochée dans la presse; et en avouant qu'elle est peu exacte dans les termes, il s'excuse de l'avoir émise en soutenant que, dans tous les cas, le raccourcissement de la seconde image qui résulterait du rapprochement du cristallin jusqu'au contact de la cornée n'excèderait pas les cinq neuvièmes du raccourcissement calculé par Cremer.

Puis il reproche à M. Guérin d'avoir confondu les uns avec les autres, comme provenant d'une cause unique, des états aussi différents que la myopie, l'asthénopie, l'astigmatisme, etc., dus également, suivant lui, à la rétraction musculaire, comme le strabisme. Il ajoute que M. Guérin lui a paru ignorer entièrement l'existence du muscle ciliaire au commencement de ce débat, et ne lui avoir fait jouer un rôle dans la production de la myopie qu'après avoir été éclairé à son sujet par les premières communications de ses adversaires. Il soutient que dans le strabisme spasmodique, les muscles raccourcis paraissent plus puissants et plus larges que leurs antagonistes, au lieu de devenir fibreux, dégénérés.

Le strabisme paralytique ou consécutif, les seuls auxquels la théorie de M. Guérin paraisse applicable, ne figurent que pour 15 pour 100 dans la statistique générale, et l'immobilité complète du globe oculaire seulement pour un et demi sur mille. Le strabisme par rétraction musculaire est donc une chimère ou à très-peu près; 75 cas sur 100 de déviation oculaire se rapportent au vrai strabisme, celui dont a parlé M. Giraud-Teulon, et dans lequel les muscles ne sont ni rétractés spasmodiquement, ni raccourcis; la preuve en est dans l'étendue des mouvements de l'œil strabique.

Le strabisme convergent est généralement lié à la myopie, et dans ce cas, l'œil lui-même est trop long; tandis que le strabisme divergent se rattache à une brièveté trop grande de l'œil et s'accompagne d'hypermetropie. Pour chacun de ces deux états opposés de globe oculaire, il existe une disposition héréditaire spéciale qui se perpétue dans certaines familles. Le strabisme ne débute, en général, qu'avec les efforts de la vision attentive; il est toujours précédé d'une période assez longue d'intermittence. Il s'accentue alors dans le regard distrait, s'il est divergent, c'est-à-dire s'il s'agit de myopie, et dans

les efforts de vision dans le cas contraire. Le muscle raccourci paraît toujours alors hypertrophié plutôt qu'émacié ou fibreux. En résumé, M. Giraud-Teulon reproche à M. Jules Guérin d'avoir produit fort peu d'observations, toutes anciennes, nécessairement incomplètes et incorrectes.

M. DECHAMBRE demande la parole pour donner quelques explications relativement à certains documents qui lui ont été attribués par M. Jules Guérin, et que cet orateur a cités à l'appui de ses doctrines sur la myopie. M. Dechambre ne fait aucune difficulté à reconnaître que le mémoire cité par M. Jules Guérin et dans lequel se trouve une statistique des résultats de la myotomie dans un certain nombre de cas de strabisme avec myopie est bien de lui. Mais ce mémoire a été écrit par M. Dechambre, sous les yeux et en quelque sorte sous la dictée de M. Jules Guérin, qui a pu en disposer ensuite selon son bon plaisir, le modifier, y ajouter, y retrancher, à son gré. M. Dechambre n'a pas vu, tant s'en faut, tous les malades dont il est question dans cette statistique, il ne les a pas suivis, il n'a pu en observer qu'un très-petit nombre du commencement jusqu'à la fin du traitement. En conséquence, M. Dechambre ne saurait accepter la complète responsabilité de la statistique dont il s'agit et qui est bien plutôt l'œuvre de M. Guérin que la sienne propre. Il a tenu à déclarer qu'il a vu des sujets myopes dont la vue s'est allongée, en effet, à la suite de la myotomie. Mais était-ce de véritables myopies? C'est ce que personne n'oserait affirmer aujourd'hui, attendu que ces observations remontent à trente-cinq ans et ne sont plus en rapport avec les progrès que la science a faits depuis cette époque en ophthalmologie et particulièrement en ce qui concerne la myopie, comprise aujourd'hui autrement qu'elle ne l'était au temps où M. Jules Guérin recueillait ses observations et publiait ses travaux.

Le parti que prendrait M. Dechambre s'il était à la place de M. Jules Guérin, et s'il avait en main seulement des observations datant de si loin, serait de se mettre de nouveau à l'étude de la question telle que l'ont faite les progrès de la science dans ces trente dernières années, de recueillir de nouvelles observations et d'apprécier les résultats de la myotomie sur de nouveaux sujets, de véritables myopes, qui voudraient bien se soumettre à cette opération aujourd'hui démodée.

M. JULES GUÉRIN répond qu'il a cité un document comme statistique dû à M. Dechambre et contenant des observations de malades que l'auteur du mémoire a vus et qu'il affirme avoir été améliorés ou guéris de leur myopie en même temps que de leur strabisme par l'opération de la myotomie. Quant à M. Giraud-Teulon et à son discours, M. Jules Guérin déclare que son argumentation n'est, d'un bout à l'autre, qu'un long persiflage et qu'un tissu de personnalités. Ne voulant pas suivre son adversaire sur ce terrain, M. Jules Guérin propose à M. Giraud-Teulon et à l'Académie la formation d'une commission de trois membres compétents, commission qui serait chargée d'examiner la question à nouveau et devant laquelle M. Jules Guérin se fait fort de réduire à néant les doctrines soutenues par M. Giraud-Teulon, et de mettre dans tout son jour la vérité des anciennes doctrines.

M. TRÉLAT dit qu'il avait demandé la parole au cours de la discussion parce qu'il avait été frappé de certaines propositions émises par M. Jules Guérin à ce moment et depuis lors adoucies, qui lui avaient paru être en complet désaccord avec les progrès de la science ophthalmologique actuelle.

Après les discours de MM. Maurice Perrin et Giraud-Teulon, M. Trélat estime n'avoir rien à dire, attendu que la science contemporaine a répondu victorieusement aux attaques de M. Jules Guérin.

Depuis que MM. Helmoltz, Donders, etc., et à leur suite une foule d'observateurs anatomistes et physiologistes, ont admis que l'organe était le cristallin, et que l'agent de cette accommodation était le muscle ciliaire, l'ancienne doctrine soutenue pendant deux siècles par des savants de grand mérite, et aujourd'hui encore par M. Jules Guérin tout seul, cette doctrine, qui faisait des muscles extérieurs de l'œil l'agent de l'accommodation, est maintenant complétement anéantie; elle est tombée devant le progrès de la science pour ne plus se relever.

M. COLIN demande la parole.

Plusieurs voix. La question est vidée!

M. J. GUÉRIN réclame de nouveau la nomination d'une commission devant laquelle serait portée le débat.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la proposition de M. Jules Guérin; cette proposition n'est pas adoptée.

M. COLIN réclame de nouveau la parole.

M. LE PRÉSIDENT rappelle que M. Giraud-Teulon a demandé que les conclusions de son travail, ainsi que la discussion auquel ce travail a donné lieu, fussent renvoyées à MM. les ministres de la guerre et de la marine.

Après un échange d'observations entre MM. Bouillaud, Larrey, Le Roy de Méricourt, l'Académie décide que le vote sur cette proposition sera remis à la prochaine séance.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté ministériel en date du 11 décembre 1875, M. Wurtz a été nommé doyen honoraire.

— *École de médecine d'Arras.* — Par arrêté ministériel en date du 27 décembre 1875, un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira devant l'École, le 6 novembre 1876.

— Sont nommés médecins du théâtre du Château-d'Eau, MM. les docteurs : Baudin, Lagoguey, Colombel, Roussin, Augier, Suhrer, Grange, Maugis, Poignet, Géry (fils), Deroche, Bernardin, Rivals, Theret, Piétry, Layraud (offic. de santé).

— L'Université catholique de Paris annonce l'ouverture de la Faculté des sciences pour le mercredi 27 décembre 1875.

Mathématiques pures : M. Paul Serret, docteur ès sciences. — Mathématiques appliquées; M. Dostor, docteur ès sciences. — Chimie : M. Georges Lemoine, ingénieur des ponts et chaussées, — Physique : M. Branly, docteur ès sciences. — Zoologie. M. Edmond Alix, docteur ès sciences. — Cours libre de géologie et de minéralogie. M. de Lapparent, ingénieur au corps des mines.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Lasserre, médecin principal de première classe.

— La Société centrale de médecine du département du Nord a renouvelé de la manière suivante son bureau pour 1876.

Président : M. Olivier. — Vice-président : M. Wannebroucq. — Secrétaire-général : M. Castiaux. — Secrétaire-adjoint : M. Demon. — Bibliothécaire : M. Van Petheghem. — Trésorier : M. Lotar.

— *Cours d'anatomie.* — M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie à l'École pratique, commencera la deuxième partie de son cours d'anatomie, le 3 janvier 1876, dans son amphithéâtre, pour la terminer à la fin du semestre d'hiver. Ce cours se composera chaque jour de deux leçons dont voici le programme :

Leçon de midi et demi. — Tronc, cou, tête, centres nerveux et nerfs crâniens (anatomie et physiologie).

Leçon de quatre heures. — Appareil urinaire (anatomie et physiologie), appareil génital des deux sexes (anatomie et physiologie, embryologie), périnée, organes des sens (anatomie et physiologie).

Ce cours est utile aux élèves qui préparent un examen d'anatomie.

Les élèves qui s'inscriront pour suivre ces leçons ne pourront disséquer qu'à la condition d'être pourvus d'une carte de dissection, qu'on leur délivrera au secrétariat de la Faculté de médecine, le vendredi et le samedi, de une heure à quatre heures.

On s'inscrit chez M. Fort, 21, rue Jacob.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Physiologie du système nerveux cérébro-spinal, par le docteur Édouard FOURNIÉ, médecin à l'Institut-des Sourds-Muets. — 1 vol. gr. in-8°. Prix : 12 francs. — Paris, 1875, Adrien Delahaye.

Les rimes de l'officine, par Émile GÉNEVOIX. — 1 vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1876. Adrien Delahaye.

Étude sur les affections articulaires, par le docteur QUINQUAUD. — In-8°. — Prix : 2 fr, 50. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'influence des maladies du cœur sur la menstruation, la grossesse, et son produit. De l'accouchement, et de l'avortement provoqués, par le docteur DUROZIEZ. — In-8°, 1875. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

De la xérophthalmie, par le docteur TIXIER. — In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Les lymphatiques utérins, et leur rôle dans la pathologie utérine, par le docteur Just. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'épilepsie syphilitique tertiaire, par le docteur Alfred FOURNIEZ. — In-8°. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Adrien Delahaye.

Mécanisme des fractures du coude chez les enfants, leur traitement par l'extension, par le docteur BERTHOMIER. — In-8°. — Prix, 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

SAINT-RAPHAËL

VIN TANNIQUE, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. Pasteur, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les deux principaux repas.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

VIN MARIANI

à la COCA du PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques.
5 francs la bouteille.
Mariani, pharmacien, boul. Haussmann, 41.

Sirop Lagnoux

Au valérianate de caféine, expérimenté dans les hôpitaux; spécial contre la coqueluche et l'asthme nerveux.

Pharmacie **LAGNOUX** 57, rue du Cherche-Midi, Paris, et dans toutes les bonnes pharmaces.

PRIX : 5 FRANCS LE FLACON.

SIROP BARBARIN

au phosphate de chaux (monocalcique)

Paris, 163, r. de Belleville et pharm. **2 fr. 50**

VIANDE CRUE ET ALCOOL

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO.
PHTHISIES, *Anémie*, **Rachitisme**, DIABÈTE *Diarrhée*, **Cachexies**, *Albuminurie*, *la* **Convalescence**, *l'épuisement*. (*Gros*), 8, r. *Neuve-Saint-Augustin, Paris.*






PEPSINE BOUDAULT

SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Médaille d'honneur 1867, d'argent 1868, d'or 1872, de mérite (Vienne 1873) (Prix de l'Institut décerné à Corvisart 1854)

Dyspepsies légères et rebelles — Gastrites — Gastralgies — Vomissements incoercibles de la Grossesse — Lienterie des enfants et autres affections des organes digestifs

Sous formes : de Vin, Élixir, Prises, Pastilles et Poudre

Contrefaçons nombreuses : **Exiger le cachet Boudault**

HOTTOT, successeur de BOUDAULT, 24, rue des Lombards, a Paris.

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLLET (CHLORATE DE POTASSE)

Contre les maladies de la gorge, de la voix et de la bouche

PHARMACIE **DETHAN**, Faubourg Saint-Denis, 90, à Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

SIROP ANTISCORBUTIQUE DE RIVIÈRE IODO-FERRÉ

Combinaison *stable*, intime et naturelle de l'iode et du fer avec les plantes antiscorbutiques ; très-efficace dans les *affections chlorotiques, lymphatiques, scrofuleuses* : Chlorose, Anémie, Pertes blanches, Menstruation irrégulière, etc. 3 fr. le flacon. — Dépôt à la ph. J. Rivière, 68, Chaussée d'Antin, Paris.

PRODUITS de L'EUCALYPTUS par DELPECH et ARDISSON

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (**Eucalyptol**), l'alcoolature, le sirop, le vin, le liniment réussissent contre : **Affections du poumon et du larynx, névralgies, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.**

La Ph. DELPECH, r. du Bac, 23, Paris, prépare les CAPSULES A L'EXT. ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

KOUMYS-EDWARD

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

14, rue de Provence, à Paris.
Expéditions en province.

ÉPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste au Havre

LE FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide et par conséquent se présentant dans les meilleures conditions d'absorption ; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux, qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac, et qu'il ne noircit pas les dents. — Le flacon : 5 francs. — *Dépôt à Paris :* Pharmacie Vial, 20, rue de Châteaudun, où se trouvent aussi le **Sirop de Fer dialysé Bravais** et les **Pilules de Fer dialysé Bravais**. — *Vente en gros, exportation :* J. P. LAROZE et Cᵉ, 2, r. des Lions-St-Paul, Paris.

Granules antimoniaux du docteur PAPILLAUD.

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.

Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles ; 141, r. Montmartre.

Affections de poitrine, rhumes

etc. — « J'ai prescrit plusieurs fois le **SIROP** antiphlogistique de **M. BRIANT**, il m'a paru remplir parfaitement l'effet qu'on doit en attendre.

« *Signé :* Guersant,
« Professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie.
« 28 novembre 1828. »

Pharmacie **BRIANT**, 150, rue de Rivoli, Paris.

GOUDRON FREYSSINGE

Liqueur normale concentrée, obtenue par la concentration seule de l'**Eau de Goudron**.

Seule préparation qui permette d'obtenir l'**Eau de Goudron véritable**, les autres liqueurs étant préparées par émulsion ou par solution de *tout le Goudron*, et le plus souvent à l'aide de substances étrangères qui dénaturent complètement le produit.

TAMAR INDIEN

GRILLON

Fruit laxatif rafraichissant

contre **CONSTIPATION**, **Hémorrhoïdes**, la **Migraine**, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.

Ph. GRILLON, 25, r. Grammont. Paris. Bᵗᵉ 2 fr. 50.

Alcaloïdes, poisons, et tous médicaments dosés sous forme de GRANULES et DRAGÉES préparés par

GARNIER-LAMOUREUX et Cᶦᵉ

Plus de 15 ans d'existence ont établi la supériorité de nos produits. *Exiger notre cachet.*

Ph. **VIÉ-GARNIER**, 213, r. St-Honoré, Paris.

VIN ET SIROP IODO-PHOSPHATÉS

de **QUINQUINA FERRUGINEUX**

de **VIÉ-GARNIER.**

TABLE DES MATIÈRES

DE LA

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

1875

F

G

H

S

T

U

V

Z

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1875

PARIS. — TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19.

